



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

11217
70
2EJ

Facultad de Medicina

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No.3
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

La Desinformación de Métodos
Anticonceptivos en Adolescentes
y el Embarazo no Deseado
Estudio Comparativo Entre Dos
Poblaciones en el Area
Urbana y Rural

TESIS DE POSTGRADO

Que Para Obtener la Especialidad en:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

Dra. Leticia Hernández Castro

ASESOR:

Dr. Samuel Alejandro Liévano Torres

COLS.: DR. SALVADOR NUÑEZ CONTRERAS
DRA. NELLY JUDITH GONZALEZ LOPEZ
ENF. VERONICA CASTILLO MONTIEL



IMSS

México, D. F.

Febrero de 1995

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
SECRETARIA DE SALUD



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

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

A M I S P A D R E S .

POR SU APOYO Y ESFUERZO PARA PODER
ALCANZAR UNA DE LAS METAS MAS IM-
PORTANTES DE MI VIDA:

DR. SAMUEL ALEJANDRO LIEVANO TORRES.

POR SU APOYO Y DEDICACION PARA LA
ELABORACION DE ESTE TRABAJO DE _
TESIS.

INDICE.

- I. ANTECEDENTES.
- II. PROBLEMA.
- III. OBJETIVO.
- IV. HIPOTESIS.
- V. MATERIAL Y METODOS.
- VI. ESCALAS DE MEDICION.
- VII. DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE TRABAJO.
- VIII. RESULTADOS.
- IX. CONCLUSIONES.
- X. BIBLIOGRAFIA.

A N T E C E D E N T E S

Los hábitos y la actividad sexual de los adolescentes han cambiado mucho en los últimos veinte años. La maduración sexual más precoz, la presión de los compañeros en las escuelas secundarias y el énfasis comercial y cinematográfico en los placeres del sexo, han conducido a la consecuencia previsible de que las relaciones sexuales se inicien antes.

Se debe reconocer que del 17% al 20% de nuestra próxima generación nacerá de madres de 11 a 18 años (1). Esto reviste una importancia crítica para encontrar maneras razonables de mejorar este difícil problema nacional.

La tasa de partos en adolescentes aumentó en 1987 por primera vez en 7 años, a pesar de la creciente disponibilidad y uso de anticonceptivos (2) de los mayores gastos federales en servicios de planificación familiar (3) y de la creciente incidencia de abortos.

La información sobre el embarazo en la adolescente se debe presentar de manera dirigida a la orientación juvenil. Las adolescentes representan en USA alrededor del 17% de la población en mujeres en edad de procrear, desde 1973 produjeron el 33% de todos los abortos registrados (4).

Los estudios de seguimiento en adolescentes que decidieron abortar, demuestran que las complicaciones psiquiátricas severas son muy raras y que la mayoría de las adolescentes se sienten mejor al interrumpir un embarazo que no deseaban (5).

Se ha reconocido que no existe ningún recurso psicológicamente inócuo para encarar un embarazo que no se quiere y que es normal que ocurra cierta tristeza o arrepentimiento (6).

En las adolescentes que deciden continuar el embarazo, en lugar de abortar es necesario hacer una minuciosa evaluación del futuro potencial de la joven madre en términos de bienestar físico, emocional, educativo y vocacional para los 60 años siguientes de su vida. Estudios indican que los progenitores jóvenes adquieren menos educación que sus contemporáneos y tienen matrimonios menos estables y más hijos de los que desearían.

Pocas investigaciones controladas se han hecho sobre el uso de anticonceptivos en adolescentes. Se ha publicado que los adolescentes suelen iniciar actividad sexual uno a dos años antes de procurar instrucción profesional sobre control de la natalidad (8) (9). Zabin examina el riesgo de que la adolescente se embarace en los primeros meses de las relaciones sexuales y hallaron que la mitad de embarazos premaritales se producen en los primeros seis meses de la actividad sexual y más de la quinta parte en el primer mes (10). También demostró que en el primer mes de relaciones sexuales, se embarazan el 22% dejando un grupo menos fecundo con tasas de concepción más baja. En los siguiente seis meses, se embarazan entre el 44 y el 64%.

