

**MADRES ADOLESCENTES: PERFIL EPIDEMIOLOGICO Y ASOCIACION CON
TRANSTORNOS DEPRESIÓN, ANSIEDAD y ADAPTATIVO**

Investigador:

OSCAR ALEJANDRO BONILLA SEPULVEDA

RESIDENTE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA UNIVERSIDAD CES

ASESORA:

Dra. YOLANDA TORRES DE GALVIS

Coordinadora Maestría en Epidemiología

Jefe grupo de Investigación en Salud Mental

Medellín, Colombia

UNIVERSIDAD CES

2009

**MADRES ADOLESCENTES: PERFIL EPIDEMIOLOGICO Y ASOCIACION CON
TRANSTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO, ANSIEDAD y ADAPTATIVO**

Trabajo presentado como requisito para optar al título de
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA por:

OSCAR ALEJANDRO BONILLA SEPULVEDA
RESIDENTE UNIVERSIDAD CES

Medellín, Colombia

UNIVERSIDAD CES

2009

RESUMEN

Antecedentes

Según encuestas realizadas por Profamilia en el 2005, cerca de 3'500.000 de los colombianos son jóvenes entre los 15 y 19 años y aproximadamente la mitad de ellos ya han iniciado su vida sexual y un 12.8% de estos la maternidad.

Objetivo

Determinar la asociación de factores de riesgo psicológicos: trastornos depresivos, ansiosos y adaptativos y el embarazo en adolescentes en Medellín, con el fin de generar información que sea útil para los programas de intervención sobre el problema estudiado.

Metodología

La población de referencia estuvo constituida por las adolescentes residentes en Medellín.

Se realizó un estudio con aplicación del método de casos y controles, en la población de adolescentes.

Se definió como **caso**, la adolescente embarazada residente en Medellín y atendida en el HGM y como **control** estudiantes de colegios públicos de Medellín, no embarazadas.

Resultados

La prevalencia de depresión entre las adolescentes estudiadas fue de 4.02%, de ansiedad 67.07% y de estrés 78.31%

El estudio aceptó la hipótesis de asociación entre depresión y embarazo en la adolescente. Las adolescentes embarazadas presentaron 7 veces el riesgo de desarrollar depresión que aquellas que no se encuentran en embarazo con una relación estadísticamente significativa $p < 0.00$ OR 7 con IC95% 1.54->65.57.

También se encontró asociación con el Inicio vida sexual antes de 13 años con una OR de 24.1 y un valor de $P < 0.00$ y dificultad en las relaciones con la pareja con una OR de 8.73 y un valor de $P < 0.03$.

No se aceptó la hipótesis de asociación entre embarazo en adolescente y estrés: OR 1.79 con IC de 95% 0.93 – 3.50 y valor de $P = 0.06$. Al explorar otros factores asociados con estrés se encontró asociación con dificultad en las relaciones familiares con una OR de 3.22 y un valor de $P < 0.01$, relaciones con la pareja con una OR de 1.89 y un valor de $P < 0.04$ y consumo de alcohol con una OR de 4.73 y un valor de $P < 0.01$.

Palabras clave

Embarazo, adolescencia, depresión, estrés, ansiedad

ABSTRAT

Background

According to surveys conducted by Profamilia in 2005, close to 3'500 .000 Colombians are young people between 15 and 19 years and about half of them have already started their sexual life and 12.8% of these mothers.

Aim

To determine the association of psychological risk factors: depressive disorders, anxiety and adaptive and teenage pregnancy in Medellín, in order to generate information that is useful for intervention programs on the problem studied.

Methodology

The reference population consisted of adolescents living in Medellin.

We performed a study with application of the method of cases and controls in the adolescent population.

Were defined as **case**, the pregnant teenager living in Medellin and served in the HGM and as **control** not pregnant teenager of public school students in Medellin.

Results

The prevalence of depression among adolescents studied was 4.02%, 67.07% of anxiety and stress was 78.31%

The study accepted the hypothesis of association between depression and teen pregnancy. Pregnant teens are 7 times greater risk of developing depression than those who are not pregnant with a statistically significant relationship P value <0.00 OR of 7 and (95% CI 1.54-65.57).

We explored the association with other variables and found association with the onset of sexual life before 13 years with an OR of 24.1 and a value of P <0.00 and difficulty in relationships with the partner with an OR of 8.73 and a value of P <0.03.

We not found association between teenage pregnancy and anxiety OR 1.35 with 95% CI 0.77-2.38 and P value = 0.26. We found association between anxiety and other factors as alcohol consumption with an OR of 8.58 and a value of P <0.01, and difficulty in family relationships with an OR of 3.44 and a value of P <0.00.

We are not accepting the hypothesis of association between adolescent pregnancy and stress: OR 1.79 CI 95% 0.93 - 3.50 and P value = 0.06. To explore other factors associated with stress, it was found that difficulties in family relationships with an OR of 3.22 and a P value of <0.01, bad relationship with the partner with an OR of 1.89 and a P value <0.04 and consumption of alcohol with an OR of 4.73 and a P value of <0.01.

Keywords

Pregnancy, adolescence, depression, stress, anxiety

CONTENIDO

	Pg.
INTRODUCCIÓN	5
Planteamiento del Problema	5
Pregunta de investigación	5
Justificación	6
1. OBJETIVOS	6
1.1. Objetivo General	6
1.2. Objetivos Específicos	7
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1. Generalidades de problemática de madres adolescentes	8
2.1.1 Relaciones familiares	9
2.1.2. Relaciones con los pares	9
2.1.3. Relaciones de pareja	10
2.1.4. Iniciación sexual	10
2.1.5. Embarazo precoz	11
2.1.6. Sociedad	13
2.2. Conceptos e historia de adolescentes embarazadas	16
2.3. Factores de Riesgo asociados a la maternidad en adolescentes	18
2.3.1. Comparación factores de riesgo	18
2.3.2. El embarazo no deseado conceptos y situación regional	18
2.3.3 Consecuencias embarazo no deseado	21
2.3.4. Consecuencias del embarazo no deseado sobre la salud	21
2.3.5. Embarazo en adolescentes	26
2.4. Tipos de trastornos del estado de ánimo y sintomatología	
2.4.1. Trastornos depresivos	33
2.4.2. Trastornos adaptativos	36
2.4.3. Trastornos de ansiedad	38
3. METODOLOGÍA	41
3.1. Definición del Método	41
3.2. Hipótesis	41
3.3. Población y Muestra	41
3.4. Criterios de Inclusión y Exclusión	42
3.5. Variables	42
3.6. Instrumento de Recolección	43
3.7. Técnicas de Recolección	43

3.7.1. Prueba Piloto	
3.7.2. Fuentes del dato y forma de recolección	
3.8. Crítica del dato	44
3.9. Procesamiento de la información	44
3.9.1. Conformación de la base de datos	
3.9.2. Control de inconsistencias	
3.9.3. Programa para análisis (EPI -INFO 6,0)	
3.9.4. Análisis descriptivo (medidas y cruces de variables)	
3.9.5. Evaluación y prueba de hipótesis (medidas de asociación, pruebas de hipótesis para descartar el azar, etc.)	
4. CONSIDERACIONES ETICAS	44
4.1. Tener en cuenta si hay intervención en humanos Normas min. Salud.	
4.2. Consentimiento Informado	
5. RECURSOS Y PRESUPUESTO	45
5.1. Recursos	
5.1.1. Recursos humanos	
5.1.2. Recursos Materiales	
5.2. Presupuesto	
6. CRONOGRAMA	46
Presentarlo como Tabla de Gant.	
7. BIBLIOGRAFIA	47
8. ANEXOS	47
a. Test psicométricos	47
1. Escala adaptativa	47-49
2. Escala de Zung	50-52
3. Escala heteroaplicada para la evaluación de la ansiedad de Hamilton	54
9. RESULTADOS GENERALES	56
1. Distribución según edad	56
2. Distribución según estrato socioeconómico	57
3. Nivel de estudio	58
4. Distribución según estado civil	58
5. Distribución por ocupación	59
6. Distribución según si el embarazo era planeado o no	59
7. Desea tener más hijos	60
8. Distribución según relaciones familiares	60
9. Distribución sobre como es su relación de pareja	61
10. Distribución según consumo de drogas ilícitas	62

11. Distribución según consumo de alcohol	62
12. Distribución según tabaquismo	63
13. Distribución según conocimiento de anticonceptivos	64
14. Distribución según antecedente de planificación	64
15. Distribución según antecedente edad de inicio vida sexual	66
16. Distribución según número de compañeros sexuales	67
17. Distribución según infecciones de transmisión sexual	68
18. Distribución según número de embarazos	68
19. Distribución según enfermedad sufrida durante el embarazo	69
20. Distribución según antecedente personal de enfermedad mental	70
21. Distribución según antecedente familiar de enfermedad mental	71
22. Distribución de edad según compañero sentimental	71
23. Distribución de estrato socioeconómico del compañero sentimental	72
24. Distribución de nivel educativo del compañero sentimental	73
25. Distribución de la ocupación del compañero sentimental	73
10. DISTRIBUCIÓN VARIABLES SEGÚN TRASTORNO MENTAL	75
a. Depresión	75
b. Ansiedad	75
c. Estrés	76
11. CONCLUSIONES	76

INTRODUCCION

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según encuestas realizadas por Profamilia en el 2005, cerca de 3'500.000 de los colombianos son jóvenes entre los 15 y 19 años y aproximadamente la mitad de ellos ya han iniciado su vida sexual y un 12.8% de estos la maternidad.

Resultados de un estudio realizado con usuarias adolescentes de pruebas de embarazo realizadas en el Centro de Salud de Profamilia de Bogotá demuestran que la mayoría de estas jóvenes no utilizan ningún método anticonceptivo y que casi el 85% de las chicas que resultaron embarazadas no deseaban esta condición.

Esta iniciación cada vez más temprana en los jóvenes de su vida sexual es debida a una maduración sexual temprana, la constante exposición a estímulos eróticos y la concepción errónea que se tiene de la sexualidad. A esto hay que sumarle el bajo nivel de comunicación entre padres e hijos acerca de temas sexuales, esto puede deberse a que los adolescentes se sienten rechazados, juzgados y poco comprendidos respecto a su expresión sexual.

Pero Colombia no es único país donde se presenta este fenómeno ya que importantes investigaciones de otros países demuestran que el aumento de embarazo en la adolescencia afecta a gran parte de Latinoamérica y Estados Unidos. Resultados de investigaciones realizados en México indican que el 13 % de los nacimientos vivos al año pertenecen a adolescentes. En Perú el promedio de edad de inicio sexual en mujeres es a los 16 años y en los varones 15 años, y el índice de uso de anticonceptivos tiende a aumentar con la edad. En Estados Unidos los nacimientos de hijos de adolescentes menores de 19 años han aumentado de un 31% a un 46% desde 1986. En Brasil la primera relación sexual de mujeres menores de 20 años se da en el 49.5% de los casos.

REGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe asociación entre factores de riesgo psicológicos de las adolescentes de Medellín tales como trastornos depresivos, ansiosos y adaptativos y la situación de embarazo?

JUSTIFICACIÓN

El trastorno depresivo mayor es común con una prevalencia de 15%, y esta es mayor en las mujeres con 25%, con incidencia del 1%, el 50% de pacientes inicia el trastorno entre 20 y 50 años, pero es preocupante como se ha incrementado en menores de 20 años. En trastornos de ansiedad los estudios epidemiológicos informan una prevalencia de 4%, las mujeres tienen una probabilidad dos o tres veces mayor que los hombres y está asociado con alteraciones vitales importante en la vida de la persona. Los trastornos adaptativos se expresan con síntomas emocionales y conductuales que aparecen en respuesta a acontecimientos estresantes de la vida, es uno de los diagnósticos más frecuente entre pacientes con problemas médicos, se diagnostica más frecuente en adolescentes, y son las mujeres solteras las que presentan mayor riesgo, donde hasta el 10% de la muestra de la población lo presenta.

Los trastornos en muchos casos no son diagnosticados por falta de sensibilidad en los métodos diagnósticos, o porque no buscan ayuda médica, por lo anterior es de interés estudiar su alta prevalencia, y sí esta a su vez incluye grupos atareos adolescentes, en los cuales junto con muchos factores psicosociales podrían influir en la conducta sexual y reproductiva.¹

¹ Sinopsis de Psiquiatría 7 Ed Kaplan, Sadock, Grebb, Cap 15,16,25 Pag 530,588,744

1. OBJETIVO

Objetivo General

Determinar la asociación de factores de riesgo psicológicos: trastornos depresivos, ansiosos y adaptativos y el embarazo en adolescentes en Medellín, con el fin de generar información que sea útil para los programas de intervención sobre el problema estudiado.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. GENERALIDADES DE PROBLEMÁTICA DE MADRES ADOLESCENTES

La adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la vida adulta. Comienza alrededor de los 12 o 13 años con la pubertad y termina hacia los 19 y 20 años. La pubertad es un largo y complejo proceso en el que se producen importantes cambios biológicos como el comienzo de la menstruación en las niñas, la presencia de esperma en los varones, la maduración de los órganos reproductores y el desarrollo de características sexuales secundarias. Todo esto produce el alcance de la maduración sexual. El desarrollo de esta maduración marca unas posibles etapas de la sexualidad del adolescente que describen características muy generales de este proceso relacionadas con aspectos psicológicos y sociales. Estas etapas son:

- Adolescencia Temprana (10-13 años)

Caracterizada por el inicio de la maduración sexual, extrema curiosidad por su cuerpo y pares, muchas fantasías sexuales, exploración acentuada del auto-erotismo y se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico no predomina (coquetería, amor platónico,

etc.).

- **Adolescencia Media (14-17 años)**

Caracterizada por la completa maduración sexual, narcisismo, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria (pueden presentarse experiencias homosexuales, **relaciones heterosexuales no planificadas**), negación de las consecuencias de la conducta sexual (por sentimiento de invulnerabilidad, falta de información y educación sexual), relaciones intensas y fugaces.

- **Adolescencia Tardía (mayores de 18 años)**

Caracterizada por la completa maduración física y socio-legal, logros definitivos en la maduración psicológica, conducta sexual más expresiva y puede establecer relaciones íntimas más estables, con definición de su rol sexual.

La sexualidad adolescente viene con expresiones y experiencias formadas durante la infancia y con ello experiencias negativas, como el maltrato físico (incluso abuso sexual), la disgregación familiar, ambiente conflictivo; pueden afectar el desarrollo normal de la personalidad del adolescente. Además, en esta edad pueden hacerse manifiestos patrones latentes de desviaciones sexuales (homosexualidad, transexualismo, voyerismo, violencia sexual, sadismo, masoquismo).

2.1.1. RELACIONES FAMILIARES

La familia es una unidad social que se encarga de la transmisión de valores culturales y de una propia ideología al sujeto. La familia es la gran célula de aprendizaje de convivencia humana, que permite, al mismo tiempo, el desarrollo autónomo de sus componentes y el ejercicio constante de la

solidaridad. El estar dentro de una familia le da sentido de pertenencia al sujeto.

Los jóvenes al entrar a la pubertad presentan cierta rebeldía y tendencia a poner en tela de juicio normas que pudieran haber sido acatadas en el pasado sin mayores inconvenientes y requieren razones, motivos, justificaciones de las normas y limitaciones que se les imponen. Se presenta el egocentrismo adolescente según el cual los jóvenes meditan acerca de la sociedad y sus instituciones y de cómo ellos desean reformarla, desde un punto de vista subjetivo. Aparece el cuestionamiento de valores en el plano religioso, moral, político, y no siempre los valores de los padres tienen resonancia en los hijos adolescentes. Para muchos padres, esta es una etapa dolorosa, pues sienten en el cuestionamiento de los jóvenes un rechazo personal a ellos, representados a través de su estilo de vida y de su visión del mundo.

Los padres pasan a un segundo plano ya que estos ya no tienen el mismo nivel de control sobre sus hijos, solo tienen acceso a conocer los detalles y la intimidad de sus hijos en la medida en que éstos quieran compartirla. Los intereses de los padres y los adolescentes van cambiando y se van diferenciando cada vez más, lo que supone mayores dificultades de convivencia.

2.1.2. RELACIONES CON LOS PARES

La amistad es un aspecto clave en la adolescencia. Los amigos se convierten en su nueva "familia", en ellos se deposita la afectividad, la comunicación de la intimidad, la fidelidad total y el establecimiento de vínculos profundos. En los amigos se halla la forma de encuentro consigo mismo y con los demás en un plano de igualdad diferenciada. Al compartir las experiencias de los pares se desarrollan las propias.

El establecimiento de relaciones de amistad que son escogidas por los propios jóvenes hace que estos empiecen a pertenecer a grupos específicos. Los jóvenes suelen aceptar y adaptarse a las "normas" tanto explícitas como implícitas de estos grupos por temor a recibir desaprobación de los demás integrantes. Este sometimiento a las normas es producto de la necesidad que tiene en estos momentos de recibir aprobación social. Además, el grupo le permite una autovaloración ya que los

amigos al aceptar o rechazar la forma de actuar, pensar y relacionarse del joven este podría aprender lo que es normal en su medio.

Rasgos fundamentales de la agrupación adolescente:

- Adhesión: Necesidad del joven de diferenciar su mundo de dudas, incertidumbre, nuevas sensaciones y vivencias diversas, del mundo del adulto, que se le manifiesta como agresivo en la medida que parece tener respuesta para todo.
- Dependencia: Nace de la afectividad, la elección libre de unos amigos produce en él un sentimiento de necesidad e intimidad.

2.1. 3. RELACIONES DE PAREJA

La llegada de la adolescencia significa la adquisición de la capacidad psicoafectiva para sentir y desarrollar emociones identificables con el amor. Esta capacidad afectiva lleva implícita la capacidad para discriminar sus afectos: querer de distinta forma a cada una de las personas que le rodean, personalizar los afectos.