El anticonceptivo oral combinado es el método de control de la natalidad reversible más eficaz. La eficacia es menor,

si se toma incorrectamente o si se interrumpe el uso. La minipíldora que contiene sólo una pequeña dosis de progestágeno, se acompaña con mayor frecuencia de menorragia, ciclos irregulares y amenorrea; lo que confunde y dificulta su aplicación en las adolescentes.

Kulig comunica su experiencia con el DIU en 120 adolescentes atendidas en cuatro años (11), encontró que el 81% eran nulíparas y se logró seguimiento en el 97%. La tasa de embarazos fue baja; de 2/100 mujeres año y la tasa de continuidad fue de 70% año, 49% a los 2 años y 39%. Se consideró que el DIU es comparativamente inócuo y se tolera bien en adolescentes. Sin embargo 8% adquiere enfermedad pélvica inflamatoria.

En la adolescencia este método ofrece un riesgo mínimo de mortalidad en comparación con el embarazo y parto (12).

Los métodos de barrera (preservativo) no acarrea complicaciones y se presta muy bien para las mujeres que tienen relaciones esporádicas. La desventaja del método es lo engorroso y el efecto psicológico negativo de tener que ponérselo antes del coito. Tiene eficacia de uso de 12-20 por 100 mujeres al año (13).

En todos los estudios de métodos anticonceptivos para adolescentes, lo fundamental para evitar el embarazo ha sido la aceptabilidad y el cumplimiento de parte de la paciente y su compañero. Los mejores resultados se obtienen cuando se puede prestar un amplio asesoramiento a los jóvenes de ambos sexos por medio de un docente. Las parejas que tienen

relaciones sexuales con regularidad necesitan y aprecian la información objetiva que se les presente para evitar embarazos prematuros o indeseables.

En muchas escuelas secundarias, se está creando una conciencia de procreación responsable mediante proyecciones de películas, sesiones colectivas y educación sobre sexualidad humana; sin embargo, no ha sido suficiente por lo que se hace necesario conocer el grado de información de métodos anticonceptivos y su relación con el embarazo no deseado para evaluar lo que se ha logrado en la política educacional sexual en jóvenes y en su caso realizar los ajustes y programas pertinentes.

P R O B L E M A :

¿ LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS SIN INFORMACION
DE METODOS ANTICONCEPTIVOS PRESENTAN UNA
FRECUENCIA DE EMBARAZO NO DESEADO DIFERENTE
DE LAS QUE SI LA TIENEN ?

O B J E T I V O :

**COMPARAR LA FRECUENCIA DE EMBARAZO
NO DESEADO EN MUJERES ADOLESCENTES
SIN INFORMACION DE METODOS
ANTICONCEPTIVOS, CON LAS QUE SI
LA TIENEN; EN POBLACION URBANA Y
RURAL.**

H I P O T E S I S :

LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS SIN INFORMACION
DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, PRESENTAN UNA
FRECUENCIA MAYOR DE EMBARAZO NO DESEADO QUE
LAS QUE SI LA TIENEN.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

CRITERIOS DE INCLUSION.

- 1.- Mujeres de 12 a 19 años que acudan a consulta prenatal o consulta de urgencia.
- 2.- Edad gestacional de 4 a 40 semanas.
- 3.- Puerperio postaborto, postparto y postcesárea.
- 4.- Haber deseado o no el embarazo hasta las primeras 18 semanas de gestación.
- 5.- Embarazos no productos de violación.
- 6.- Dar su consentimiento para ser incluidas en el estudio.
- 7.- Contestar totalmente al cuestionario encuesta.

CRITERIOS DE NO INCLUSION.

- 1.- Mujeres mayores de 11 años y menores de 20 años.
- 2.- Usar métodos anticonceptivos por más de tres meses previos al embarazo.
- 3.- Embarazos molares y ectópicos.
- 4.- No aceptar ser incluidas en el estudio.
- 5.- Embarazos productos de violación.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- 1.- Contestar parcialmente el cuestionario encuesta.