Este proceso se inicia gracias a la gran capacidad para admirar y apasionarse que tiene el adolescente, para dejarse embelesar por personas que ejercen una gran atracción. Cuando a estas circunstancias se les asocia la fuerza de la carga erótica o de la atracción física, surge el enamoramiento. El adolescente siente una ansia apasionada por poseer, compartir y convivir con otro ser, de admirarle y desearle, de enamorarse con intensidad.

Se pueden comenzar a presentar las relaciones sexuales como un "fin inevitable" de la vinculación amorosa y todas las sensaciones gratificantes que esta genera. Se trata de manifestaciones de más genitalidad que de una verdadera sexualidad. No hay, en tales relaciones, interioridad; obedecen a unos esquemas culturales que obliga a los jóvenes a usar sus facultades sexuales y a manifestarlo claramente.

2.1.4. INICIACION SEXUAL

La iniciación sexual, entendiendo como tal la primera experiencia coital, presenta particulares características dentro de nuestra cultura, por lo que se convierte en una meta, una experiencia que divide a la sexualidad en "infantil" y "adulta".

Más allá de las motivaciones conscientes o inconscientes que intervienen en el proceso de decisión de ser sexual con un/a otro/a, es prácticamente universal que el acto de la penetración sea vivido como el suceso o momento relevante. Marca un antes y un después en la persona.

Algunos mecanismos que influyen en el proceso de toma de decisión de un adolescente a la hora de tener una relación sexual son:

- Factores evolutivos: Los jóvenes se encuentran físicamente preparados y maduros para tener una relación sexual mucho antes de encontrarse psicológica y socialmente preparados para adoptar un comportamiento responsable y comprometido en lo que la relación de pareja se refiere.
- Normas sociales: De la negación cuasi total y absoluta del sexo se ha pasado a una apertura sin límites que, de manera abierta, hace buscar el sexo. Un aspecto importante es el proceso de socialización diferente para hombres y mujeres. A ellos se les enseña a disfrutar el sexo y se les plantea una alta expectativa para luchar y presionar activamente para conseguir conquistas sexuales. A las chicas se les enseña que sus órganos sexuales no son solo para pasarla bien, sino el medio reproductor de la raza humana y además se les enfatizan que resistan las propuestas de los chicos. A este proceso de socialización diferencial contribuyen todas las agencias (familia, escuela, medios de comunicación, etc.) que intervienen en la educación de los niños.
- Fuentes de influencia: son diversas y no siempre mandan lenguajes coherentes entre sí.
 - Familia: En la familia se habla poco de sexo. Pocos padres explican a sus hijos temas como los métodos anticonceptivos de manera concreta. Hay un ambiente de

poca confianza para que el joven pregunte sobre temas sexuales ya que, por lo general, los padres se muestran ambivalentes y en desacuerdo con respecto al sexo prematrimonial.

- Pares y amigos: La influencia de los pares-iguales en lo que actitud y comportamiento sexual se refiere no es siempre positiva. La mayoría de los jóvenes obtienen su información sexual y acerca de los métodos anticonceptivos a través de amigos con quienes intercambian frecuentemente gran cantidad de errores dado que muchos de ellos conocen poco acerca de estos temas.
- Medios de comunicación: Películas, novelas y series televisivas actualmente venden a los jóvenes unos "modelos a imitar" como por ejemplo: la expresión cada vez menor del amor romántico, los anticonceptivos no se mencionan.
- Programas de educación sexual: la mayoría de los programas se enfatizan en enseñanzas anatómicas y fisiológicas, menstruación, emisiones nocturnas, reproducción, etc. Estos temas "tradicionales" realmente no son los que le interesan a los jóvenes, ellos expresan el deseo de saber más e ir más allá explorando temas poco tratados como el placer sexual, los sentimientos de culpa acerca de la relación, el amor, el miedo al sexo, aborto, delincuencia sexual, prostitución, violación, sexo oral, etc. Por otra parte, se asume para el desarrollo de este tipo de programas, que es el desconocimiento acerca de temas sexuales y de los anticonceptivos lo que hace que el joven se comporte de manera no responsable.

La libertad sexual es un problema de toda la adolescencia actual y no solo en lo que se refiere a su actitud frente a la sexualidad, sino también en lo que respecta a sus reacciones frente a unos valores morales tradicionales, a la autoridad paterna y a la libertad. Es pues, problema de toda la sociedad y de su forma de comportarse con respecto a su juventud y con respecto a sí misma.

2.1. 5. EMBARAZO PRECOZ

Esta iniciación sexual a edades muy tempranas puede generar múltiples consecuencias en la vida del adolescente y de todo el entorno que le rodea debido a la falta de "experiencia" y al poco cuidado que tienen en la realización de sus prácticas sexuales, probablemente porque a su edad todavía se consideran exentos de cualquier situación difícil. Una de las consecuencias que puede traer una vida sexual activa sin la responsabilidad que esta merece es un embarazo no planeado que en el caso de los jóvenes influiría drásticamente en sus vidas.

Un factor que influye en la iniciación sexual, como se menciona anteriormente, y por lo tanto en la posible aparición de embarazos precoces es el adelanto de la pubertad. Esta sigue inmediatamente la adolescencia. Es importante tener en cuenta que solo pasados de tres a cinco años después de la pubertad la mujer reúne todas las condiciones físicas necesarias para dar a luz un bebé. Una adolescente correrá un riesgo tanto mayor de embarazo precoz cuanto más pronto haya alcanzado su madurez sexual ya que su morfología femenina determinará una apetencia masculina que no tendrá en cuenta su edad real y porque, además, una precocidad de desarrollo físico puede ir acompañada de un adelanto en las formas de conducta y llevar más pronto a las relaciones heterosexuales regulares. Además existe un fenómeno colectivo de gran importancia: un adelanto progresivo del promedio de edad de la pubertad. El adelantamiento de la edad de la pubertad se inscribe en un fenómeno global que es la aceleración secular del crecimiento, que implica igualmente un cambio progresivo de peso, la talla y, sin duda, el desarrollo intelectual y social. Esta evolución es el resultado de la mejora de condiciones de nutrición, higiene, tratamiento de enfermedades, etc. Las chicas de hoy pueden ser fecundadas de seis a doce meses antes de lo que podían serlo sus madres.

Mientras ha estado ocurriendo esta aceleración en la maduración sexual de los adolescentes, la maduración social se ha ido haciendo más compleja; o sea, la persona adquiere el desarrollo de la adultez a mayor edad. El promedio de años de escolaridad ha estado aumentando y esa tendencia continuara para elevar el nivel cultural de la población. La maduración social más tardía es una necesidad y consecuencia del desarrollo. La adolescencia empieza antes y termina después.

Constituye un periodo paradójico entre las posibilidades de un cuerpo dotado de facultades nuevas y las restricciones de un sistema social.

Además existen unas circunstancias particulares que posibilitan la fecundación de chicas muy jóvenes como casos particulares de un fenómeno muy general:

- La prostitución: Suele tratarse de una prostituta verdadera, "profesional", organizada. Pero a menudo es una forma de prostitución mal definida que tiene difusas fronteras entre la verdadera prostitución y una actividad sexual desordenada. Este caso puede ser el de chicas que han tenido relaciones sexuales esporádicas con diferentes compañeros dentro de un grupo. Un día, el grupo necesita dinero. La chica se ha acostado con diversos compañeros, y ahora lo hace con otros en beneficio del grupo. Mal que bien esta también es una apetencia al dinero en donde la sexualidad se ve reducida a su dimensión genital en una relación puramente física. Para algunas jóvenes esto puede ser ocasional pero otras caen en manos de traficantes de sexo.
- Violaciones: Es difícil evidenciar la frecuencia de la violación ya que algunas quedan disimuladas por la misma joven o por su familia; otras son denunciadas con posterioridad, para rehuir unas relaciones sexuales que, en su momento, fueron consentidas. La violencia sexual experimentada a la fuerza y el no-consentimiento pasivo o ingenuo frente a un joven o un hombre mayor, demasiado seguro de sí mismos, con una forma de actuar y hablar envolvente, ejercen una violencia más moral y verbal que física.
- Relaciones incestuosas: Están implicadas adolescentes muy jóvenes, son frecuentes, principalmente en el caso del incesto entre padre e hija. La mayoría de estas chicas tienen sus primeras relaciones de esta índole entre los 10 y 15 años. Muchas de estas relaciones son silenciadas por la joven y la familia. Ocurre principalmente en familias de posición modesta. también se presenta el caso de la unión de una joven con su padrastro, marido o amante de su madre. Tales situaciones resultan cargadas de consecuencias para la

adolescente, por la misma imagen deformada que recibe del hombre en el inicio de su vida sexual y se puede generar el sentimiento de rivalidad entre madre e hija lo que podría hacer aun más dramática la maternidad en la joven.

- Debilidad mental: la adolescente deficiente mental resulta vulnerable en lo que se refiere a abusos de tipo sexual.

2.1. 6. SOCIEDAD

El embarazo precoz es un problema de la sociedad de los adultos y del lugar que reservan a los jóvenes. El problema moderno de la adolescencia viene a ser el del lugar que se deja a los jóvenes en una sociedad de transición, es decir, que ha destruido sus ritos tradicionales sin sustituirlos y que esta absorbida por los propios problemas de crecimiento. Ahora, los jóvenes se sienten mas libres porque los mayores se ocupan poco de ellos; solo al interior de sus grupos de amigos o actividades sexuales, encuentran la satisfacción de la necesidad de relación y de comunicación que no les ofrece la familia. Los jóvenes tratan de llenar este vacío imaginando una forma de vida desprovista de lo que es considerado como hipócrita en la vida de los adultos. Los jóvenes son libres, pero experimentan la necesidad de "orientación" y sin la ausencia de límites y referencias.

El embarazo y la maternidad tienen un significado cultural y social que es más importante que el significado biológico. No es el temor a riesgos particulares de origen biológico lo que lleva a tratar de evitar las maternidades precoces, sino el que estas implican dificultades de orden social.

Aparentemente, la sociedad se ha vuelto muy tolerante respecto a las madres solteras, en las actitudes respecto a los derechos de las madres solteras y de sus hijos, en el aumento de formas de ayuda institucional; esta tolerancia contrasta hasta cierto punto con las dificultades con que se topan las familias. Pero esto no es mas que una apariencia ya que si existe un rechazo general, frente a la adolescente embarazada o madre soltera por parte de la familia, la escuela, exclusión global, no siempre expresada francamente para mantener una fachada de honorabilidad y dar un sentimiento de buena consciencia o pasar inadvertida.

La sociedad pone a las jóvenes en una situación prácticamente insostenible, ofreciéndoles la pauta de un comportamiento por el cual las castiga cuando llega a producirse. Los adolescentes no dejan de percibir confusamente que sus acciones genitales no son condenadas en realidad sino es el miedo al escándalo, el temor a los rumores y la obsesión al bebé lo que entraña un rechazo dirigido más hacia la persona que a los actos que haya podido efectuar. Los jóvenes saben muy bien que lo que las familias temen no es la actividad sexual, sino "tener problemas", es decir, un problema de embarazo.

El embarazo en adolescentes es un producto de la patología social: negligencia paterna, carencia afectiva, inseguridad, pobreza, ignorancia, violencia. La adolescente embarazada es la presa de la hipocresía de una sociedad que perdona sus actividades sexuales y condena su embarazo. Consciente o inconscientemente, deliberadamente o por impotencia, se da mayor libertad sexual a los jóvenes, pero la sociedad permanece o vuelve a ser repentinamente moralizadora y represiva frente a las consecuencias de dicha libertad. Achacar la culpabilidad y la responsabilidad a la adolescente evita a los adultos el preguntarse por su propia responsabilidad y culpabilidad. El rechazo es la reacción más cómoda; se pone una simple etiqueta, a fin de no ver que se trata de un problema más general. Al condenar a la joven embarazada, se defiende a la sociedad y sus instituciones. El rechazo es a veces muy disimulado y puede adoptar el disfraz de una solución de acogida o de integración. Multiplicar los auxilios de carácter material o médico puede corresponder a un proceso de exclusión. Crear establecimientos donde las jóvenes viven sus embarazo bien protegidas y vigiladas para no correr con el riesgo de herir el pudor y el equilibrio psíquico de los adultos, muestra más marginación que posibilidad de favorecer la integración social. Tener piedad de la joven embarazada es colocar a la "pobre chica" en una categoría aparte, víctima de falta de protección de la familia y del egoísmo de los hombres; es levantar una barrera entre el testigo impotente y silencioso, y los otros, los responsables.

El embarazo y la maternidad en la adolescencia tienen un alto carácter peyorativo, tanto para la misma joven como para su hijo si la gestación llega a término. Las dificultades son numerosas, a corto y a largo plazo: el adolescente es frágil y se vuelve más frágil aun por el embarazo; el pronóstico médico, escolar, familiar y profesional resulta sombrío, al igual que el futuro del niño y la

relación madre-hijo; los embarazos seguidos y demasiado precoces constituyen un factor de alto riesgo y la joven madre tiene pocas probabilidades de llegar a formar un día una familia estable, o incluso de llegar a obtener un estatuto de autonomía social.

Más que por razones de inmadurez biológica o psicológica de la joven adolescente, estas funciones maternas aparecen tan difíciles de asumir debido a que nuestro sistema social mantiene contradicciones respecto a los adolescentes. La muchacha puede concebir un hijo y darlo a luz, pero no está preparada para una educación, una madurez social y una autonomía suficientes para criarlo sin dificultad.

Una muestra real de todo lo anterior es la reacción de padre y madre al enterarse del embarazo de la hija. Hay poca comprensión y ayuda afectuosa. Lo que primero acude al ánimo de los padres no es tanto que ocurre con su hija sino que va ocurrirles a ellos. Esta herida paterna profunda da lugar en seguida a severos e irracionales reproches. Ante esto la joven se siente sola para asumir el conflicto y con una gran carga de culpabilidad. A veces, la revelación del embarazo da lugar a un violento enfrentamiento entre los mismos padres. Esta es una actitud inmedatista, epidémica e impulsiva que casi todos los padres adoptan.

- CONSECUENCIAS DE UN EMBARAZO PRECOS

. La joven corre el riesgo de experimentar anemia, pre-eclampsia y complicaciones en el parto, así como un alto riesgo de mortalidad propia durante el embarazo. Los bebés de madres adolescentes tienen una alta tasa de mortalidad al igual que pueden experimentar malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral. Estos niños experimentan muchos más problemas de conductas y funcionamiento intelectual disminuido.

Hay problemas maritales y mayor probabilidad de divorcio en parejas jóvenes que se unieron producto de un embarazo. Debido a esto, los hijos de adolescentes pasan gran parte de su vida en un hogar monoparental, y ellos se convierten en una población potencial para generar embarazos no deseados en su futura adolescencia.

Las muchachas embarazadas tienen pocas probabilidades de continuar sus estudios debido a que algunas instituciones educativas optan por negarles la entrada por temor de que puedan influir desfavorablemente en otros alumnos. Estas chicas que han abandonado los estudios, raramente vuelven a tener oportunidad de retomarlos donde los dejaron. De igual manera los padres jóvenes corren un alto riesgo de experimentar periodos de desempleo o menor salario.

Otra consecuencia del embarazo en edades tempranas es el riesgo de aborto. Por lo general, las adolescentes llegan en edades de gestación tardías porque existe un desconocimiento de los signos de embarazo, una dificultad de comunicárselo a la familia, una falta de posibilidades económicas, deseos ambivalentes de tener el hijo.

La reacción depresiva de la adolescente en curso de su embarazo puede ser supremamente fuerte que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio teniendo en cuenta que esta es la segunda causa de muerte en esta edad después de los accidentes. El embarazo y los problemas que este puede traer, el drama sentimental de una separación, el aislamiento, el pánico, pueden ser fácilmente considerados como "factores suicidógenos circunstanciales".

La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. En ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia; los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo; las dificultades personales o familiares que traen consigo el embarazo, las que originan ciertas reacciones, reales o simplemente temidas, del entorno, la inquietud de un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que se han de tomar; el vacío afectivo; etc.

- MEDIDAS PREVENTIVAS DE EMBARAZOS PRECOCES

- Prevención primaria: Es el conjunto de medidas que tienden a evitar que llegue a producirse un fenómeno no deseable. En este nivel hay que evitar el embarazo. Puede intentarse poniendo en acción medidas de orden general, educativas o sociales, dirigidas a todos los jóvenes; puede intentarse también una acción mucho más amplia, a nivel comunitario, para modificar ciertos comportamientos sociales que fomentan la actividad sexual y los

embarazos de las jóvenes. También se debe dirigir la acción hacia los que tienen la responsabilidad educativa (familia, maestros). Entre las medidas generales es necesario trabajar sobre la educación de la responsabilidad sexual y el poner a disposición de los jóvenes medios de control de fertilidad. La puesta en práctica de medidas particulares, destinadas a ciertos grupos de adolescentes más concretamente expuestos al riesgo de la concepción y de embarazo, supone que se detecten los sujetos o grupos de alto riesgo. Este esfuerzo puede ser concebido de forma distinta según el grupo. A parte de estas estrategias es necesario un cambio de mentalidad con respecto a los jóvenes dándoles a estos las responsabilidades sociales que les permite su desarrollo biológico.