CARACTERISTICAS DEL GRUPO EXPERIMENTAL.

Adolescente de 12 a 19 años, que acudan a consulta prenatal o consulta de urgencia con edad gestacional de 4 a 40 semanas o en puerperio postparto, postaborto y postcesárea que no desearan el embarazo hasta las primeras 18 semanas de gestación; que no hayan sido producto de violación y que den su consentimiento para ser incluidas en el estudio.

No se aceptarán aquéllas que hayan utilizado métodos anticonceptivos en los últimos tres meses previos.

A las adolescentes incluidas se les proporcionará un cuestionario encuesta, el cual contestarán completamente y posterior a su calificación obtengan menos de 30 puntos.

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA.

Se capturaron todas las pacientes adolescentes embarazadas que acudieron al Servicio de Urgencia o Consulta Externa prenatal del HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA NUMERO 3, DEL CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA", DELEGACION 2 NOROESTE INSS MEXICO, D.F., Y HOSPITAL RURAL DE SOLIDARIDAD NUMERO 21 DE HUEJUTLA DE REYES, HIDALGO, INSS, MEXICO.

Se les proporcionó un cuestionario encuesta (anexo) que previamente se realizó prueba de campo del instrumento (20 cuestionarios). Una vez resuelto se agruparon según el puntaje obtenido en dos grupos: Mayor de 30 puntos y menor de 30 puntos con embarazo deseado y no deseado, pacientes de área urbana y pacientes de área rural. Se otorgaron dos puntos a la

respuesta correcta, un punto a la incorrecta y sin calificación a la respuesta no sé.

Se capturaron todas las pacientes hasta completar el tamaño de la muestra; grupo urbano de 207 pacientes, grupo rural de 103 pacientes, teniendo como tamaño de muestra estadística 172 pacientes en área urbana.

DETERMINACION ESTADISTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El criterio de selección para estimar el tamaño de la muestra fue en base a estimar proporciones por tratarse de variables nominales con un estadístico de base P una población infinita con muestreo sin recemplazo.

Se utilizó una alfa de 0.05, una $P= 0.20$ (el porciento de la población que se embaraza es de 20%); $Q= 0.80$, el nivel de confianza utilizado es de 0.95 y la Z crítica es de 1.64 por ser un estudio bilateral por tanto el tamaño de la muestra fue de 172.

SISTEMA DE CAPTACION DE INFORMACION

A cada paciente se le proporcionó un cuestionario encuesta, y con los datos recabados se elaboró el siguiente cuadro:

I N F O R M A C I O N	NO	SI	TOTAL	S I N I N F O R M A C I O N
	NO			
	SI			
	TOTAL ENB NO DESEADO	ENB DESEADO		

La información recolectada se vació en el cuadro no. 1

CUESTIONARIO ENCUESTA

LEA DETENIDAMENTE CADA UNA DE LAS PREGUNTAS Y RESPONDA SEGUN CONSIDERE ADECUADO. NO ESCRIBA SU NOMBRE.
POR FAVOR NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER.

- I ¿Qué edad tiene? _____
¿Qué escolaridad tiene? _____
¿A qué edad empezó a menstruar (reglar)? _____
¿Cuándo fue la fecha de su última menstruación? _____
¿Desde qué edad tiene relaciones sexuales? _____
¿Cuántas veces a la semana tiene relaciones sexuales? _____
¿Cuántas parejas tiene? ___ ¿Cuántas parejas ha tenido? ___
¿Cuántas veces se ha embarazado? _____
¿Cuántos partos? ___ ¿Cesárens? ___ ¿Abortos? ___
¿A qué edad se embarazó por primera vez? _____

- II ¿En esta ocasión, quería embarazarse? _____
¿Este embarazo fue planeado? _____
¿Cuándo sospechó estar embarazada? _____
¿Pensó no tener al bebé? Si No
¿Intentó abortarlo? Si No
¿Qué utilizó para no seguir embarazada? _____
¿Ahora desea su embarazo? Si No