- **Prevención secundaria:** Acciones encaminadas a limitar la gravedad del problema que ya se ha iniciado. Este supone dos posibles tipos de medidas diferentes: interrupción del embarazo o la continuación del embarazo hasta su término. Para esta última medida se debe asegurar una evolución satisfactoria del embarazo para el equilibrio psíquico de la madre; preparar el nacimiento; aportar una ayuda a las familias de los jóvenes padres, al mismo joven padre si se conoce y está decidido asumir su paternidad.
- **Prevención terciaria:** consiste en el conjunto de medidas que cuando el fenómeno ya se ha producido, tiene por finalidad limitar sus consecuencias a largo plazo así como las secuelas y reincidencias. En este aspecto implica medidas adoptadas para asegurar el futuro del niño y de sus padres y evitar el advenimiento de nuevos embarazos no deseados

2.2. CONCEPTOS E HISTORIA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS

La proporción de recién nacidos de madres menores de 19 años ha continuado aumentando o bien se mantiene estable, en la mayoría de los países de América Latina, con consecuencias negativas tanto para las adolescentes que asumen precozmente la maternidad sin la debida preparación, como para toda la sociedad. La adolescencia al estar condicionada por características sociales, culturales y económicas bajo las cuales se va formando la joven, no implica únicamente cambios fisiológicos y

psicológicos, sino que también puede considerársela como un fenómeno social. (Parra Visoso, 1992) Las carencias nutricionales, el mal manejo de la sexualidad y la escasa integridad o continencia de los roles familiares, son factores predominantes sobre todo en los grupos de bajos recursos económicos o marginados. También lo son las curvas crecientes de prevalencia de enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA (Junes, 1996), embarazos no deseados, adicciones, prostitución, delincuencia y sus consecuencias en la marginación. (Kahhle, 1997)(Ferrando, 1992)(Population Reports, 1995)

Las necesidades nutricionales de la joven dependen del desarrollo adolescente y sus cambios fisiológicos, como también de la presencia de embarazo o lactancia. Los riesgos alimentarios se incrementan durante la gestación, pudiendo cursar con anemia y otras carencias específicas, que colocan a la joven en peligro tanto para su embarazo como para su crecimiento, y gravita negativamente sobre el estado de nutrición materno-fetal, con riesgos de parto prematuro, bajo peso al nacer y anemia ferropénica en el primer año de vida. (Kramer, 1995 y Coll, 1996 en Bolsan, 1999)

Para la madre adolescente, entre las consecuencias de un embarazo no deseado se encuentran el aborto ilegal, el aumento de la mortalidad materna, la deserción escolar, el desempleo, y un mayor riesgo de divorcio y trastornos mentales. Para el hijo de la madre adolescente existe mayor riesgo de muerte, bajo peso al nacer, retardo del crecimiento - desarrollo, y maltrato físico.

Los nacidos vivos de madres adolescentes menores de 15 años, registran una tasa mortalidad infantil (TMI) del doble que el promedio nacional (45,1%) que disminuye a 22,6% en el grupo de 15 a 19 años. La relación entre grado de instrucción de la madre y mortalidad infantil también es importante, ya que en los hijos de madres que no finalizaron la escolaridad primaria, la TMI es cuatro veces mayor que en las madres que completaron la secundaria.

CORRIENTES

En varias investigaciones se ha documentado que las madres adolescentes (es decir, de 15 a 19 años de edad) de Colombia presentan peores indicadores de salud materno infantil, comparadas con las de mayor edad. Esto obedece a factores tanto biológicos como del comportamiento; por ejemplo,

las madres adolescentes tienen mayor posibilidad de dar a luz un hijo con bajo peso, importante factor determinante de la mortalidad infantil. En Colombia la tasa general de fecundidad ha bajado muy rápido durante los últimos 30 años. Sin embargo, esta disminución, que se debe principalmente a las tasas específicas de fecundidad en mujeres mayores de 19 años, se ha manifestado poco en las adolescentes.

2.3. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MATERNIDAD EN ADOLESCENTES

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES

Introducción

Cada año 3.312.000 adolescentes latinoamericanas llevarán a término un embarazo, ignorándose el número de abortos. La prevalencia del embarazo temprano ha aumentado en el mundo entero en las últimas décadas. Constituye una situación de riesgo social y biológico cuando se asocia a un menor nivel socio-económico, a deserción escolar; a baja autoestima y a una pareja inestable o ausente. Estas condiciones se relacionan a su vez con bajo peso al nacer, aumento de la morbilidad infantil y desnutrición temprana. Así, se puede inferir que el embarazo y la maternidad en la adolescencia estarían vinculados con importantes *riesgos biológicos* y *psicosociales*, tanto para la madre como para su hijo. Dichos riesgos, contrariamente a lo que se creía, no se deben a condiciones fisiológicas o psicosociales intrínsecas de este período de la vida, como es la adolescencia, sino que el embarazo en esta etapa es en sí mismo un marcador de factores sociodemográficos que aumentan los riesgos tanto de la gestación como de la maternidad. La escolaridad, la permisividad de los padres, el funcionamiento de la familia, la autoestima, incluso la práctica de un culto religioso, el rendimiento escolar y la ocupación del tiempo libre del adolescente, forman parte de una larga lista de variables de una escala de riesgo del embarazo temprano, que es muy utilizada en varios países. Si se contara con elementos que permitieran pesquisar adolescentes en riesgo de embarazo, se contribuiría a crear o mejorar la calidad de los programas preventivos. El

embarazo de la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis propia de la adolescencia, con sus distintas fases que colorean las actitudes de los mismos frente al embarazo.

Hay profundas diferencias de vivencias al respecto, según se viva la adolescencia temprana, mediana, tardía, y su conocimiento ayuda a comprenderla en su contexto evolutivo. Las actitudes se manifiestan de distintas maneras y esto depende de influencias culturales, temperamentales, de clase social, estado de salud, etc.

Sin embargo es posible encontrar características comunes y distintivas que permitan clasificar conductas sobre la base de las etapas de desarrollo de la adolescencia.

2.3.1. EL EMBARAZO NO DESEADO: CONCEPTOS Y SITUACIÓN REGIONAL

La reproducción y su condición necesaria, el ejercicio de la sexualidad, deberían ser siempre actos deseados y planeados. Lamentablemente, no es así. Prueba de ello son los embarazos no deseados definidos como aquellos que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno, o que se dan en una persona que ya no quiere reproducirse. ¿Por qué, en una época en la que, al menos en teoría, existen los medios para regular la fecundidad, las mujeres aún siguen teniendo este problema? • *Porque las mujeres y las parejas de América Latina y el Caribe (ALC) desean menos hijos que los que naturalmente resultan del ejercicio de una vida sexual activa.* Las encuestas de demografía y salud que se han llevado a cabo en la mayoría de los países de la Región en las últimas décadas muestran que, en promedio, el tamaño de la familia se ha reducido de manera importante en los últimos 30 años: de 6 hijos en 1960–1965 a 3,3 en el primer quinquenio de los años noventa. Sin embargo, el número de hijos que las mujeres desearían tener es todavía menor. Así, por ejemplo, en Bolivia, en 1998 el tamaño medio de la descendencia era de 4,2 hijos, mientras que el número medio de hijos que las mujeres mencionaban como ideal era de 2,6. En Colombia, en el año 2000, el tamaño de la familia era en promedio de 2,6 hijos, mientras que el número deseado de hijos era, en promedio, de 2,3. Estos datos, de por sí ilustrativos, son medias nacionales que ocultan grandes diferencias según la edad, escolaridad y lugar de residencia. Por ejemplo, en México, en 1997 las mujeres de 15 a 19 años declararon que su número ideal de hijos era, en promedio, de 2,7, mientras

que las del grupo de 45 a 49 años respondieron que era de 4; aquellas sin escolaridad dijeron que el número ideal era de 4,3 y las que tenían educación secundaria o superior aspiraban a 2,7. Finalmente, las de origen rural señalaron que su tamaño ideal de descendencia era de 3,8 y las de origen urbano, de 3.² En todos los países donde se ha recogido este tipo de información se han observado tendencias similares.

Este cambio refleja profundas y complejas transformaciones sociales y culturales a las que contribuyen un sinnúmero de circunstancias, entre ellas el descenso de la mortalidad infantil y mayores expectativas de los padres para el desarrollo personal de los hijos, las crecientes escolaridad y participación de la mujer en el mercado laboral, las políticas de población y los mensajes oficiales sobre el valor de una familia menos numerosa, así como las características de la vida urbana. Las expectativas reproductivas están influenciadas por la cultura y la ideología, y difieren según el grupo social y el contexto histórico. El papel que se les asigna a las mujeres en la sociedad está íntimamente relacionado con las expectativas reproductivas y varía dentro de una amplia gama que va desde el papel exclusivo de madre y cuidadora de los hijos hasta su desempeño pleno como trabajadora o profesional. • *Porque aún no todas las personas pueden controlar su fecundidad.* En la segunda mitad del siglo XX aparecieron y se desarrollaron los métodos anticonceptivos modernos, que son muy eficaces y seguros y que, por primera vez en la historia de la humanidad, permitieron llevar las expectativas reproductivas a la práctica. En efecto, la anticoncepción moderna es la herramienta idónea para que las mujeres y las parejas puedan elegir el momento en que inician la reproducción, el número de hijos que van a tener y el espaciamiento entre los embarazos. En la Región se ha observado una tendencia constante al aumento del uso de métodos anticonceptivos.

Así, por ejemplo, en Bolivia (uno de los países con una prevalencia de uso más baja) la proporción de mujeres en edad fértil que utiliza anticoncepción ha aumentado del 30,3% en 1989 al 45,3% en 1994 y al 48,3% en 1998, y en Nicaragua del 49% en 1993 al 60,3% en 1998. En el otro extremo del

² América Latina y Caribe. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 11(3), 2002 193

espectro (países con frecuencias de uso elevadas), Colombia muestra un aumento del 72% en 1995 al 77% en 2000 y en México se observa una tendencia ascendente sin interrupciones: del 63,1% en 1992 al 66,5% en 1996 y al 70,8% en 2000. Sin embargo, en la práctica, existen mujeres que no desean reproducirse pero siguen expuestas al “riesgo” de quedar embarazadas, por estar en edad reproductiva y llevar una vida sexual activa sin usar ningún método anticonceptivo o porque utilizan métodos “tradicionales” como el ritmo o el coito interrumpido, de escasa eficacia para evitar el embarazo. Demógrafos y especialistas en reproducción se refieren a este grupo de la población como aquellas personas con una “necesidad no satisfecha de planificación familiar o anticoncepción”. La proporción de mujeres que se encuentra en esta situación no es despreciable: en Bolivia, por ejemplo, ascendía al 26% en 1998, en Nicaragua al 14,7% en 1998 y en México al 12,1% en 1997. Según el Instituto Alan Guttmacher, en 1994 existían 8 millones de mujeres con esta necesidad insatisfecha en Brasil, 1,8 millones en Colombia, 6,7 millones en México, 1,9 millones en Perú y 351 000 en la República Dominicana. Diversas encuestas realizadas en distintos países proporcionan algunas indicaciones sobre las razones que subyacen a esta situación. La falta de conocimientos sobre los anticonceptivos es una de ellas, contribuye más el conocimiento deficiente de cómo utilizar un método determinado (especialmente los anticonceptivos orales), resultado de la ausencia total de asesoramiento (esto sucede, por ejemplo, cuando se adquieren los anticonceptivos en la farmacia y no se accede a una consulta con una persona cualificada) o de un asesoramiento deficiente. Este desconocimiento hace que el fracaso de los métodos sea frecuente. Otras razones que explican la “necesidad no satisfecha” son el temor (infundado, por cierto) a los efectos secundarios de los métodos, la oposición de la pareja, la postura de algunas iglesias (sobre todo la Católica y grupos asociados con ella) y las barreras para conseguir los métodos (inexistencia de servicios, costos, diferencias culturales o lingüísticas).

Estas barreras, junto con la deficiente calidad de los servicios, representan factores particularmente importantes para ciertos grupos de mujeres (rurales e indígenas, sobre todo), los hombres y los

adolescentes, cuyas necesidades de atención son diferentes de las de la mayoría de la población usuaria.

Existen relaciones sexuales que no son voluntarias ni deseadas, cuyas expresiones extremas son la violación y la violencia sexual, o cuando existe una fuerte presión social para el inicio de la vida sexual, como sucede en algunos grupos de adolescentes. Mientras existan relaciones no planeadas y sin el consentimiento de la mujer, existirán los embarazos no deseados. Muchos países de la región permiten la interrupción legal del embarazo en caso de violación, pero aun en estas circunstancias, muchas mujeres se ven obligadas a continuar con un embarazo no deseado secundario a violación debido a que desconocen la ley o a que la organización de los servicios de salud no facilita el acceso a este procedimiento.

Los métodos anticonceptivos fallan y no hay ninguno que sea eficaz en un 100%. Se estima que cada año ocurren en el mundo entre 8 y 30 millones de embarazos debidos al fracaso de los métodos anticonceptivos o a su uso incorrecto. Si bien una mejor información contribuiría a reducir estas cifras, nunca lograrán evitarse totalmente los embarazos no deseados debidos a esta causa. Los embarazos no deseados que resultan de relaciones sexuales no consensuadas o del fracaso de los métodos anticonceptivos son más de los que deberían, considerando que existe un método seguro y eficaz para prevenir el embarazo tras una relación sexual sin protección: la anticoncepción de emergencia.

Lamentablemente, este recurso no está disponible en toda la Región, debido a que los responsables de políticas y programas de muchos países no lo han aprobado oficialmente por confundir este método anticonceptivo con un método abortivo. Los embarazos no deseados son especialmente comunes en adolescentes, mujeres solteras y mayores de 40 años; sin embargo, también se dan en otros grupos de edad. Su frecuencia parece ser mayor entre las mujeres de escasos recursos y bajo nivel educativo, aunque ocurren en todas las clases sociales. Sus consecuencias no solo afectan a las mujeres, sino también a los hombres y a las familias.

2.3.2. CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO NO DESEADO

Ante un embarazo no deseado, las mujeres y las parejas enfrentan decisiones difíciles. Las opciones que se abren son básicamente dos: Intentar interrumpir el embarazo a través de un aborto inducido, con todos los riesgos y consecuencias que este procedimiento conlleva en sociedades en las que está legalmente restringido y continuar con el embarazo no deseado. Cualquiera de estas decisiones tiene consecuencias sobre la salud y la situación social y económica de la mujer, su pareja y su familia. Además, también influyen en las condiciones de salud y de desarrollo de las sociedades. Las consecuencias sobre la salud de las mujeres son indirectas: las más graves se derivan del aborto inducido al que las mujeres recurren para tratar de evitar el embarazo no deseado, y que se realiza en condiciones de clandestinidad e inseguridad. La continuación de los embarazos no deseados también tiene consecuencias sobre la salud de la madre y del hijo, ya que estos ocurren con mayor frecuencia en mujeres en ambos extremos de la edad reproductiva, períodos durante los cuales los riesgos son mayores. Los dos tipos de implicaciones sobre la salud se detallan en las secciones que siguen. Finalmente, los embarazos no deseados tienen consecuencias que van más allá del individuo y afectan a toda la sociedad.

2.3.3. Consecuencias del embarazo no deseado sobre la salud

Aborto inducido. Las consecuencias más graves del embarazo no deseado sobre la salud son los problemas que resultan de un aborto inseguro. En los Estados Unidos de América (EE.UU.) se sabe que aproximadamente la mitad de los embarazos no deseados terminan en aborto. Algunas estimaciones señalan que en América latina y el Caribe (ALC) el aborto inducido es el camino elegido en un 17 a 35% de los casos.

La interrupción voluntaria del embarazo ha ocurrido en todas las culturas y en todas las épocas, a veces legal y culturalmente aceptados, otras rechazados con violencia. Es un problema complejo que puede abordarse desde la ética y la filosofía, el derecho, la política, la psicología, la sociología, la historia y las ciencias de la salud. Sin embargo, cuando se estudia el aborto inducido desde esta

última perspectiva, es imprescindible dejar de lado los profundos conflictos que el tema despierta en individuos, parejas y familias y, en general, en la sociedad, para encararlo como uno de los más importantes problemas de salud pública que enfrentamos en la región. La anticoncepción de emergencia (ACE) es el único método poscoital disponible hasta ahora que las mujeres pueden utilizar para prevenir el embarazo después de una relación sexual sin protección, de un accidente anticonceptivo o de una violación. Según demuestran los estudios sobre el tema, su eficacia es del 75%; en otras palabras, la ACE previene 3 de cada 4 embarazos que ocurrirían después de una relación sexual sin protección. La ACE consiste en la ingestión de una dosis especial, más alta, de los anticonceptivos orales que se encuentran en el mercado, en las primeras 72 horas después del coito, y una segunda dosis 12 horas después. En varios países de la región ya existe un producto destinado a la ACE y el método está incluido en las normas oficiales de planificación familiar. Sin embargo, hay otros países donde este método no ha sido aprobado, a pesar de la existencia de políticas de población y salud reproductiva avanzadas, como en el caso de México.

La ACE actúa interrumpiendo el ciclo reproductivo de la mujer y es un método eficaz y seguro, sin efectos secundarios importantes; no afecta al embrión si la mujer que la ingiere ya estaba embarazada, y no es abortiva ni tampoco se recomienda como anticonceptivo de rutina. En cambio, representa una segunda oportunidad para reducir en una gran proporción los embarazos no deseados y sus terribles consecuencias. Es importante que se difunda ampliamente información sobre este método entre las jóvenes y las víctimas de relaciones sexuales no consensuadas, y que las usuarias y usuarios de planificación familiar que se enfrenten a problemas en el uso de los anticonceptivos, como el olvido de la toma de un anticonceptivo hormonal oral o la ruptura o deslizamiento del condón.

El aborto inducido es una de las principales causas de enfermedad y muerte para las mujeres de América Latina y el Caribe. El aborto que se realiza en condiciones inseguras se acompaña con frecuencia de complicaciones secundarias al procedimiento utilizado. Por ejemplo, cuando se introducen objetos no estériles o punzantes en el útero, los riesgos que enfrenta la mujer son enormes, y se agravan cuando esta no cuenta con información que le permita identificar los signos

de las complicaciones, cuando retrasa la búsqueda de atención por temor, vergüenza o desconocimiento de adónde acudir, o cuando la calidad de la atención es deficiente.