III. ENCIERRE EN UN CIRCULO EN TERMINO DE LO QUE CONOZCA DE LOS SIGUIENTES METODOS ANTICONCEPTIVOS.

A. DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

Se coloca en la matriz	Si	No	No se
Lo aplica un médico durante la menstruación.	Si	No	No se
Provoca que la menstruación sea más abundante.	Si	No	No se
Es mejor aplicarlo cuando se ha tenido bebés.	Si	No	No se

B. PRESERVATIVO (CONDONES).

Puede usarse el mismo varias veces	Si	No	No se
Son de hule y evitan el embarazo	Si	No	No se
Se coloca antes de la relación	Si	No	No se
Lo utiliza el hombre para proteger a la mujer.	Si	No	No se
Debe quitarse tan pronto se termine la relación.	Si	No	No se

C. ANOVULATORIOS (INYECCIONES).

Se aplican cada mes.	Si	No	No se
Son muy seguras, nunca fallan.	Si	No	No se
Se pueden usar a cualquier edad.	Si	No	No se
Causan transtornos de menstruación.	Si	No	No se
Pueden causar aumento de peso.	Si	No	No se

D. LOCALES (OVULOS/ESPUMA)

Se ponen antes de la relación.	Si	No	No se
Los usa solo la mujer	Si	No	No se
Se deben lavar después de la relación.	Si	No	No se
Es el método más seguro.	Si	No	No se
Usarlos seguido provoca irritación.	Si	No	No se

IV ¿Conoce algún otro método anticonceptivo? Si No

¿Cuál? _____

¿Qué método anticonceptivo ha usado? _____

¿Por cuánto tiempo? _____

¿Le han informado sobre métodos anticonceptivos? Si No

¿En qué lugar le han informado? _____

¿En qué año le informaron? _____

¿Quién o quiénes le informaron? _____

¿Se quedó con dudas? Si No

¿Pudo resolverlas? Si No

¿Qué dudas tienes sobre métodos anticonceptivos en este momento?

¿Le gustaría volverse a embarazar? Si No No se

¿En cuánto tiempo? _____

POR FAVOR NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER.

POR SU COOPERACION, GRACIAS.

CUADRO 1. PROTOCOLO DE INVESTIGACION

LA DESINFORMACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
EN MUJERES ADOLESCENTES.

PACIENTE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCCUPACION	IRS	No. DE PAREJAS	H. OBSTETRICA				CALIF.	EMB DES.		
						G	P	A	C		NO	SI	NO

IRS: INICIO DE RELACIONES SEXUALES
G: GESTA
P: PARA
A: ABORTOS
C: CESAREAS.

ESCALAS DE MEDICION

VARIABLE INDEPENDIENTE: Aleatoria, nominal, discreta, finita.

VARIABLE DEPENDIENTE: Aleatoria, nominal, discreta, finita.

ESPECIFICACION DE LOS INDICADORES DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE PROBLEMA: Sin información de métodos anticonceptivos.

INDICADOR: SI - NO

VARIABLE DEPENDIENTE PROBLEMA: Embarazo no deseado.

INDICADOR: SI - NO

VARIABLE INDEPENDIENTE CONTROL: Con información de métodos anticonceptivos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

1. HIPOTESIS GENERAL: Las adolescentes embarazadas sin información de métodos anticonceptivos, presentan una frecuencia mayor de embarazo no deseado que las que sí la tienen.

2. HIPOTESIS ESTADÍSTICAS:

a) Definición de términos matemáticos.

A = Embarazo no deseado en adolescentes no informados sobre métodos anticonceptivos.

B = Embarazo no deseado en adolescentes informadas
sobre métodos anticonceptivos.

b) $H_0 : A = B$

$H_1 : A > B$

3. TIPO DE ESTUDIO: Estudio unilateral (de una cola) con zona de rechazo a la derecha.

4. NIVEL DE CONFIANZA: 0.95, es decir ALFA = 0.05

5. PRUEBA DE ENSAYO DE HIPOTESIS:

Distribución de probabilidad: χ^2

Coefficiente de confianza: $\chi_c^2 = 2.706$

Por lo anterior, el criterio de selección de prueba de ensayo de hipótesis es CHI cuadrada, no paramétrica para dos muestras o grupos independientes.

6. CRITERIOS DE RECHAZO:

Rechazo H_0 SI $\chi^2 > \chi_c^2$ es decir $\chi^2 > 2.706$

Y SI $p < \text{ALFA}$ es decir $p < 0.05$

CONSIDERACIONES ETICAS

El protocolo cumplió con las consideraciones de la Declaración Helsinki Modificación en Tokio 1975, y de acuerdo Título quinto (Art. 96 a artículo 103) de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

No daña la integridad física y moral de las personas.

CONSIDERACIONES DE LAS NORMAS E INSTRUCTIVOS INSTITUCIONALES EN MATERIA DE INVESTIGACION CIENTIFICA.

De acuerdo a normas y reglamentos establecidos por la Jefatura de Investigación Médica dependiente de la Subdirección General Médica del I.N.S.S.

Se sometió a dictamen del Comité Local de Investigación y se inició sólo hasta la aprobación del mismo.

DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE TRABAJO

Se inició el desarrollo del proyecto de investigación el 03/I/1994 con la elaboración del protocolo que comprendió 16 semanas (hasta el 23/IV/94).

Se entregó al Comité local de investigación para su aprobación el 25 de abril de 1994, realizándose entre tanto una prueba de campo para corroborar su utilidad, envío de paquetes de encuesta a Unidades participantes, una vez autorizado el proyecto, se inició simultáneamente la encuesta a toda paciente adolescente embarazada que cumplió con los criterios de inclusión, el 09 de mayo de 1994.

Se les proporcionó el cuestionario permitiéndoles el tiempo necesario para su contestación y mencionándoles el anonimato en su formulación.

Una vez resuelto se procedió a cuantificar el puntaje del apartado III, para agruparlas en el Grupo "A" (EXPERIMENTAL) a las que calificaron con menos de 30 puntos y en el Grupo "B" (CONTROL) a las que calificaron con más de 30 puntos. Se excluyeron los cuestionarios resueltos parcialmente, a la respuesta correcta se le calificó con 2 puntos, 1 punto a la incorrecta y en la respuesta NO SE no se dió puntuación.

El 01 de diciembre se dió por terminado el estudio en su etapa de recolección de información, procediéndose a la recuperación de la información en el Cuadro 1, para los grupos A y B respectivamente (2 sábanas).

Se llenó el cuadro tetracórico con la información recolectada y se dió tratamiento estadístico a los resultados corroborando su significancia.

Al inicio de la segunda quincena de diciembre, y contando con los resultados y su manejo estadístico, se elaboraron las conclusiones, y en enero de 1995 se inició la redacción del escrito médico y que se enviará a su publicación en la segunda quincena del mismo mes.

R E S U L T A D O S

Los resultados obtenidos son los siguientes:

En la tabla 1 y 2 se aprecia un mayor número de embarazos deseados tanto en la población sin información como en la que tenía información de métodos anticonceptivos, sin tener significancia estadística ya que $P < 0.1$ en la población urbana. En la población rural se presentó un resultado similar con una $P < 0.45$

TABLA 1. CIUDAD DE MEXICO
EMBARAZO DESEADO

I N F O R M A C I O N		SI	NO	TOTAL
		SI	96	60
	NO	38	13	51
TOTAL		134	73	207

TABLA 2. HUEJUTLA DE REYES, HIDALGO.
EMBARAZO DESEADO

I N F O R M A C I O N		SI	NO	TOTAL
		SI	47	22
	NO	23	11	34
TOTAL		70	33	103

La aceptación del embarazo no tuvo diferencias significativas en el grupo urbano (Tabla 3), pero sí en el grupo rural $P < 0.0125$ (Tabla 4).

TABLA 3. CIUDAD DE MEXICO
ACEPTACION DEL EMBARAZO

I N F O R M A C I O N		SI	NO	TOTAL
	SI		146	10
NO		45	6	51
TOTAL		191	16	207

TABLA 4. HUEJUTLA DE REYES, HIDALGO
ACEPTACION DEL EMBARAZO

I N F O R M A C I O N		SI	NO	TOTAL
	SI		59	10
NO		30	4	34
TOTAL		89	14	103

No hubo diferencias significativas entre el intento de aborto y la información de métodos anticonceptivos en ambas poblaciones. (Tablas 5 y 6).