En un estudio realizado en Brasil se estimó que el 20% de los abortos clandestinos realizados por médicos en clínicas y el 50% de los efectuados en casas particulares por la propia mujer o por personal sin entrenamiento se complican. Estos datos contrastan con los provenientes de países donde el aborto es legal y se realiza en buenas condiciones, donde solo el 5% de las mujeres que interrumpen su embarazo sufre algún problema. Las complicaciones inmediatas más frecuentes del aborto inseguro son la perforación del útero, la hemorragia y la infección. A medio plazo, la infertilidad es una secuela frecuente. Lamentablemente, no se cuenta con datos sistemáticos y precisos para cuantificar la morbilidad que ocurre como consecuencia del aborto inducido, excepto en los casos en los que la mujer acude a un centro hospitalario. Un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social muestra que el 63% de los internamientos de pacientes con problemas relacionados con el embarazo corresponden a complicaciones secundarias a un aborto. Esta proporción es altísima y está muy por encima de la causa de internamiento que le sigue en frecuencia, la hemorragia (19%). Todas las mujeres que, bien o mal, resuelven su problema en el hogar o en la comunidad (fuera de los hospitales) no quedan registradas en ninguna estadística oficial. Cuando se acompaña de sentimientos de culpa y se lleva a cabo en condiciones traumáticas, el aborto inducido también tiene consecuencias psicológicas como depresión, ansiedad y miedo. No obstante, es importante señalar que la continuación de un embarazo no deseado y la experiencia de ser madre contra voluntad también suele tener consecuencias emocionales graves. Por ahora no existen cifras en nuestra Región que permitan estimar la frecuencia de las complicaciones emocionales del aborto inducido. No obstante, es posible afirmar que la decisión entre continuar un embarazo no deseado o interrumpirlo es siempre difícil y dolorosa para la mujer y quienes la rodean.

El aborto inducido es también una importante causa de muerte materna (defunciones que ocurren como consecuencia de problemas del embarazo y el parto o de complicaciones surgidas durante el puerperio, o que se derivan de una mala atención). En efecto, cuando un aborto se realiza en condiciones inseguras y la mujer con complicaciones no tiene acceso a atención oportuna y de

buena calidad, el riesgo de morir es muy alto. Conocer el número de muertes que ocurren en América Latina como consecuencia del aborto sería un dato importante para analizar y abordar el problema. Lamentablemente, solo contamos con aproximaciones a la cifra real, debido a la calidad deficiente de nuestras estadísticas oficiales relativas a la mortalidad materna, así como a la clandestinidad del procedimiento.

En nuestros países la calidad de la información sobre la mortalidad materna es en general deficiente, debido a que una importante proporción de la población aún no accede a instituciones de salud y, en consecuencia, sus muertes no quedan asentadas en ningún registro oficial. Otro factor que contribuye a la mala calidad de la información es la inadecuada clasificación de las muertes maternas como resultado de deficientes certificados de defunción. Esto sucede porque a menudo dichos certificados son rellenados por personas sin entrenamiento o porque los médicos prefieren no incluir datos sobre complicaciones del aborto que podrían atraer nuevas averiguaciones e, incluso, enfrentarlos a consecuencias legales.

Además, las muertes maternas que ocurren más de 42 días después del aborto o el nacimiento (aproximadamente el 11% del total, generalmente no se incluyen en la categoría de muerte materna).

Todas estas circunstancias explican que el 30 a 50% de las muertes maternas no queden registradas como tal. En otras palabras, el número real de muertes maternas es aproximadamente del doble de lo que reflejan las estadísticas oficiales.

Es razonable suponer que el subregistro sea aún mucho más importante para las muertes que ocurren como consecuencia de un aborto inducido en condiciones de clandestinidad. En efecto, el temor a la censura y a las consecuencias legales que sienten las mujeres, sus familiares y los profesionales de la salud determina que muchas de estas defunciones queden registradas bajo otras causas, como infección o hemorragia. Estudios realizados en Brasil y Colombia estimaron que alrededor del 60% de las muertes maternas clasificadas bajo la categoría de "infección" estaban

asociadas con un aborto. Otro factor que contribuye al subregistro es que, si el embarazo fue muy reciente, la condición de gravidez ni siquiera se menciona en el certificado.

La mala calidad de la información disponible obliga a recurrir a cálculos indirectos para estimar el número de muertes maternas que ocurren en América Latina como consecuencia del aborto. Royston et al. hicieron un ejercicio de este tipo. En primer lugar, tomaron el número de muertes maternas registradas oficialmente como tales y corrigieron estas cifras por el subregistro de la mortalidad materna en general, calculado en un 50%. En pocas palabras, multiplicaron por dos el número de muertes maternas registradas oficialmente. En 1990, año que tomaron los autores como ejemplo, hubo en la Región 14 000 muertes maternas que, una vez ajustadas por el subregistro del 50%, ascendieron a 28 000. Según cifras oficiales, aproximadamente el 17% de la mortalidad materna se debe al aborto inducido, lo que nos daría un número de 4 760 (17% de 28 000) mujeres fallecidas a consecuencia de la interrupción del embarazo. Esta cifra todavía está subestimada, ya que falta corregirla por el subregistro de las muertes maternas debidas específicamente al aborto y mal clasificadas bajo los rubros de hemorragia o infección, que se estima en un 50%. Al hacer esta corrección se llega a una cifra de alrededor de 10 000 muertes por aborto por año en América Latina. El lugar que ocupa el aborto entre las causas de muerte materna varía en los distintos países, con proporciones más elevadas en el Cono Sur. Es evidente que las muertes por aborto son menos frecuentes cuando el uso de anticonceptivos es más alto (y, por lo tanto, es menor la proporción de embarazos no deseados), y cuando la calidad de los servicios para la atención de las complicaciones es mejor. Tomando en cuenta esta variación, es posible estimar que ocurren entre 83 y 250 muertes por cada 100 000 abortos. En promedio, en los países donde el aborto es legal, la cifra es de 0,6 por cada 100 000 interrupciones del embarazo. Las defunciones a consecuencia de un aborto mal practicado son muertes de mujeres jóvenes, responsables del cuidado de hijos pequeños y de otros miembros de la familia. Además son muertes totalmente prevenibles, ya que se podría evitar el embarazo no deseado, contar con procedimientos seguros para la interrupción del mismo y tratar con eficacia las complicaciones del aborto, lo que hace que esta realidad sea verdaderamente inaceptable.

La atención a las complicaciones del aborto consume importantes recursos del sector de la salud. De hecho, la atención de estos problemas ocupa el segundo lugar en uso de recursos hospitalarios para la atención obstétrica, después del parto normal, que es el motivo más común por el que las mujeres en edad reproductiva acuden a una institución de salud. El costo de la atención a las complicaciones del aborto en distintas instituciones y circunstancias es muy variable y no se ha estimado de una manera sistemática. Para aproximarse a una cifra sería necesario considerar los costos hospitalarios directos que resultan de la atención de complicaciones graves, más las implicaciones financieras de un aborto complicado para la mujer, su familia y la comunidad. En algunos contextos, el costo de un aborto clandestino realizado por un médico en una clínica equivale a los ingresos anuales de una familia media. Evidentemente, para un análisis cuidadoso de los costos habría que asignar un valor monetario a la muerte materna y a las consecuencias de la desaparición de la mujer sobre la familia, la vida de sus hijos y la comunidad. Atribuir costos a estas situaciones es un asunto complejo que los economistas de la salud aún no han resuelto.

Más allá de la variabilidad que seguramente existe entre países y grupos sociales, se puede afirmar sin temor a equivocarse que los costos derivados de incrementar la cobertura y calidad de la planificación familiar, de ofrecer educación sexual y de establecer servicios para adolescentes, entre otras medidas destinadas a disminuir los embarazos no deseados, son menores que el costo de la atención de las complicaciones inmediatas y a largo plazo del aborto, más las repercusiones financieras que para la familia y la sociedad implican las muertes maternas. En nuestros países, donde la proporción del producto interno bruto dedicado a la atención de la salud está aún muy por debajo de las recomendaciones internacionales, resulta particularmente grave que estos recursos limitados se dediquen a problemas que pueden ser prevenidos con medidas sencillas y de bajo costo.

El aborto inducido es, sin lugar a dudas, frecuente en ALC. Sin embargo, dada la naturaleza ilegal del mismo, no se cuenta con datos confiables sobre su incidencia. De hecho, los números varían en un intervalo muy amplio en función de la postura que frente al aborto inducido sustenta quien genera y difunde la información correspondiente. Las únicas estadísticas nacionales con las que se cuenta

se refieren al número de hospitalizaciones por aborto. Ciertas técnicas estadísticas permiten estimar, a partir de este dato, la frecuencia del aborto inducido. Según los resultados de un ejercicio llevado a cabo por el Instituto Alan Guttmacher, en seis países que reúnen al 70% de la población de América Latina (Brasil, Chile, Colombia, México, Perú y la República Dominicana) se realizan por año aproximadamente 2,8 millones de abortos inducidos. Si estos resultados se extrapolaran a toda la Región, el número de abortos inducidos por año alcanzaría unos 4 millones. Un fenómeno de esta magnitud, con las graves repercusiones ya mencionadas, constituye, sin lugar a dudas, un grave problema de salud pública.

Los riesgos que una mujer enfrenta ante un aborto inducido son un reflejo de la desigualdad social que prevalece en ALC. Así, las mujeres con recursos que viven en áreas urbanas tienen la opción de interrumpir un embarazo no deseado en condiciones mucho más seguras que las que habitan en zonas rurales y son de bajo nivel socioeconómico. Las primeras suelen tener acceso a profesionales de la salud capacitados para hacer un aborto, mientras que las segundas suelen provocárselo ellas mismas o con la asistencia de una persona sin entrenamiento ni la infraestructura necesaria. Los métodos que las mujeres llegan a utilizar en el intento por resolver su problema solo pueden ser vistos como un reflejo de su desesperación: introducción de sondas o alambres, caídas por las escaleras, golpes que se dan ellas mismas o sus parejas. Por su parte, las mujeres con información y recursos acuden a profesionales que utilizan técnicas seguras, mitigan el dolor con anestésicos o analgésicos y suelen indicar antibióticos profilácticos para evitar infecciones. La inequidad es brutal, tal vez la más sobresaliente en el campo de la salud reproductiva. Baste recordar que un aborto inducido en condiciones óptimas representa para la mujer menor riesgo que una inyección de penicilina o un parto normal. En ALC, la mayoría de las constituciones nacionales establecen el derecho universal a la protección de la salud. Es, por lo tanto, una responsabilidad social ineludible responder a las necesidades de todas las mujeres por igual, sin distinción de clase social. Una sociedad que admita que algunas de sus mujeres accedan a un aborto inducido sin riesgos ni dificultades mientras que otras experimentan los peligros, no es una sociedad democrática.

Es común que las mujeres que padecen complicaciones derivadas de un aborto inducido acudan a servicios públicos en busca de un tratamiento para sus problemas. Desafortunadamente, la atención tras un aborto suele ser de baja calidad técnica y humana. En primer lugar, en la mayoría de los servicios se utiliza el legrado instrumental para evacuar la cavidad uterina, método peligroso en manos no entrenadas. Esta técnica sigue siendo la más común a pesar de que actualmente se cuenta con la aspiración endouterina, que es más sencilla, segura y barata. En segundo lugar, es importante recordar que las mujeres que interrumpen un embarazo no deseado están en alto riesgo de repetir la experiencia; no obstante, solo una muy baja proporción de las que acuden a un servicio para la atención de un aborto incompleto o de sus complicaciones son dadas de alta con la información necesaria o con un método anticonceptivo que las proteja de un nuevo embarazo no deseado.

Finalmente, el trato que reciben las mujeres en estas circunstancias se caracteriza con demasiada frecuencia por la rudeza, la crítica abierta o solapada, las largas esperas y la falta de respeto a su pudor.

Son varias las circunstancias que contribuyen a esta situación: a la falta de recursos que aqueja a nuestros servicios de salud se agrega una actitud punitiva del personal o, por lo menos, de indiferencia ante las difíciles circunstancias físicas y emocionales que padecen las mujeres en estas circunstancias.

En todo país, independientemente de la postura oficial ante el aborto inducido, es imprescindible reconocer que las complicaciones derivadas de este son un problema de salud pública de la más alta prioridad y que todos los esfuerzos por lograr una mejoría de la calidad de la atención están plenamente justificados.

Otras consecuencias del embarazo no deseado sobre la salud se derivan de que es más frecuente durante la adolescencia y los riesgos durante el embarazo, parto y puerperio son mayores.

2.3.4. Embarazo en adolescentes

El embarazo en mujeres de menos de 19 años es común en la región. Encuestas recientes señalan que el 14% de las gestaciones en Bolivia en 1998 fueron de adolescentes, el 19% en Colombia en 2000, el 27% en Nicaragua en 1998 y el 17% en Paraguay en 1990. Otra manera de apreciar la magnitud del problema es calcular la proporción de menores de 19 años que están embarazadas o ya han tenido por lo menos un hijo cuando se realiza una encuesta. Esta categoría (adolescentes embarazadas o con un hijo o más) representó un 44% en Bolivia en 1994, un 39% en Colombia en 1995 y un 41% en Paraguay en 1996. En México, el 15,2% de las menores de 20 años ya tuvo su primer hijo. Esta alta frecuencia de embarazos en adolescentes se asocia, obviamente, con un inicio temprano de la vida sexual. En México, por ejemplo, el 11% de las adolescentes de la cohorte 1965–1969 inició su vida sexual activa antes de los 16 años. Esta fracción era de casi el doble entre las jóvenes de áreas rurales y cinco veces mayor en las mujeres sin instrucción, en comparación con las que concluyeron la primaria. Finalmente, otro dato interesante para ilustrar el problema del embarazo en adolescentes es que las parejas jóvenes utilizan anticonceptivos con menor frecuencia que los adultos para retrasar el primer embarazo (en México, solo el 17,5% de las parejas sin hijos lo hace). Esta baja utilización de anticonceptivos determina un alto riesgo de embarazo en las jóvenes.

En ALC no sabemos cuántos de los embarazos en adolescentes son deseados. Sin embargo, es de suponer que una buena proporción de estas madres jóvenes hubieran preferido evitarlos, de haber contado con los recursos para ello. La prevención de un embarazo no deseado en este grupo de edad es aún más trascendente que en otros momentos de la vida, debido a las consecuencias biológicas y sociales, tanto para la madre como para el niño, de los embarazos a edades tempranas:

- Las madres muy jóvenes (especialmente las menores de 15 años) tienen una mortalidad materna 2,5 veces mayor que las de 20 a 24 años

- Las adolescentes corren mayor riesgo de ganar poco peso durante el embarazo, sufrir hipertensión inducida por el embarazo, anemia, infecciones de transmisión sexual y desproporción cefalopélvica
- Las adolescentes corren mayor riesgo de sufrir violencia y abuso sexual. Ante un embarazo que la adolescente no está en condiciones de llevar a término, la joven suele carecer de conocimientos, recursos y orientación para resolver su situación. Sola y vulnerable, recurre a los métodos más peligrosos con el fin de interrumpir el embarazo. Asimismo, el miedo a la censura la lleva a retrasar la asistencia a los servicios de salud para buscar ayuda frente a las complicaciones derivadas de un aborto incompleto.

Esta cadena de acontecimientos coloca a la joven en alto riesgo de enfermedad y muerte. Los hijos de madres menores de 15 años corren un riesgo dos veces mayor de tener bajo peso al nacer (< 2 500 g) y tres veces mayor de morir en los primeros 28 días de vida que los niños de madres de mayor edad. La incidencia de muerte súbita es mayor entre los hijos de adolescentes y, más adelante, estos niños también sufren con mayor frecuencia enfermedades y accidentes.

Los hijos de madres adolescentes corren mayor riesgo de morir durante sus primeros 5 años de vida. Un estudio comparativo para el que se usaron datos de encuestas de demografía y salud de 20 países muestra que este riesgo es un 28% mayor para los hijos de adolescentes que para los de madres de 20–29 años. Esta mayor mortalidad es consecuencia de las condiciones en las que se crían estos niños, caracterizadas por la pobreza, los cuidados deficientes y una utilización menor y más tardía de los servicios de salud.

En general, este conjunto de problemas resulta de una combinación de factores: el bajo nivel socioeconómico, la inmadurez física de la madre, la falta de atención prenatal, los hábitos inadecuados relacionados con la salud (nutrición y tabaquismo, por ejemplo) y la inmadurez emocional.

El embarazo también tiene consecuencias sobre las oportunidades de desarrollo de las jóvenes. Así, se ha observado repetidamente que las adolescentes embarazadas abandonan la escuela con

mayor frecuencia que el resto, tienen mayor probabilidad de ser madres solteras o solas, van a tener un número mayor de hijos al final de su vida reproductiva y sus oportunidades de alcanzar un trabajo remunerado son menores.

Ante un embarazo no deseado, una mujer puede recurrir al suicidio o ser víctima de un homicidio. Que una mujer acabe con su propia vida como respuesta a un embarazo no deseado es, seguramente, una de las consecuencias más trágicas de este problema. De igual forma, es inadmisibles que la mujer pague con su vida el desacuerdo de su pareja o de otros miembros de la familia con el embarazo.

Diversos autores han expresado su preocupación sobre estas consecuencias del embarazo no deseado y se han referido a ellas como “el tema ausente” en los estudios sobre la mortalidad materna. En la mayoría de los países desarrollados ya prácticamente no existen el suicidio y el homicidio relacionados con un embarazo no deseado, probablemente porque en estos lugares las legislaciones y los sistemas de salud ofrecen mejores opciones y más protección a las mujeres que enfrentan este problema. Unos pocos estudios en países en desarrollo y, en particular, en América Latina, permiten apreciar la magnitud de este problema. En Matlab, Bangladesh, en el período 1976–1986 se demostró que de 409 muertes maternas, 17 (4%) fueron suicidios y 8 (2%) homicidios;. Algunos autores sugieren que este podría ser un problema creciente en países en desarrollo. La difícil situación económica y el temor a la crítica familiar y social, combinados con la ausencia de leyes y de un sistema social que proteja a las mujeres con embarazos no deseados, contribuyen seguramente a la elección del suicidio e incrementan la probabilidad de que las mujeres sean víctimas de la violencia de quienes se oponen a dicho embarazo. Esta es un área poco explorada que merece ser investigada en profundidad en la Región.

Los tres determinantes más importantes del crecimiento poblacional observado en el último siglo han sido la mortalidad, que disminuyó drásticamente como consecuencia de las mejores condiciones sanitarias, las vacunas, los antibióticos y otras intervenciones altamente eficaces; el número de hijos que las mujeres tienen durante su período reproductivo. La población mundial ha aumentado de 1

600 millones en 1900 a 2 500 millones en 1950 y a 6 000 millones en 2000. Si no cambian los factores que contribuyen al crecimiento poblacional, se estima que en el mundo habrá 10 400 millones de habitantes hacia el año 2100, y este incremento se deberá casi totalmente al aumento de la población en las regiones en desarrollo. Fecundidad, que se mantuvo alta mientras la mortalidad disminuía, y la alta proporción de jóvenes en la estructura demográfica, que determina un elevado número de hijos en la siguiente generación, incluso cuando la fecundidad individual de cada uno de estos jóvenes es relativamente baja. En la mayoría de los países de la Región existe preocupación por el ritmo acelerado de crecimiento de la población. Sin embargo, existen excepciones, como Argentina, Chile y Uruguay, cuyas pirámides poblacionales corresponden más a las de países que han completado la transición demográfica. La fecundidad de una población resulta de las expectativas reproductivas (los hijos que las mujeres y las parejas desean tener) y de su acceso a los medios que les permiten cumplir con estas expectativas (especialmente los métodos anticonceptivos).

Para que la fecundidad y, en consecuencia, el crecimiento demográfico de un grupo social, un país o una región disminuyan, es esencial que su población aspire a un menor número de hijos y tenga acceso a los medios para lograrlo. De esta manera, los embarazos no deseados se reducirían al mínimo. La fecundidad ya no contribuye al aumento poblacional cuando se acerca a los llamados "valores de reemplazo". Esto sucede cuando cada pareja tiene solamente dos hijos, que sustituyen, demográficamente hablando, a sus padres en la siguiente generación. La fecundidad media en ALC fue de 2,7 en el año 2000, es decir, mayor que la fecundidad de reemplazo. Este valor medio abarca países y grupos con una fecundidad mucho más alta aún, que crecen a ritmos acelerados. Según los datos que arrojan las encuestas, el número de hijos al que las mujeres aspiran es menor que el que realmente tienen. La diferencia representa a los embarazos no deseados.

Por ello, para lograr un crecimiento poblacional menor en la región es esencial, en primer lugar, que las personas logren concretar sus expectativas reproductivas y evitar los embarazos no deseados y, en segundo término, que deseen un número aún menor de hijos que los que quieren actualmente.

Si las expectativas reproductivas se cumplieran, las mujeres, parejas y familias no enfrentarían las situaciones y decisiones difíciles que se asocian con embarazos o hijos no deseados; además, la sociedad en general se beneficiaría, ya que el crecimiento poblacional y las demandas que se derivan de él serían menores. El impacto demográfico del descenso de la fecundidad a valores más cercanos a los de reemplazo no sería despreciable: para el año 2100 se estima que, si la fecundidad continúa como está actualmente, habrá una población de 8 900 millones en las regiones subdesarrolladas y que la cifra sería de 7 800 millones si la fecundidad disminuyera a dos.

Se ha comprobado que el inicio tardío de la reproducción y el deseo de menos hijos se asocian con un mayor desarrollo social y, en especial, con el nivel de escolaridad de la madre. Por ello, los esfuerzos por influir en las expectativas reproductivas deben concentrarse en los jóvenes (hombres y mujeres), ya que ellos representan el mayor grupo en la estructura demográfica actual, son los que van a reproducirse en las próximas décadas y, sobre todo, son los más abiertos a cambiar la visión tradicional del papel de la mujer en la sociedad. Cuantas más oportunidades e incentivos existan para que las mujeres reciban educación y se desarrollen como trabajadoras o profesionales, más se retrasará la edad al nacer el primer hijo y más bajo será el número de descendientes que la mujer y su pareja deseen. Si, al mismo tiempo, se garantizara el acceso efectivo a la anticoncepción para toda la población, el crecimiento de la población sería menor.

Autores finlandeses encontraron que, en orden decreciente, el bajo nivel educativo de la madre, el hecho de ser madre adolescente, la crianza por solo uno de los padres, el que la madre no haya deseado el embarazo y el tabaquismo durante el mismo son factores que incrementan el riesgo de que el hijo sea un delincuente juvenil. Estas y otras investigaciones ofrecen pruebas sólidas para sustentar que los hijos que no fueron deseados y que crecieron en un ambiente desfavorable (bajo el cuidado de madres inexpertas, solas, con problemas que probablemente les impedían dar una atención adecuada a sus hijos) son más susceptibles de involucrarse en actividades criminales durante la juventud. Otros problemas sociales gravísimos, como la violencia doméstica y los niños de la calle, también están fuertemente asociados con la maternidad no deseada.

Recientemente, una investigación realizada por dos prestigiosos economistas de los EE. UU. Encontró una asociación entre la legalización del aborto y el descenso de la criminalidad 15 a 20 años después de aprobada la ley correspondiente en ese país. Sus cálculos les permiten afirmar que la legalización del aborto es la primera causa del importante descenso de la tasa de asesinatos, daños a la propiedad y crimen violento en general que se ha observado en ese país durante la última década. De hecho, el 50% del descenso de la delincuencia podría atribuirse a la legalización del aborto.

En un esfuerzo por comprender esta asociación, los autores sugieren que tal vez las mujeres recurran al aborto como una manera de elegir el mejor momento de su vida para tener hijos. Ellos sostienen que la capacidad de una madre para ofrecer un ambiente favorable para el crecimiento de un niño varía según su edad, educación, ingresos, presencia del padre, el deseo de quedar embarazada y el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas durante el embarazo. En consecuencia, el aborto legal le da a la mujer la oportunidad de retrasar el nacimiento de un hijo hasta que las condiciones sean favorables.

Conscientes de la controversia que sus hallazgos despertarían, los autores se ocupan de aclarar enfáticamente que ellos no tienen una posición especialmente favorable ante el aborto ni están proponiéndolo como una solución a ningún problema social. De hecho, dicen que efectos similares se podrían lograr con otras medidas, como una anticoncepción más eficaz o programas que aseguren el crecimiento en un ambiente favorable para todos los niños con riesgo de involucrarse en actividades criminales más adelante en sus vidas.

2.3.5. EMBARAZO NO DESEADO

Por la mente de esta joven pueden pasar un montón de ideas distintas, unas buenas otras malas, lo que sí es cierto es que resulta difícil, pero no imposible de ordenarlas. Alguna vez se han

preguntado: ¿Por qué se embarazan las adolescentes? Las respuestas pueden ser muchas, según estudios realizados tenemos algunas características psicosociales importantes como lo son: Los hogares desintegrados El desconocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos. El mal uso de los métodos anticonceptivos (continuación incorrecta). Problemas económicos o familiares. Bajos niveles de escolaridad. En el peor de los casos tenemos las violaciones entre otros. Esta gama de características no debe ser un pretexto para que cada adolescente que las padezca tenga un embarazo precoz. Como miembros de esta sociedad y padres es importante asesorar a los jóvenes, con mucho respeto y tolerancia, estos temas lo podemos abordar y evitarles que pasen por esta experiencia que trae un resultado significativo para sus vidas, ya que muchos desconocen las consecuencias de la actividad sexual.

Para hablar del impacto emocional del embarazo de alto riesgo resultan convenientes algunas consideraciones sobre las características psicológicas del embarazo normal. Debo partir de dos afirmaciones esenciales casi obvias: la primera, que el embarazo es una situación natural, resultado de la acción de un instinto básico y que resulta ser la culminación de la sexualidad adulta. De hecho, la madurez de una pareja suele estar señalada por la disposición y la capacidad para ser padres. La segunda, que casi todas las mujeres desean tener un hijo³. Las fantasías de las no embarazadas alrededor de la maternidad son casi universales. Todas las mujeres que ya la han vivido califican la experiencia como significativa e intensa. Casi todas ellas la perciben como un suceso grandioso y terrible, que las acerca a los misterios de la vida y de la muerte. Por la misma razón, todas experimentan ambivalencia frente al embarazo. Tienen intenso deseo de ser madres, pero temen a la experiencia o al resultado. En el aspecto psicológico, el embarazo es el período durante el cual deben realizarse tareas de maduración emocional que preparan a la mujer para su futuro papel de madre. Esas tareas son esencialmente tres:

³ Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXIII / No. 3 / 2004

1. La aceptación del embarazo, es decir, la adaptación a los inevitables y progresivos cambios corporales y a las molestias físicas, así como la aceptación de la amenaza inexorable del parto con sus riesgos y su dolor.

2. La adaptación al papel materno, esto es, la aceptación definitiva de que existe un niño, que ese niño impondrá cambios en el rol personal y cambios en la pareja; la asignación al feto de una identidad, y la asunción de una actitud de protección y pertenencia. El desarrollo de apego materno fetal, que puede describirse como el progreso de la interacción psicológica de la madre con el feto, que se hace progresiva y permanente y que es la base de la futura relación afectiva con el niño.

El hecho de que estas tareas acompañen a un proceso normal no las hace automáticamente tareas psicológicas fáciles o exentas de patología. El estereotipo cultural nos las muestra como procesos felices, que ocurren tranquilamente y, en general, sin alteración. La realidad es bien distinta. Un embarazo, incluso el más normal, constituye una situación de estrés real. Utilizo de manera precisa la definición de estrés de Lazarus y Folkman: "Una relación entre la persona y su ambiente, que es evaluada por la persona como amenazante, que excede sus recursos y que pone en peligro su bienestar"

Más aún, si seguimos la clasificación de la intensidad de las situaciones estresantes, el embarazo normal corresponde a un grado de estrés elevado, que se comparte con eventos como la muerte de una persona amada, las pérdidas financieras importantes y las enfermedades e intervenciones quirúrgicas. Es sabido que una situación de estrés se acompaña de un estado emocional desagradable. Se recomienda llamarla *tensión emocional*, puesto que la misma situación puede provocar ansiedad, vergüenza, cólera y, a veces, hasta una emoción indefinible. Pero la mayor parte de los autores aceptan que el estado emocional característico del estrés es la ansiedad.

El estrés del embarazo es debido, en gran parte, al presagio del parto, pero aceptar el embarazo implica no sólo asumir esa amenaza inevitable. Al margen del gran acontecimiento, ocurren muchos y pequeños sucesos breves, pequeñas exigencias y molestias que originan estrés por sí mismas: trastornos físicos que pueden causar inquietud, náuseas, vértigo, cambio del apetito o disuria;

aumento de peso; deformación corporal; necesidad de acudir al médico y aceptar exploraciones y pruebas; obtención de ciertos papeles en la empresa de salud, etc. La gestación favorece esas pequeñas irritaciones que la escuela de Lazarus considera tal vez más importantes que los acontecimientos mayores para la producción del estrés. ¿En qué consiste la adaptación al papel materno?

La escuela psicoanalítica ha insistido en que el embarazo impone una crisis de maduración. Helen Deutsch sostiene, por ejemplo, que el embarazo “pone a la mujer cara a cara con la realidad, intensificando su percepción de la misma”. Esos “darse cuenta”, “hacerse cargo de la realidad”, “hacerse consciente” constituyen para la escuela psicoanalítica la característica más importante de la madurez. Simultáneamente, con la maduración y precisamente para acceder a ella, la mujer gestante experimenta una regresión a las etapas tempranas de su desarrollo y conducta. La regresión es un mecanismo inconsciente de defensa del Yo. Se presenta en muchas otras circunstancias, en muchas otras crisis vitales, y desempeña una función de adaptación. Regresión significa el retorno del sujeto a etapas ya superadas de su desarrollo.

En este caso, devuelve a la mujer a los conflictos del desarrollo infantil y puberal y, especialmente, a los problemas con su madre. En ello insiste exhaustivamente María Langer en su libro *Maternidad y sexo*. Es decir, el modelo que la embarazada tiene ante sí es el de su propia madre. Paula Heiman sostiene que la gestación “es una preparación para la maternidad que incluye la repetición y la reactivación de los conflictos tempranos de la mujer con su propia madre”. La gestante debe admitir, rechazar o modificar el modelo materno. El proceso no es completamente consciente ni perfectamente racional.

Muchos otros investigadores no psicoanalistas han hecho observaciones parecidas. Las entrevistas a primigrávidas y a sus madres sugieren que la relación madre-hija es esencial para la adaptación de la gestante al papel materno. En general, los problemas de la hija gestante reflejan los de la madre, hasta el punto de que se ha hablado de *transferencia generacional*. Con mayor precisión, diríamos entonces que el trabajo de identificación con la madre o de rechazo del modelo materno y

la aceptación de la propia gestación se facilitan por el mecanismo de regresión, en el que la mujer se ve inconsciente e involuntariamente inmersa. La gestante se identifica con su propio hijo y revive las etapas de su propio desarrollo. Para terminar la descripción de la crisis psicológica del embarazo normal, unas breves palabras sobre las características psicológicas de la parturienta. En términos de ansiedad, el parto constituye el acmé de la gestación. Tiene un carácter de inevitabilidad que obliga a una solución, esté dispuesta o no la mujer. Todos los médicos saben que durante el parto hay momentos de disociación de la conciencia, alteraciones de la percepción, pérdida de la capacidad de raciocinio y juicio crítico y perturbaciones del autocontrol. La individualidad y la autosuficiencia se reducen. La mujer se siente en una situación de emergencia y se vuelve como un niño pequeño. Pide ayuda del exterior y, en particular, necesita la colaboración de una figura materna. Se produce una nueva reactivación de los conflictos y de las conductas infantiles.

Muchas mujeres y todos los médicos confirman el carácter gozoso del dar a luz. Vale la pena no confundir la situación de la mujer después el nacimiento, sobre todo de un hijo deseado y sano, con la situación que ella tiene durante el parto. El estrés del parto es el más intenso del embarazo. Es importante que la sociedad y la familia se preocupen por prestarle apoyo y rodearla de afecto y seguridad.

El amor materno, como lo conocemos hoy, es un descubrimiento de finales del siglo XVIII. Antes de esa época ni la sociedad ni la familia protegían la vida del niño que estaba por nacer. Tener hijos era un asunto del destino. La multiparidad era la norma social. Las familias eran numerosas en miembros y extensas en vínculos, y casi todas las mujeres de edad media habían pasado por la experiencia de perder uno o varios hijos en el proceso del embarazo y del parto. No dudamos de su dolor, pero la muerte durante el proceso era tenida en mente como una contingencia cierta, sujeta a "la voluntad de Dios". Y las parejas parecían mejor dispuestas aceptarla con sentimientos de resignación y pasividad. La sociedad urbana del siglo XXI no sólo está muy unida a la tecnología, sino que está sumamente *medicalizada*. Asistimos a la intervención de todos los procesos vitales y de todo el proceso reproductivo. La obstetricia moderna ofrece fertilidad asistida y control casi perfecto de la fecundidad, vigilancia total del embarazo y parto programado. Nos enorgullecemos de

nuestra capacidad para el diagnóstico precoz de muchas de las condiciones maternas y para el diagnóstico prenatal del estado fetal. La intervención médica permite hoy la sobrevivencia de fetos de muy escasa edad y la corrección quirúrgica de muchas malformaciones congénitas, aspectos que dan una esperanza de vida aceptable a niños antes condenados.

Los progresos han provocado enormes cambios en la relación madre- hijo: el embarazo suele ser planeado, es decir, buscado de forma deliberada y consciente por los padres. Su curso se confía a la vigilancia médica mensual. Cada signo de alarma tiene una respuesta en la medicina.

El parto es un proceso tan confiablemente controlado que algunos padres lo planean y hasta solicitan su filmación. El puerperio inmediato se vive como un período seguro. No es raro que los padres se sientan con el derecho a esperar y a exigir la mayor precisión del sistema de salud, de manera que se les garantice —se les dé la seguridad— que el proceso empezado terminará felizmente. La pérdida de un embarazo, el diagnóstico precoz de una situación desfavorable insoluble o la muerte del recién nacido se viven como una tragedia sin equivalentes, y seguramente provocan reacciones psicológicas muchísimo más intensas que antes. Las parejas que se enfrentan a la expectativa de dar a luz en medio de dificultades médicas, de tener un hijo con malformaciones o con reducidas posibilidades de vida y de desarrollo experimentan una ruptura del proceso psicológico normal del embarazo. El curso natural se ve reemplazado por otro, una secuencia de reacciones emocionales que agrupamos bajo el rótulo común de *reacciones de duelo*. Pero esto rara vez ocurre de manera sencilla y clara.

La mayoría de las veces se produce una mezcla entre los dos procesos y el resultado final depende mucho del período en el cual se recibe la noticia, de la naturaleza de las dificultades mismas (es decir, de su pronóstico), de la historia y el grado de ajuste de la pareja y de la personalidad de los padres.

El duelo es un período normal para cualquiera que sufra una pérdida emocional significativa. Es un proceso indispensable de adaptación a la pérdida. Si sus etapas no son vividas adecuadamente, si los sentimientos no son expresados, si la angustia es ocultada y la tristeza no es consolada, si la culpa evoluciona en silencio, es mucho más frecuente que se presenten complicaciones psiquiátricas posteriores (en particular, depresión prolongada y enfermedades psicosomáticas).