TABLA 5. CIUDAD DE MEXICO
INTENTO DE ABORTO

I N F O R M A C I O N	NO	SI	NO	TOTAL
		2	49	51
	SI	15	141	156
TOTAL	17	190	207	

TABLA 6. HUEJUTLA DE REYES, HIDALGO
INTENTO DE ABORTO

I N F O R M A C I O N	NO	SI	NO	TOTAL
		33	1	34
	SI	64	5	69
TOTAL	97	6	103	

Al relacionarse las pacientes que dijeron tener información de métodos y las que contestaron en forma adecuada, encontramos una diferencia significativa en ambas poblaciones con un $P < 0.0025$ para la población urbana y una $P < 0.0005$ en la población rural. (Tablas 7 y 8).

TABLA 7. CIUDAD DE MEXICO
INFORMACION DE METODOS

I N F O R M A C I O N	SI	SI	NO	TOTAL
		96	60	156
	NO	42	9	51
TOTAL	138	69	207	

TABLA 8. HUEJUTLA DE REYES, HIDALGO
INFORMACION DE METODOS

I N F O R M A C I O N	SI	SI	NO	TOTAL
		46	23	69
	NO	32	2	34
TOTAL	78	25	103	

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Al investigar la resolución de dudas encontramos una diferencia significativa con una $P < 0.025$ entre el grupo que se le informó y tuvo dudas y no se resolvieron. (Tabla 9 y 10).

TABLA 9. CIUDAD DE MEXICO
RESOLUCION DE DUDAS

I N F O R M A C I O N		SI	NO	TOTAL
		SI	56	100
	NO	36	15	51
TOTAL		92	115	207

TABLA 10. HUEJUTLA DE REYES, HIDALGO
RESOLUCION DE DUDAS

I N F O R M A C I O N		SI	NO	TOTAL
		SI	31	38
	NO	15	19	34
TOTAL		46	57	103

De la población urbana el 56% deseó embarazo subsecuente, el 27% no desea un embarazo subsecuente y el 17% no sabe sobre su futuro obstétrico. En la población rural el 47.5% desea un futuro embarazo, el 36% no desea otro embarazo y el 16.5% no sabe. (Tablas 11 y 12).

DESEO DE EMBARAZO SUBSECUENTE

TABLA 11. CIUDAD DE MEXICO

GRUPO A (EXPERIMENTAL)	SI	89	57%
	NO	39	25
	NO SABE	28	18
GRUPO B (CONTROL)	SI	27	53
	NO	17	33.3
	NO SABE	7	13.7
TOTAL	SI	116	56.03
	NO	56	27.06
	NO SABE	<u>35</u>	<u>16.91</u>
		207	100.00%

TABLA 12. HUEJUTLA DE REYES, HIDALGO

GRUPO A (EXPERIMENTAL)	SI	33	47.8%
	NO	22	31.8
	NO SABE	14	20.4
GRUPO B (CONTROL)	SI	16	47.06
	NO	15	44.12
	NO SABE	3	8.82
TOTAL	SI	49	47.57
	NO	37	35.92
	NO SABE	<u>17</u>	<u>16.51</u>
		103	100.00%

La escolaridad de las pacientes fluctúa en el 53% de secundaria y preparatoria en la población urbana y en el 67% primaria o analfabeta en la población rural. (Tablas 13 y 14).