Las variaciones del cuadro clínico o de las manifestaciones son tan numerosas como los pacientes. La amenaza de aborto sorprende de manera distinta a la mujer joven, primigestante, casada, que ha recorrido rápidamente y con entusiasmo el camino de aceptación de su papel, que a la adolescente soltera que enfrenta un embarazo no deseado, en medio de la hostilidad de su familia y tiene buenos motivos para desear la muerte del hijo en curso. En ella, probablemente, las reacciones psicológicas inmediatas no sean tan dramáticas, pero las consecuencias a mediano plazo (ideas de culpa intensas, autodesprecio y conducta autoagresiva y una franca depresión posterior) pueden ser catastróficas.

2.4. Tipos de trastornos del estado de ánimo y sintomatología

2.4.1. Trastornos depresivos:

Las depresiones se definen como un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida del interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo se manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados. El paciente con depresión no tiene historia previa de manía o hipomanía, dicho antecedente la convierte en trastorno bipolar.

Epidemiología.

La prevalencia de casos de depresión mayor en el estudio Epidemiological Catchment Area (ECA) realizado en Norteamérica es de 2.2%, en Colombia 1.9%. El riesgo individual de sufrir un episodio depresivo mayor durante la vida es de 4.4%, en Colombia 19.6%. Se sugieren también cifras de 10-25% en mujeres y 5-15% en hombres para depresión en general.

Según Watts, solo 0.2% de los pacientes deprimidos consultan al psiquiatra, un 9% al médico general y posiblemente un 89% nunca acude a la consulta médica.

La depresión mayor puede iniciarse a cualquier edad, con un promedio entre los 25-30 años, al parecer esta edad ha disminuido, y la frecuencia ha aumentado debido a cambios culturales, en la estructura familiar y a la urbanización creciente, según la OMS también influyen en este aumento la longevidad, los cambios psicosociales rápidos, el aumento de las enfermedades crónicas y el consumo de ciertos fármacos. Se observa un aumento en la prevalencia en las personas menores de 20 años lo cual ha sido relacionado con el consumo de alcohol y drogas.

La depresión es el fenómeno psiquiátrico más frecuentemente diagnosticado, el estudio realizado en Medellín por Alzate reveló que 50% de la consulta psiquiátrica padecía un trastorno afectivo, la mayoría de tipo depresivo.

La depresión es más frecuente en el sexo femenino con una relación de 2:1 atribuido a transmisión genética, fisiología endocrina, desventajas psicológicas del papel femenino en nuestra sociedad y a la maternidad. La máxima frecuencia entre las mujeres está entre 30-60 años y en los hombres 40-70 años. La alta frecuencia en la edad madura y en la vejez se atribuye primordialmente a los factores psicosociales propios de esta etapa.

No se ha podido establecer una relación clara entre clase social y depresión, ya que los hallazgos de diferentes estudios son contradictorios. La depresión es menos frecuente entre los casados y solteros que en los divorciados, separados o viudos.

Clasificación.

Actualmente se divide la depresión de acuerdo a su patrón de presentación (episodio único o recurrente y trastorno persistente). Posteriormente la subdividen y clasifican de acuerdo con la intensidad en leves, moderadas y severas. Las depresiones según Robins, se dividen en: “primarias”, en las cuales la única enfermedad presente o pasada es el trastorno afectivo y las “secundarias”, en las cuales el paciente sufre otra enfermedad mental.

Etiología

- Factores biológicos

-

La depresión se asocia a falta de regulación en las aminas biogénicas, entre ellas la norepinefrina y la serotonina son los neurotransmisores más implicados, también han sido asociados la dopamina, acetilcolina, GABA, vasopresina y opioides endógenos.

- Factores neurohormonales

Se ha correlacionado la depresión con trastornos como la hipersecreción de cortisol, trastornos en la regulación del eje tiroideo y disminución de la secreción de hormona del crecimiento durante el sueño.

- Factores genéticos

Se considera que la depresión mayor tiene un importante componente genético que se transmite de manera compleja, se ha encontrado una asociación familiar que eleva el riesgo de los familiares en primer grado en 2-3 veces y este se mantiene aún si los hijos de padres enfermos son criados por padres adoptivos no afectados. La concordancia en gemelos homocigóticos es del 50% y del 10-25% en gemelos dicigóticos.

- Factores psicosociales

Parece que los cambios vitales tanto positivos como negativos son importantes precipitantes del primer episodio de depresión y no están tan asociados a los episodios subsecuentes, ya que se producen cambios a largo plazo en la biología cerebral que aumentan el riesgo a sufrir crisis subsecuentes.

El evento vital más frecuentemente asociado con el desarrollo posterior de depresión es la pérdida de un padre antes de los 11 años, el estresor ambiental más frecuentemente asociado con el inicio de un episodio de depresión es la pérdida de el esposo(a).

- Causas secundarias

Muchas drogas de uso común, enfermedades médicas (cáncer, sida, enfermedades cardiovasculares y respiratorias) trastornos neurológicos (alzheimer, Huntington, Parkinson), trastornos endocrinos (hipotiroidismo), trastornos metabólicos (anemia perniciosa) y enfermedades psiquiátricas (alcoholismo) pueden ser la causa de un trastorno depresivo.

Criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor DSM-IV

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdidas de interés o de la capacidad para el placer.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

4. Insomnio o hipersomnias casi cada día.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Curso y evolución

La minoría de los episodios depresivos mayores son únicos. Su duración promedio son tratamiento en de 6 meses. Aproximadamente el 50-60% presentan un segundo episodio, después de dos episodios la probabilidad de recurrencia es de 70% y después de 3 episodios el riesgo es de 90%. Aunque en general la recuperación después de un episodio depresivo es completa, un tercio de los pacientes no se recuperan totalmente y mantienen un grado moderado de sintomatología entre los episodios.

Aproximadamente 20% se pueden volver crónicas con 2 años o más de duración continua. Del 5 al 10% de los pacientes que sufren de depresiones mayores, posteriormente desarrollan hipomanía o manía y por lo tanto se convierten en trastornos bipolares.

2.4.2. TRASTORNOS DE ADAPTACION

Consisten en el desarrollo de síntomas emocionales o de comportamiento clínicamente significativos, en respuesta a estrés psicosocial identificable en un periodo de tres meses después del comienzo del estrés. La reacción debe ser desproporcional a la naturaleza del estresor o debe haber impedimento significativo del funcionamiento ocupacional o social del individuo.

Los síntomas usualmente se resuelven en un lapso de seis meses, aunque pueden durar más si se deben a un estresor crónico o que tenga consecuencias duraderas.

Según la duración del trastorno adaptativo se califica como agudo si es menor de seis meses y como crónico si dura más de seis meses.

El estrés puede ser único o múltiple y puede afectar a una persona, una familia o una comunidad.

Se encuentran varios subtipos de trastorno adaptativo según los síntomas predominantes. Estos son:

- Trastorno de adaptación con ánimo deprimido, en el cual prevalecen los síntomas depresivos como desaliento, desesperanza y llanto.
- Trastornos de adaptación con ansiedad, en el cual predominan síntomas como el nerviosismo, preocupación, inquietud, palpitaciones y agitación.
- Trastorno de adaptación mixto con ansiedad y depresión.
- Trastorno de adaptación con alteración de la conducta, que se manifiesta por violación de las normas sociales según la edad del individuo como vandalismo, violencia, peleas, conducir irresponsablemente.
- Trastorno de adaptación mixto de las emociones y la conducta.
- Trastorno de adaptación no especificado, el cual consiste en reacciones maladaptativas no incluidos en los grupos anteriores como quejas somáticas, aislamiento social, inhibición académica.

Los trastornos de adaptación se asocian a un aumento en el riesgo de suicidio y con un menor desempeño laboral y escolar. Es común que compliquen el curso de una enfermedad médica, aumentando el tiempo de hospitalización o disminuyendo el cumplimiento con la medicación.

Se presenta más en mujeres con respecto a hombres en una relación de 2:1. Se diagnostica más frecuentemente en adolescentes, aunque puede ocurrir a cualquier edad. Las personas que se encuentran en mayor riesgo son mujeres solteras.

Se presenta por igual en hombres que mujeres y pueden ocurrir a cualquier edad. En pacientes psiquiátricos ambulatorios se ha encontrado una prevalencia de 5 a 20% como diagnóstico principal. En los adolescentes, los estresantes precipitantes más comunes son: problemas en el centro educativo, Rechazo por parte de los padres y abuso de sustancias.

Se han asociado ciertas etapas específicas del desarrollo con los trastornos de adaptación como son el comienzo del colegio, irse del hogar, casarse, convertirse en padre, fracaso de lograr metas laborales.

La etiología

El número, significado y duración de las situaciones de estrés en la vida de un individuo son importantes para entender la presentación o no del trastorno, así como su severidad y duración, aunque no siempre están necesariamente correlacionados, pues hay una interacción entre las características de este y el contexto personal, sociofamiliar y cultural en el que ocurre.

Situaciones ansiógenas que en algunas personas precipitan un trastorno adaptativo,

Los trastornos adaptativos tienen un pronóstico favorable si se recibe el tratamiento apropiado. La mayoría de pacientes regresan a su funcionamiento previo en un lapso de tres meses. Los adolescentes generalmente requieren más tiempo para recuperarse que los adultos. Algunas personas, particularmente los adolescentes, que reciben el diagnóstico de trastorno adaptativo posteriormente presentan trastornos del estado de ánimo o abuso de sustancias.

2.4.3. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

El trastorno se caracteriza por ansiedad cognitiva excesiva y síntomas físicos generalizados y persistentes

Manifestaciones clínicas

El síntoma cardinal es la excesiva ansiedad cognitiva manifestada por preocupación o temores exagerados en relación con la salud, aspectos económicos, laborales, familiares, etc, a menudo con ansiedad anticipatorio.

Estas expectativas aprehensivas se asocian al menos a tres de los siguientes seis síntomas:

1. Desasosiego o inquietud motora
2. Fatigabilidad fácil
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular
6. Trastorno del sueño (dificultad para conciliarlo, mantenerlo, o sueño inquieto no reparador.)

La tensión motora puede causar diversas algias, temblor y dificultad para relajarse.

La ansiedad generalizada produce a menudo síntomas de hiperactividad autonómica como dificultad para respirar, palpitaciones, mareos, sudoración excesiva, sequedad de la boca, polaquiuria, náuseas o diarrea. Deben estar presentes la mayor parte del tiempo durante un periodo determinado.

Epidemiología

Hasta el 11% de las mujeres y el 7% de los hombres en la población general han experimentado al menos un ataque de pánico. En Colombia (1997) la prevalencia fue en el último año 0,1% y en la vida de 0,3%. Estas prevalencias son más bajas que en la literatura, lo cual puede deberse a que el trastorno está enmascarado por otros diagnósticos, no ser bien detectado por el instrumento utilizado, más frecuente en mujeres 3 a 1.⁴

El trastorno comienza en el adulto joven (25 años), pero puede comenzar en la niñez o adolescencia, es raro que sea después de 40 años. La prevalencia de agorafobia es variable 3 a 5 % en un periodo de 6 meses.

La prevalencia de la depresión mayor a lo largo de la vida es de un 50-60% es pacientes con pánico, esta comorbilidad incrementa el riesgo de suicidio, el deterioro del funcionamiento social y conyugal, y el abuso de sustancias.

Etiología

Anormalidades neurobiológicas, predisposición familiar, de la especificidad de la respuesta a las diversas sustancias provocadoras de pánico y de la buena respuesta terapéutica a determinados medicamentos. De otro lado, ciertos componentes del cuadro clínico como la ansiedad anticipatoria y el desarrollo de fobias se explican mejor desde una perspectiva cognitivo-conductual. Recientemente se está investigando el papel de los eventos vitales, de experiencias durante el desarrollo y de factores psicodinámicos.

Manifestaciones clínicas

⁴ Fundamentos de Medicina, Psiquiatría 4ed, 2004cap14, pg182

Periodo aislado de miedo intenso o malestar que está acompañado por lo menos de 4 síntomas somáticos o cognoscitivos. El paciente presenta miedo sobrecogedor, terror, aprensión y la sensación de muerte o catástrofe inminente. A esto se asocian múltiples síntomas como disnea, taquicardia, dolor torácico, vértigo con miedo de caerse, sacudidas musculares, temblores, parestesias, sudoración profusa, enrojecimiento facial, accesos de calor o frío.

Desde el punto de vista psíquico pueden presentarse experiencias de no realización y despersonalización. La des realización se manifiesta por distorsión del tiempo o del espacio con percepción alterada del ambiente externo, las cosas parecen estar más alejadas o más cerca, más grandes o más pequeñas, los sonidos más o menos intensos.

La despersonalización es caracteriza por percepción alterada de si mismo. El paciente se puede sentir "raro", más grande o más pequeño, flotando o hundiéndose, como extraño a sí mismo, etc. Otras manifestaciones psicológicas comunes son miedo a desmayarse o perder la conciencia, sentimientos de pérdida de la autonomía del yo, temor a realizar actos incontrolados como gritar, salir corriendo, todas estas alteraciones psicológicas comunes pueden llevar al paciente a pensar que va a perder la razón.

El ataque se inicia súbitamente (10 minutos) y a menudo esta acompañado por la sensación de peligro o catástrofe inminentes y la urgencia de escapar.

Criterios diagnósticos del trastorno de pánico

A. Deben estar presente tanto 1 como 2:

1. Ataques de pánico inesperados y recurrentes (mínimo dos)
2. Por lo menos uno de esos ataques ha sido seguido durante 1 mes o más por 1 o más de los siguientes:
 - a. Preocupación persistente acerca de tener más ataques

b. Preocupación acerca de las implicaciones de los ataques o sus consecuencias (enloquecerse, tener un infarto)

c. Un cambio significativo del comportamiento relacionado a los ataques.

B. Presencia o ausencia de agorafobia.

C. Los ataques no se deben al efecto directo de una sustancia o de una enfermedad médica.

D. Los ataques no son explicados mejor por otro trastorno, tal como fobia social, específica, el trastorno obsesivo compulsivo, síndrome de estrés postraumático o trastorno de ansiedad de separación.

Tratamiento

Requiere la combinación de farmacoterapia y psicoterapia, es importante evaluar los factores psicosociales que pueden contribuir en la precipitación o mantenimiento de los síntomas para así poder hacer las modificaciones ambientales o instituir las psicoterapias que sean necesarias.

3. METODOLOGÍA

3.1 DEFINICIÓN DEL MÉTODO

Se realizó un estudio con aplicación del método de casos y controles, en la población que adolescentes.

3.1.1 DEFINICIÓN DE CASO

Se consideró como CASO la adolescente embarazada de de 10 a 19 años⁵ residente en Medellín, durante el periodo de estudio. La fuente se constituyo por las adolescentes atendidas en el HGM.

3.1.2 DEFINICIÓN DE CONTROL

Se consideró como CONTROL, la adolescente que no estuviera embarazada en el momento del estudio ni antes del mismo, con una edad de un año más o menos que el caso, y que llenara los criterios de inclusión. Se consideró como fuente de los controles las estudiantes de los colegios públicos de Medellín.

3.2. HIPÓTESIS

Hay asociación entre embarazo en adolescentes y presencia de los trastornos mentales estudiados.

Hipótesis Nula: $a/a+c = b/b+d$

Hipótesis Alterna: $a/a+c > b/b+d$

5 La Organización Mundial de la Salud, define como adolescencia la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años).

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. POBLACIÓN

La población de referencia estuvo constituida por las adolescentes residentes en Medellín.

La población de estudio (casos) las adolescentes embarazadas residentes en Medellín y atendidas en el HGM y sus controles estudiantes de colegios públicos de Medellín.

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Inclusión

- Usuarías de la IPS Hospital General de Medellín 2.007
- Entre 10-19 años.
- Sexo femenino.
- Hospitalizadas con diagnóstico obstétrico, o en periodo posparto
- Que voluntariamente aceptan participar en el estudio
- Residentes en la ciudad de Medellín

Exclusión

- No cumplimiento de todos los Criterios de inclusión
- Falta de acceso a la información de la historia clínica
- Dificultad mental para obtener la información
- Que no pudiese ser encuestada o por imposibilidad de comunicación

3.5 VARIABLES

Las variables que se tuvieron en cuenta y su nivel de medición fueron las siguientes:

- Edad- Razón
- Sexo- Nominal
- Estado civil- Nominal
- Clasificación socioeconómica- Ordinal
- Menarca - Nominal
- Paridad- Nominal
- Uso de anticonceptivos - Nominal
- Tabaquismo- Nominal
- Nivel estudio – nominal
- Relaciones familiares – Ordinal
- Relaciones de pareja – Ordinal
- Depresión – Ordinal
- Ansiedad– Ordinal

3.6. INSTRUMENTO DE RECOLECCION

El instrumento de recolección utilizado fue una encuesta elaborada por los investigadores que agrupa las variables de interés, y que se diligenció a partir de la información extraída de las Historias Clínicas de las pacientes incluidas en el estudio y otras técnicas en especial la entrevista directa.

3.7 TECNICAS DE RECOLECCION

3.7.1. Prueba Piloto

Se seleccionó para la prueba piloto un grupo de similares características a la población de estudio, obteniendo como resultado, los ajustes para su ejecución.

3.7.2 Fuentes del Dato y Técnicas de Recolección

El instrumento de recolección fue un instrumento precodificado elaborado por el investigador que agrupa las variables de interés, y que se aplicó tanto a los casos como a los controles por el investigador, Incluyó las variables necesarias para cumplir los objetivos propuestos.

Los datos se consignaron en el Programa Microsoft Office

Se incluyeron escalas validadas sobre las patologías mentales y los factores psicosociales incluidos.

Una parte se aplicó por entrevista y otra tendrá como fuente la historia clínica.

3.9. Test psicométricos Utilizados

1. ESCALA ADAPTATIVA

El Dr. Thomas Holmes, investigó la relación entre determinados sucesos importantes de la vida y el desencadenamiento de enfermedades. No sólo los sucesos de estrés negativos eran factores de enfermedad sino que descubrió que determinados sucesos positivos se asociaban a enfermedades porque estos implicaban cambios o adaptaciones que la persona no podía sobrellevar.

3.9.2 ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Indique la intensidad con que se cumplieron o no durante el último mes los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems que conforman este test

Estos datos serán utilizados únicamente con éste propósito, sin ser facilitados a ninguna otra entidad ni utilizados para el envío de ningún otro tipo de

información ajena a lo solicitado

3.9.3. LA ESCALA AUTOAPLICADA DE DEPRESIÓN DE ZUNG

(Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue una de las primeras en validarse en nuestro país (Conde y cols. 1970).

Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica no solo la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). El marco temporal no está claramente establecido, y así en unas versiones se le pide al paciente que evalúe la frecuencia de los síntomas de modo indeterminado o con una expresión tal como “recientemente”¹, en otras se hace referencia a “su situación actual”², o a la semana previa³.

Propiedades Psicométricas

Confiabilidad:

Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice α de Cronbach entre 0,79 y 0,92) ^{6,20}.

Validez:

Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80 ^{3, 6,18, 20}. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico ^{3,21}. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

Si bien esta escala no fue diseñada para tamización, si muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85 %) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general 1, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad.

3.10. Crítica del dato

Las pacientes de las cuales no se pudo obtener la información necesaria para el estudio, por lo medios anteriormente descritos, ser retiraron de la investigación.

3.11. Procesamiento de la información

El programa utilizado para el procesamiento de los datos fue Programa Microsoft Office donde se elaborará la base de datos y el SPSS 10.0 para el análisis.

La muestra se calcularó aplicando la fórmula de Joseph Fleiss, "Statistical Methods for rates and proportions", 2nd ed., Wiley, 1981, pp.38-45.

Confianza: 95%.

Poder: 80%

OR: 2.5

Prevalencia factor de riesgo en los controles: Depresión 15%

- **Tamaño de la muestra 125 casos y 125 controles**

La Medida de asociació utilizada fue la Razón de Disparidad con I.C del 95%, se aceptó la hipótesis con un valor de $p < 0.05$.

3.12. CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Por tratarse de investigación en seres humanos, los procedimientos empleados respetaron los criterios éticos (institucionales) y la Declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1983.
- No se informaron los nombres de las participantes, ni sus iniciales, ni los números que les hayan sido asignados en los hospitales, la información fue confidencial y la paciente caso o control podía negarse a participar, sin que ello afectará su atención de salud.

4. RESULTADOS

Con base en los siguientes aspectos se presentan los resultados del estudio:

- **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Existe asociación entre factores de riesgo psicológicos de las adolescentes de Medellín tales como trastornos depresivos, ansiosos y adaptativos y la situación de embarazo?

- **HIPÓTESIS**

Hay asociación entre embarazo en adolescentes y la presencia de los trastornos mentales estudiados.

Hipótesis Nula: $a/a+c = b/b+d$

Hipótesis Alternativa: $a/a+c > b/b+d$

- **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la asociación de factores de riesgo psicológicos: trastornos depresivos, ansiosos y adaptativos y el embarazo en adolescentes en Medellín, con el fin de generar información que sea útil para los programas de intervención sobre el problema estudiado.

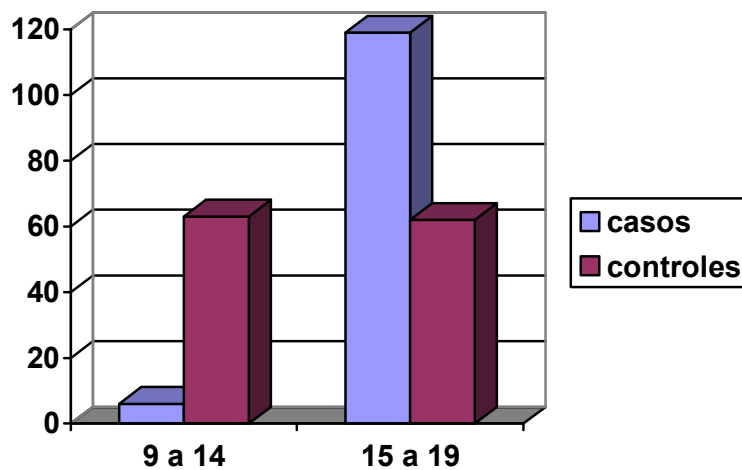
4.1. Características de la población de estudio

4.1.1. DISTRIBUCION SEGÚN EDAD

Se aplicó el instrumento a un total de 250 adolescentes, la mitad de ellas madres adolescentes (casos) y la otra mitad adolescentes no embarazadas controles, estudiantes desde sexto a undécimo grado de colegios públicos de la ciudad de Medellín, no se eliminó ningún registro acorde al tamaño de la muestra seleccionada.

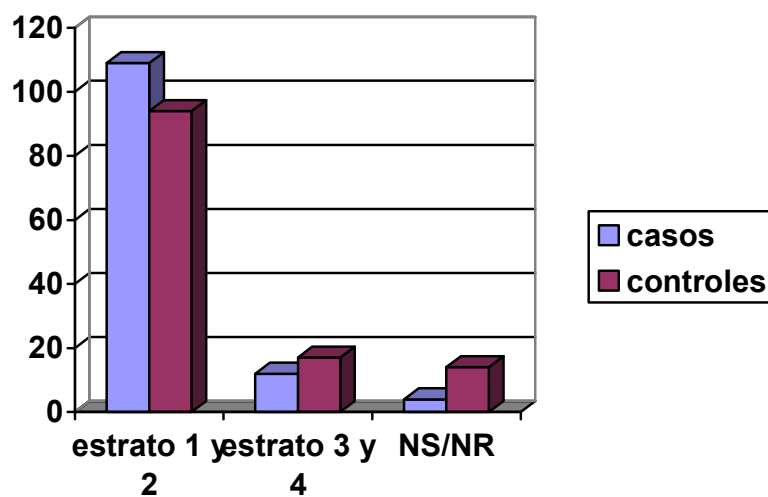
El rango de edad para ambos grupos estuvo entre 13 - 19 años, y una mediana de 16 años.

Grafica 1
DISTRIBUCION SEGÚN EDAD



4.1.2. DISTRIBUCION SEGÚN ESTRATO SOCIOECONOMICO

Gráfica 2
DISTRIBUCION SEGÚN ESTRATO SOCIOECONOMICO



EL grupo casos quedo distribuido con mayor proporción para el estrato bajo (1 y 2) con 87,2% con respecto al estrato medio (3 y 4) con 9,6% y un 3,2% que no sabe o no responde.

En la organización por estratos se numeran de 1 a 5, donde en ninguno de los dos grupos hay respuesta para el estrato 5 (estrato alto), por lo cual quedaron distribuidas de 1 a 2 (estrato bajo) y 3 a 4 (estrato medio) tanto en grupo casos y controles.

El grupo control presentó mayor proporción para el estrato bajo (1 y 2) con 75,2 % con respecto al estrato medio (3 y 4) con 13,6% y un 11,2% que no sabe o no responde.

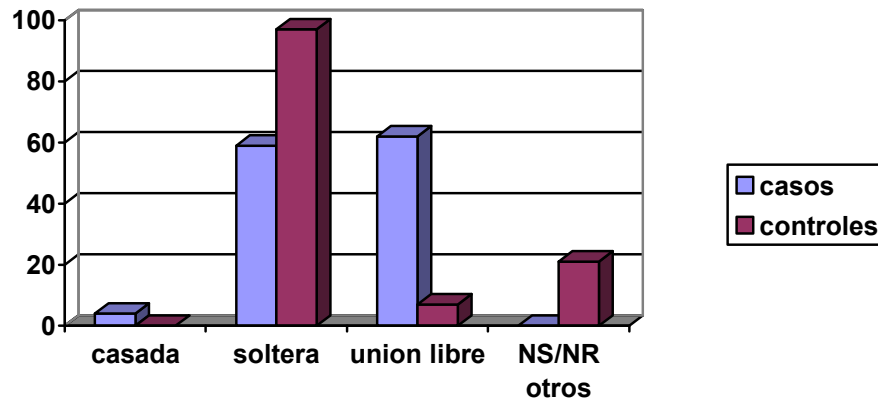
4.1.3. NIVEL DE EDUCATIVO

Para el grupo control el 100% se distribuyo en secundaria pues fue allí de donde se obtuvo la muestra.

En el grupo casos la mayor proporción se ubico en secundaria (6 a 11avo) con un 65,6% y primaria (1 a 5to) con un 32%, el resto corresponde a ningún nivel de estudio (1,6%) y técnico (0,8%)

4.1.4. DISTRIBUCION SEGÚN ESTADO CIVIL

Gráfica 3.
DISTRIBUCION SEGÚN ESTADO CIVIL



La muestra quedó distribuida en el grupo control con mayor proporción para el grupo de solteras con 77,6 %, seguido por las que no responden con 16%, unión libre 5,6% y viuda 0,8%.

En el grupo de casos la muestra quedó distribuida en mayor proporción en el grupo de unión libre 49,6%, seguido por soltera 47,2% y casada 3,2%.

4.1.5. DISTRIBUCION PSEGUN OCUPACION

Para el grupo control el 100% se encontró en el grupo de estudiantes, pues fue allí donde se escogió la muestra.

En el grupo de casos la ocupación más frecuente es ama de casa con 65,5%, seguido por estudiante 22,4%, desempleada 8,8%, empleada 3,2%

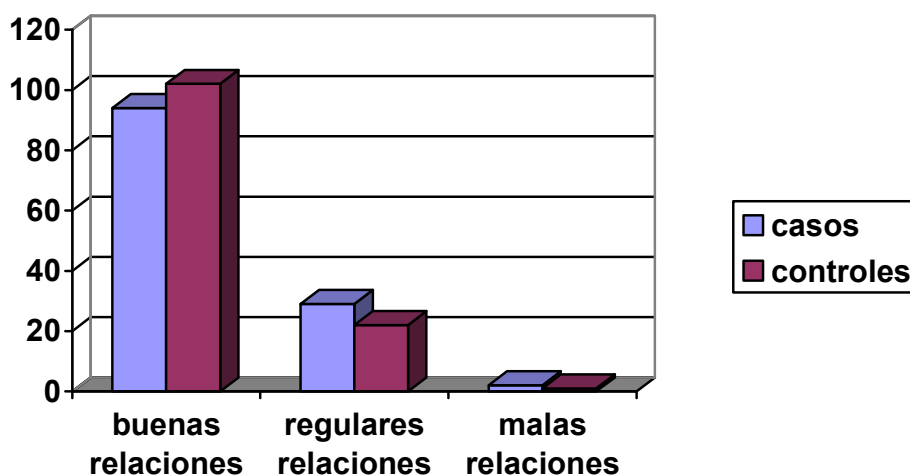
4.1.6. DISTRIBUCION SEGÚN RELACIONES FAMILIARES

El grupo control presentó mayor proporción para buenas relaciones familiares con 81,6 % regulares con 17,6% y malas relaciones familiares 0,8%.

En el grupo de casos las buenas relaciones familiares presentaron el 75,2% regulares 23,2% y malas relaciones con 1,6%.

A pesar de lo anterior no se presentaron diferencias estadísticamente significantes con un valor de p de 0.21 y un OR de 1.46 (0.76 y 2.81)

Gráfica 4.
DISTRIBUCION SEGÚN RELACIONES FAMILIARES



4.1.7. DISTRIBUCION RELACION DE PAREJA

En el grupo control se presentó una mayor proporción para buenas relaciones con la pareja 94%, versus 68. % en los casos; regulares con 10%, versus 15.2 en los casos y malas relaciones de

pareja 2%, comparado con 16.8 en los casos. La diferencia es estadísticamente significativa con un valor de $p= 0.00030$.

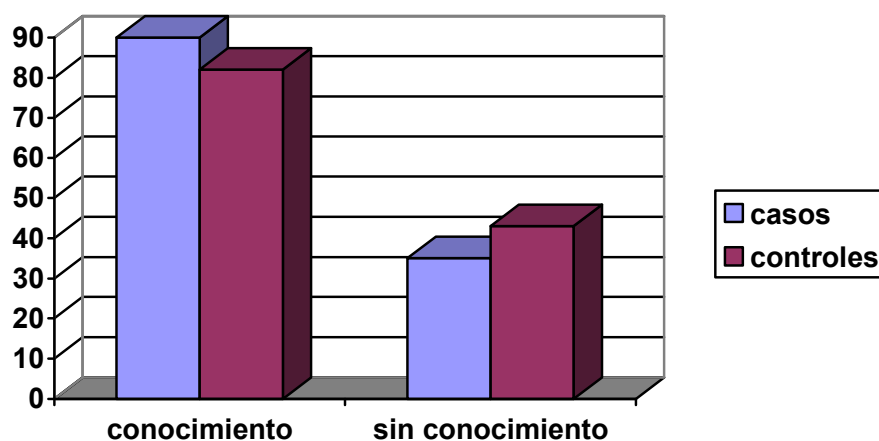
4.1.8. DISTRIBUCION SEGÚN CONSUMO DE ALCOHOL Y CIGARRILLO

En el grupo de casos la muestra quedó distribuida en mayor proporción entre las que no consumen con 93,6%, con respecto del grupo de consumo con 6,4%. Al igual que para el consumo de cigarrillo no se presentaron diferencias estadísticamente significantes con relación a los controles.

4.1.9 DISTRIBUCION SEGÚN CONOCIMIENTO DE ANTICONCEPTIVOS

En el grupo de casos presentó una mayor proporción de jóvenes con conocimiento de métodos anticonceptivos 72.0% versus 65,6%, al grupo control.

Gráfica 5.
DISTRIBUCION SEGÚN CONOCIMIENTO DE ANTICONCEPTIVOS

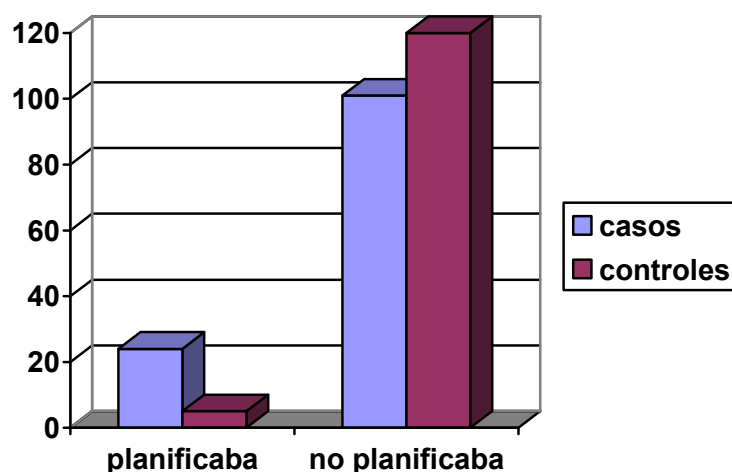


4.1.9. DISTRIBUCION SEGÚN ANTECEDENTE DE PLANIFICACION

En el grupo de casos no planificaba el 80,8%, con respecto del grupo control 96.0%, la diferencia no es estadísticamente significativa.

Al estimar la asociación el resultado presentó diferencia estadísticamente significativa con un valor de $p= 0.0001$ y una OR de 5.70 IC95% (1.97 -17.74), siendo confuso el resultado ya que se comporta como factor de riesgo para el embarazo.

Gráfica 6.
DISTRIBUCION SEGÚN USO DE METODOS DE PLANIFICACIÓN



4.1.10 DISTRIBUCION SEGÚN EDAD DE INICIO VIDA SEXUAL

En el grupo control 108 (86,4%) no ha iniciado vida sexual. En el grupo de casos la muestra quedó distribuida en mayor proporción en el grupo de 15 años 42 (33,6%), seguido de 14 y 16 años con 28 (22,4%), 13 años con 12 (9,6%), 17 años con 6 (4%), 12 años con 4 (3,2%), 18 años con 3 (2,4%), y por último 1 (0,8%).

4.1.10. DISTRIBUCION SEGÚN NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES

El grupo control no han iniciado vida sexual 108 (86,4%), o sea que no han tenido compañeros sexuales, 15 (12.0%) ha tenido un compañero sexual y 1 (0.8%) ha tenido dos y tres compañeros.

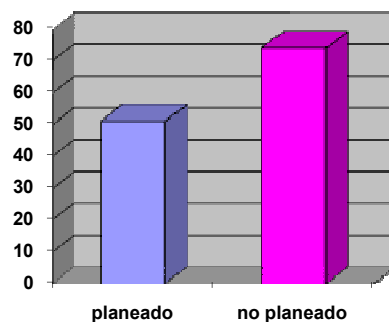
En los casos la mayor proporción fue un compañero sexual con 69 (55,2%), seguido de 2 con 33 (26,4%), 3 con 14 (11,2%), 3 y 4, con 3 (2,4%), 8, 16 y 20 compañeros sexuales con (0,8%) para cada estrato. Llama la atención el número tan elevado de compañeros sexuales entre los casos.

4.2. VARIABLES RELACIONADAS CON LOS CASOS

4.2.1. DISTRIBUCION SEGÚN SI EL EMBARAZO PLANEADO O NO

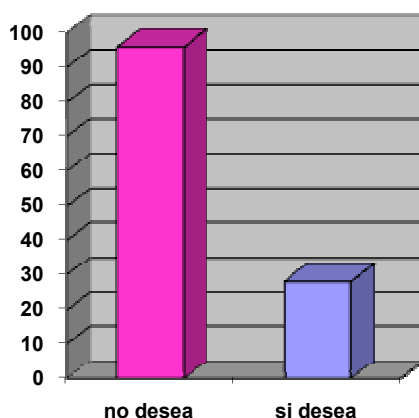
En el grupo de casos (adolescentes embarazadas) la respuesta más frecuente fue que el embarazo no fue planeado con 59,2%, y planeado con 40,8%.