E S C O L A R I D A D

TABLA 13. CIUDAD DE MEXICO

	GRUPO A (EXPERIMENTAL)		GRUPO B (CONTROL)		TOTAL	
ANALFABETA	7	4.49%			7	3.38%
PRIMARIA	51	32.69	12	23.53%	63	30.43
SECUNDARIA	67	42.95	23	45.10	90	43.48
PREPARATORIA	15	9.52	5	9.8	20	9.66
OTROS	16	10.25	11	21.57	27	13.05
TOTAL	156	100.00%	51	100.00%	207	100.00%

TABLA 14. HUEJUTLA DE REYES, HIDALGO

	GRUPO A (EXPERIMENTAL)		GRUPO B (CONTROL)		TOTAL	
ANALFABETA	10	14.48%	2	5.90%	12	11.64%
PRIMARIA	37	53.62	20	58.81	57	55.34
SECUNDARIA	12	17.40	6	17.65	18	17.48
PREPARATORIA	5	7.25	3	8.82	8	7.77
OTROS	5	7.25	3	8.82	8	7.77
TOTAL	69	100.00%	34	100.00%	103	100.00%

El promedio de edades de la población urbana fue de 17.7 ± 1.38 , sin tener diferencias con los grupos de información y sin información. El grupo rural comprendió una edad promedio de 17.8 ± 1.24 años.

La menarca se presentó a los 12.21 ± 1.52 años en la población urbana y a los 13 ± 1.13 en la población rural.

El inicio de relaciones sexuales fue a los 16.18 ± 1.53 años en la población urbana y a los 16.26 ± 1.55 años en la población rural.

La frecuencia coital en la población urbana es de 2.17 ± 1.35 y en la población rural de 2.33 ± 1.59 coitos por semana.

En cuanto al número de parejas sexuales ambas poblaciones reportaron en más del 95% de los casos una sola pareja sexual.

En los antecedentes obstétricos fluctuaron de Gesta 1.32 ± 0.70 en la población urbana y de 1.35 ± 0.66 en la rural. En Paras fue de 1.32 ± 0.66 para la población urbana y de 1.32 ± 0.64 para la rural. En los abortos fue de 1.14 ± 0.45 en la población urbana y de 1.0 para la rural. En cesáreas fue de 1.16 ± 0.42 y de 1.16 ± 0.42 para la urbana y rural respectivamente.

La edad del primer embarazo fue de 11.64 ± 7.46 años para la población urbana y de 12.94 ± 6.87 años para la población rural.

CONCLUSIONES

No existe diferencia significativa en los resultados observados entre la frecuencia de embarazo no deseado entre la población de adolescentes que tienen información sobre métodos anticonceptivos y las que no la tienen.

En la población urbana adscrita al HGO No.3 del CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA", con una $p > 0.1$ y en la población rural adscrita al HOSPITAL RURAL DE SOLIDARIDAD No.21 DE HUEJUTLA DE REYES, HIDALGO con una $p > 0.45$. Cualquier diferencia observada se puede deber al azar o a las variantes propias del muestreo.

La aceptación del embarazo no tiene diferencia significativa entre el grupo de informadas o no de la población urbana pero si en la población rural con una $p < 0.0125$.

No hubo diferencias significativas entre el intento de aborto y el conocimiento de métodos anticonceptivos en ambas poblaciones.

De las pacientes que dijeron tener información y que en realidad no tenían, hubo una significancia de $p < 0.0125$ en la población urbana y una $p < 0.0005$ en la población rural (muy altamente significativa) por lo que muchas pacientes que dicen estar informadas no tienen los conocimientos mínimos sobre métodos anticonceptivos.

De las pacientes que se les informó sobre métodos anticonceptivos existe una gran diferencia significativa entre las que pudieron resolver las dudas y las que no, con una $p < 0.025$.

De las poblaciones estudiadas más del 50% de la población urbana desea un embarazo subsecuente, y de la población rural alrededor del 47%, por lo que es necesario hacer incapie de informar a las pacientes sobre métodos anticonceptivos posterior al evento obstétrico con la finalidad de prolongar el periodo intergestacional.

El promedio de edad entre las dos poblaciones estudiadas, tanto urbana como rural fueron prácticamente iguales. La menarca se presentó un año antes en la población urbana que en la rural.

El inicio de relaciones sexuales fue entre los 15 y los 17 años (promedio 16). La frecuencia coital en ambas poblaciones fue alrededor de 2 coitos por semana. El número de parejas sexuales en casi la totalidad de las poblaciones estudiadas fue de una sola pareja.