Gráfica 7.
DISTRIBUCION SEGÚN EMBARAZO PLANEADO



4.2.2. DESEA TENER MAS HIJOS

La respuesta más frecuente fue no con 76,8%, y si con 23,2%



4.2.3. DISTRIBUCION SEGÚN NUMERO DE EMBARAZOS

La mayor proporción se encontró para un embarazo con 104 (83,2 %), dos embarazos 18 (14,4%) y por ultimo tres embarazos (2,4%), nueve tenían como antecedente un aborto (7,2%) y una con dos abortos (0,8%).

NUMERO EMBARAZOS	Nº	%
1	104	83,2
2	18	14,4
3	3	2,4
TOTAL	125	100
ABORTOS		
1	9	90
2	1	10
TOTAL	10	100

4.2.4. DISTRIBUCION SEGÚN EMFERMEDAD SUFRIDA DURANTE EL EMBARAZO

Patologías

Patologías	No.	Patologías	No
Preeclampsia	11	LES	1
ITU	6	Vaginosis	1
APP	3	Malaria	1
Anemia	2	DMG	1
Cefalea	2	Gastritis	1
Infección Respiratoria	2	Neumonía	1
Preeclampsia/diabetes	2	Colón irritable	1
Taquicardia	1	RCIU	1

El 85 (68 %), no presentó patología en el embarazo con y 40 (32%), si la presentaron. La patología mas prevalente fue la preeclampsia con 11 casos (8,8%), ITU 6 casos (4,8%), APP 3 casos (2,4%), y anemia 2 casos (1,6%), dentro de las más frecuentes.

4.2.5. DISTRIBUCION DE EDAD SEGÚN COMPAÑERO SENTIMENTAL

En los casos la mayor proporción fue para el grupo entre 15-20 años con 42 (33,6%), entre 21 – 25 años 40 (32%), 26 – 30 años 11 (8,8%), entre 36 – 40 años con 3 (2,4%), no sabe con 2 respuestas (1,6%), y por ultimo entre 41 – 45 y 46 – 50 años cada uno con una respuesta (0,8%)

4.2.6. DISTRIBUCION SEGÚN ESTRATO SOCIOECONOMICO DEL COMPAÑERO SENTIMENTAL

La mayor proporción de los compañeros entre los casos, se presentó para el estrato dos con 78 (62,4%), estrato uno con 18 (14,4%), estrato tres con (12%) y estrato 4 con 1 (0,8%)

4.2.7. DISTRIBUCION DE NIVEL EDUCATIVO DEL COMPAÑERO SENTIMENTAL

La mayor proporción con relación al nivel educativo del compañero se presentó para secundaria con 72 respuestas (57,6%), primaria con 27 (21,6%), NS/NR con 21 respuestas (16,8%), ninguno con tres (2,4%), técnico y universitario con una respuesta cada uno (0,8%)

4.2.8. DISTRIBUCION DE LA OCUPACION DEL COMPAÑERO SENTIMENTAL

La muestra de los casos quedó distribuida con mayor proporción para empleado con 85 respuestas (68%), independiente con 13 (10,4%), vendedor ambulante 10 (8%), desempleado y estudiante cada uno con 6 respuestas (4,8%), NS/NR con tres (2,4%), profesional con dos (1,6%).

4.3. RESUSULTADOS RELACIONADOS CON ENFERMEDAD MENTAL

4.3.1. DISTRIBUCION SEGÚN ANTECEDENTE PERSONAL DE EMFERMEDAD MENTAL

En el grupo casos se presentaron 3 adolescentes con antecedentes (2,4%) 2 con retardo mental y una con epilepsia. En el de controles 2 (1,6%), sin especificar.

4.3.2. DISTRIBUCION SEGÚN ANTECEDENTE FAMILIAR DE EMFERMEDAD MENTAL

La muestra quedo distribuida en el grupo casos con antecedente familiar de patología mental 25 (20.0%).

De los antecedentes positivos el familiar más afectado fue el hermano con 9 (36%), Tío/a 8 (32%), mamá o papa – primo/a 3 (12%), y por ultimo abuelo/a (8%).

Las patologías más frecuentes fueron depresión – ansiedad 7 casos (28%), manía 7 casos (28%), epilepsia 5 (20%), suicidio 3 (12%), demencia 2 (8%), psicosis 1 (4%)

En el grupo control la proporción con antecedente fue del 16 (12,8%). El antecedente familiar más prevalente fue para “otros familiares” con 11 respuestas (68,7%) y con una proporción de proporción de (6,25%) para uno de los padres, los abuelos, los tíos, y primos.

Las patologías más frecuentes fueron depresión 6 respuestas (37,5%), NS 4 (25%), manía y psicosis cada una con dos respuestas (12,5%), suicidio y demencia una respuesta cada uno (6,25%).

No se presentaron diferencias estadísticamente significantes entre los dos grupos estudiados.

4.3.3. FACTORES ASOCIADOS CON DEPRESION

Las hipótesis propuestas en el estudio se cumplen en el caso de la depresión clínica

Hipótesis Nula: $a/a+c = b/b+d$

Hipótesis Alternativa: $a/a+c > b/b+d$

Asociación entre embarazo en adolescente y depresión: OR 7.08 con IC de 95%1.54- 65.57 y valor de P < 0.00

Factores asociados con Depresión Clínica

Variable	OR	IC 95%	Valor de P
Embarazo	7.08	1.54- 65.57	0.00
Edad menor 15 años	0.55	0.15-1.08	0.26
Relaciones familiares	3.95	0.86-17.8	0.02
Relaciones pareja	8.73	0.50-151.0	0.03
Embarazo planeado	0.93	0.18-4.17	0.91
Consumo alcohol	3.73	0.35-21.02	0.09
Consumo drogas	47.06	1.83-1207.06	0.06
Inicio vida sexual antes de los 13 años	24.1	4.90-126.02	0.00
Tener 2 o más embarazos	1.77	0.327-8.48	0.42
Antecedente Enfermedad mental	13.16	0.20-266.8	0.00
Antecedente familiar de enfermedad mental	3.22	0.50-15.07	0.08

Además se exploró la asociación con otras variables y se encontró asociación con el Inicio vida sexual antes de 13 años con una OR de 24.1 y un valor de P < 0.00 y dificultad en las relaciones con la pareja con una OR de 8.73 y un valor de P < 0.03.

4.3.4. FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD

Las hipótesis propuestas en el estudio **no se aceptan** en el caso de la ansiedad

Hipótesis Nula: $a/a+c = b/b+d$

Hipótesis Alternativa: $a/a+c > b/b+d$

Asociación entre embarazo en adolescente y ansiedad OR 1.35 con IC de 95% 0.77- 2.38 y valor de P = 0.26

Factores asociados con Ansiedad

Variable	OR	IC 95%	Valor de P
Embarazo	1.35	0.77-2.38	0.26
Edad menor 15 años	0.75	0.42-1.32	0.29
Relaciones familiares	3.44	1.49-8.88	0.00
Relaciones pareja	1.54	0.82-2.84	0.13
Embarazo planeado	0.48	0.20-1.13	0.06
Consumo alcohol	8.58	1.28-364.2	0.01
Consumo drogas	1.55	0.06-38.51	0.66
Consumo cigarrillo	3.09	0.66-29.04	0.12
Inicio vida sexual menor 13 años	2.06	0.63-8.76	0.19
Tener 2 o más embarazos	1.13	0.40-3.52	0.80
Enfermedad mental	3.51	0.17-68.76	0.29
Familiares con enfermedad mental	2.23	0.84-6.91	0.08

Al explorar otros factores asociados se encontró asociación con el consumo alcohol con una OR de 8.58 y un valor de $P < 0.01$ y dificultad en las relaciones familiares con una OR de 3.44 y un valor de $P < 0.00$

4.3.5. FACTORES ASOCIADOS ESTRÉS

Las hipótesis propuestas en el estudio **no se aceptan** en el caso de la ansiedad

Hipótesis Nula: $a/a+c = b/b+d$

Hipótesis Alternativa: $a/a+c > b/b+d$

Asociación entre embarazo en adolescente y estrés: OR 1.79 con IC de 95% 0.93 – 3.50 y valor de $P = 0.06$

Factores asociados con Estrés

Variable	OR	IC 95%	Valor de P
Embarazo	1.79	0.93-3.50	0.06
Edad menor 15 años	0.45	0.22-0.89	0.01
Relaciones familiares	3.22	1.18-10.9	0.01
Relaciones pareja	1.89	0.94-3.73	0.04
Embarazo planeado	0.93	0.33-2.76	0.89
Consumo alcohol	4.73	0.70-202.3	0.01
Consumo drogas	0.83	0.03-20.7	0.75
Consumo cigarrillo	3.78	0.54-163.8	0.17
Inicio vida sexual	2.56	1.32-5.03	0.00
Inicio vida sexual antes de los 13 años	5.72	0.86-242.1	0.05
Tener 2 o más embarazos	0.72	0.21-2.84	0.57
Enfermedad mental	1.98	0.10-38.9	0.47
Familiares con enfermedad mental	4.54	1.08-40.4	0.02

Al explorar otros factores asociados se encontró asociación con dificultad en las relaciones familiares con una OR de 3.22 y un valor de $P < 0.01$, relaciones con la pareja con una OR de 1.89 y un valor de $P < 0.04$ y consumo de alcohol con una OR de 4.73 y un valor de $P < 0.01$.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Se aplicó el instrumento a un total de 250 adolescentes, la mitad de ellas madres adolescentes (casos) y la otra mitad adolescentes no embarazadas controles, estudiantes desde sexto a undécimo grado de colegios públicos de la ciudad de Medellín, no se eliminó ningún registro acorde al tamaño de la muestra seleccionada.

La edad promedio fue de 15.3 años con un valor mínimo de 11 años y un máximo de 19 años. La distribución por estratos socioeconómicos fue 1: 31.47% 2: 56% 3: 10.54% y 4: 2.16%. La escolaridad en la población estudiada fue primaria en su mayoría con un 82.59%, secundaria 10.93% y ninguna escolaridad 6.48%.

La mayoría de las pacientes estudiadas eran solteras (68.52%), casadas 2.16% y en unión libre 28.45%. En cuanto a la ocupación, la mayoría eran estudiantes (60.8%), empleadas 2%, desempleadas 4.8% y dedicadas a las labores del hogar 31.8%.

El 78.89% tenían pareja en el momento de la encuesta, de las cuales 53.19% tenían buenas relaciones, 7.66% regulares y 9.36% malas.

Se encontró una muy baja prevalencia en el consumo de sustancias ilícitas, alcohol y cigarrillo.

El 67.34% afirmaron tener conocimientos sobre métodos anticonceptivos, pero de las pacientes que ya iniciaron relaciones sexuales solo el 20.57% utilizan algún método de planificación familiar.

En el grupo de casos presentó una mayor proporción de jóvenes con conocimiento de métodos anticonceptivos 72.0% versus 65,6%, al grupo control.

En el grupo de casos no planificaba el 80,8%, con respecto del grupo control 96,0%, la diferencia no es estadísticamente significativa.

Al estimar la asociación entre uso de anticonceptivos y embarazo, el resultado presentó diferencia estadísticamente significativa con un valor de $p= 0.0001$ y una OR de 5.70 IC95% (1.97 -17.74), siendo confuso el resultado ya que se comporta como factor de riesgo para el embarazo.

En el grupo de casos la muestra quedó distribuida en mayor proporción para la iniciación de la vida sexual en el grupo de 15 años 42 (33,6%), seguido de 14 y 16 años con 28 (22,4%), 13 años con 12 (9,6%), 17 años con 6 (4%), 12 años con 4 (3,2%), 18 años con 3 (2,4%), y por último 1 (0,8%)

El grupo control no han iniciado vida sexual 108 (86,4%), o sea que no han tenido compañeros sexuales, 15 (12,0%) ha tenido un compañero sexual y 1 (0,8%) ha tenido dos y tres compañeros.

Para los casos la mayor proporción fue un compañero sexual con 69 (55,2%), seguido de 2 con 33 (26,4%), 3 con 14 (11,2%), 3 y 4, con 3 (2,4%), 8, 16 y 20 compañeros sexuales con (0,8%) para cada estrato. Llama la atención el número tan elevado de compañeros sexuales entre los casos.

Embarazo planeado, en el grupo de casos (adolescentes embarazadas) la respuesta más frecuente fue que el embarazo no fue planeado con 59,2%, y planeado con 40,8%.

El 40,9% solo han tenido un embarazo y el 9,72% han tenido dos o más embarazos.

Para las adolescentes embarazadas, las condiciones de su pareja presentan: edad promedio del padre fue de 24 años, la distribución en el estrato socioeconómico 1 el 17,12%, estrato 2 el 65,77% 3, el 15,32%, estrato 4 el 1,8%. El nivel de estudio: primaria: 53,5% secundaria 29,46% técnico

2.68%, universitario 0.89 y ninguno 13.39%. El 63.25% eran empleados y el 18.8% no tenían ninguna actividad laboral en el momento.

La prevalencia de depresión entre las adolescentes estudiadas fue de 4.02%, de ansiedad 67.07% y de estrés fue de 78.31%

El estudio aceptó la hipótesis de asociación entre depresión y embarazo en la adolescente. Las adolescentes embarazadas tiene 7 veces mayor riesgo de desarrollar depresión que aquellas que no se encuentran en embarazo con una relación estadísticamente significativa (IC95% 1.54-65.57 $p < 0.00$).

Se exploró la asociación con otras variables y se encontró asociación con el inicio vida sexual antes de 13 años con una OR de 24.1 y un valor de $P < 0.00$ y dificultad en las relaciones con la pareja con una OR de 8.73 y un valor de $P < 0.03$.

No se encontró asociación entre embarazo en adolescente y ansiedad OR 1.35 con IC de 95% 0.77- 2.38 y valor de $P = 0.26$. Al explorar otros factores asociados se encontró asociación con el consumo alcohol con una OR de 8.58 y un valor de $P < 0.01$ y dificultad en las relaciones familiares con una OR de 3.44 y un valor de $P < 0.00$

Tampoco se acepta la hipótesis de asociación entre embarazo en adolescente y estrés: OR 1.79 con IC de 95% 0.93 – 3.50 y valor de $P = 0.06$. Al explorar otros factores asociados con estrés se encontró asociación con dificultad en las relaciones familiares con una OR de 3.22 y un valor de $P < 0.01$, relaciones con la pareja con una OR de 1.89 y un valor de $P < 0.04$ y consumo de alcohol con una OR de 4.73 y un valor de $P < 0.01$.

5.2. RECOMENDACIONES

Se deben tener en cuenta los resultados del presente estudio en las intervenciones del embarazo en adolescentes y no olvidar que el inicio a una temprana edad de las relaciones sexuales, también se comporta como factor de riesgo para depresión.

Otro hallazgo importante es que el conocimiento sobre métodos de planificación y aun que el uso de anticonceptivos, no se comportó como factor de protección para el embarazo en la adolescente.

Se deben explorar otros enfoques en la prevención del embarazo en las adolescentes, dirigidos a la formación de un proyecto de vida en la adolescente que le genere valores y propósitos claros para lograr el futuro que realmente desean y merecen.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Dirección Seccional de salud de Antioquia PROTOCOLO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA. Quinta edición. Medellín. 2001.
2. Profamilia . ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD 2000.
3. Organización Panamericana de la Salud. INFORMACIÓN MATERNA PERINATAL (AMÉRICA LATINA Y CARIBE) Disponible en : <http://newweb.www.paho.org/spanish/clap/01indic.htm>.
4. Ministerio de Salud de Colombia. INDICADORES BÁSICOS 2000. SIVIGILA 01 de Enero del 2001.
5. IPS Punto de Salud. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO AÑO 2001. Medellín 2002. 31,68p.
6. Dirección Seccional de Salud de Antioquia PROTOCOLO DE ATENCIÓN MATERNA Y PERINATAL CON ENFOQUE DE RIESGO. Capítulo I. Medellín 1994.
7. Dever A. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. OPS/OMS. Washington, 1991. 418p.
8. Conde Agudelo A, et al. Epidemiology of pregnancy in Latin America. Acta Obstet Gynecol Scand; 2000; 79: 371-378.

BIBLIOGRAFIA DEPRESIÓN

Zung WW. A self rating depression scale. Arch Gen Psychiatr 1965; 12: 63-70.

Validación:

Conde V, Escribá JA, Izquierdo J. Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung. Arch Neurobiol 1970; 33: 185-206.

Conde V, Escribá JA, Izquierdo J. Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung. Arch Neurobiol 1970; 33: 281-303.

Documentación:

Conde V, Esteban T, Useros E. Evaluación crítica de la SDS (Self-rating Depression Scale) de Zung: experiencia propia y revisión de la literatura. Rev Psicol Gen Aplic 1976; 43: 842-857.

Lopez VC, Esteban T. Validez de la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung. Arch Neurobiol 1975; 38: 225-246.

American Psychiatric Association. Handbook of Psychiatric Measures. Washington, 2000.

Hedlung JL, Vieweg BW. The Zung Self Rating Depression Scale: a comprehensive review. J Operat Psychiatr 1979; 10: 51-64.

Zung WW. Zung Self-Rating Depression Scale and Depression Status Inventory. En: Sartorius N, Ban TA (eds.). Assessment of depression. Berlin: Springer-Verlag y W.H.O, 1986; 221-231.

Adicional:

1.- Mulrow CD, Williams JW, Gerety MB et al. Case-finding instruments for depression in primary care settings. Ann Intern Med 1995; 122: 913-921.

2.- Conde V, Franch J. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid: Upjohn, 1984. p 62-76.

3.- Hamilton M, Shapiro CM. Depression. En: Peck DF, Shapiro CM (eds). Measuring human problems. New York: Wiley, 1990; p. 27, 37.

4.- Bech P. The Bech, Hamilton and Zung scales for mood disorders: screening and listening: a twenty years update with reference to DSM-IV and ICD-10. 2nd edition. Berlin Heidelberg: Springer, 1996. P 35-42.

5.- Magruder-Habib K, Zung WW, Feussner JR. Improving physicians recognition and treatment of depression in general medical care: results from a randomized clinical trial. Med Care, 1990; 28: 239-250.