En ambas poblaciones el número de gestas y paras fue de 1.3, el promedio de abortos fue de 1 y la incidencia de cesáreas fue de 1.16 en ambas poblaciones.

En la población urbana el embarazo en adolescentes ocurre más tempranamente que en la rural; posiblemente por la influencia de los medios de comunicación y la libertad social para el coito prematrimonial.

En la población urbana más del 60% de las pacientes cursaban secundaria u otro superior en relación a la población rural, en donde alrededor del 67% no habían concluido la educación primaria.

Se demuestra que la información de métodos anticonceptivos no influye en la frecuencia de embarazo no deseado, por lo que se deben abocar los esfuerzos y la investigación hacia la concientización en los adolescentes en la debida aplicación

de métodos anticonceptivos cualquiera que éstos elijan; incidiendo los programas entre los 11 y 12 años de edad ya que la vida sexual iniciará al año siguiente.

Así mismo es necesario retroalimentar a los profesores de los cursos de planificación familiar debido a que un gran porcentaje de las adolescentes informadas quedan con dudas que no pueden resolver; ya que los cursos o pláticas que se imparten se concretan a vertir conocimientos sin preocuparse de evaluar la adecuada recepción de los mismos por lo que se sugiere que la dinámica de los cursos dirigidos a los adolescentes sobre cualquier área de la sexualidad debe encaminarse a desempeñar técnicas didácticas con seminarios, mesas redondas, talleres o círculos de discusión desechando la técnica de cátedra de conferencia magistral o sesión clásica con una sólo dirección en cuanto a vertir conocimientos (profesor - alumno).

B I B L I O G R A F I A

- CATES WJ. ADOLESCENT ABORTIONS IN THE UNITED STATES. J ADOL HEALTH CARE 1990; 18:1 (1)
- ZELNIK M, KANTNER JF. FIRST PREGNANCIES TO WOMEN AGED. FAM PLANN PERSPECT 1978; 10:15-9 (2)
- TORRES A. ORGANIZAD FAMILY PLANNING SERVICES IN THE UNITED STATES. FAM. PLAN PERSPECT 1979; 11/342 (3)
- CENTER FOR DISEASE CONTROL. ABORTION SURVEILLANCE. PUBLIC HEALTH 1979; 1:5 (4)
- BRACKEN MB, HACHAMOVITCH N, GROSSMAN G. THE DECISION TO ABORT AND PSYCHOLOGICAL SEQUELACE. J NERV MENT DIS. 1984; 158:154 (5)
- LIPPER I, CUEJIC II, BENJAMIN P, NAD KINCH RA. ABORTION AND THE PREGNANT TEENAGER. CAN MED ASSOC J. 1973; 109:852. (6)
- TRUSSELL J, NENKEN J. EARLY CHILDBERING AND SUBSEQUENT FERTILITY. FAM PLANN PERSPECT 1978; 10:209 (7)
- AKPON CA, ADPON KI, DAVIS M. PRIOR SEXUAL BEHAVIOR IN TEENAGERS ATTENDING RAP SESSIONS FOR THE FIRST TIME. FAM. PLANN PERSPECT 1976;8:203 (8)
- SETTLAGE DS, HAROFF SF, ANS COPPER D. SEXUAL EXPERIENCE OF YOUNGER TEENAGE GIRLS SEEKING CONTRACEPTIVE ASSISTANCE FOR THE FIRST TIME. FAM PLANN PERSPECT 1973; 5:223 (9)
- ZAHN LS, KANTER JF, SELKIN M. THE RISK OF ADOLESCENT PREGNANCY IN THE FIRST MONTHS OF INTERCOURSE. FAM PLANN PERSPECT 1979; 11:215 (10)
- KULIN JW, RAUH JL, CAROT HM AND BOOKMAN RR. EXPERIENCE WITH THE COPPER 7 INTRAUTERINE DEVICE IN AN ADOLESCENT POPULATION. J. PEDIATR 1980; 96:746 (11)
- ROSENFELD A. ORAL AND INTRAUTERINE CONTRACEPTION AN J. OBSTET GYNECOL 1988; 132:32 (12)