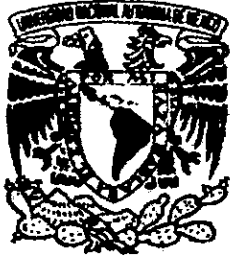


11226²

20
2ej



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado e Investigación

Departamento de Medicina Familiar

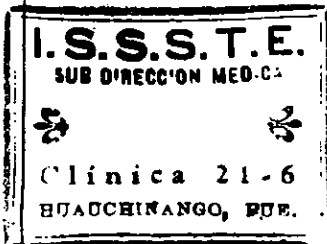
*Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
de los Trabajadores del Estado*

Sede: U.M.F. Huauchinango, Puebla

*Embarazo en Adolescentes en el municipio
de Huauchinango, Puebla, en 1998*

*Trabajo que para obtener el diploma de Especialista en Medicina Familiar,
presenta:*

Dra. Atenea Castillo Lafarja



28/10/18

Huauchinango, Puebla, 1999

TESIS CON
FALLA DE ORDEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.


2


*Embarazo en Adolescentes en el municipio
de Huauchinango, Puebla, en 1998*


*Trabajo que para obtener el diploma de Especialista en Medicina Familiar,
presenta:*

Dra. Atenea Castillo Lafarja

Autorizaciones


~~*Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega*~~
Jefe del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina, U.N.A.M.


~~*Dr. Arnulfo Irigoyen Coria*~~
Coordinación de Investigación
del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina, U.N.A.M.


~~*Dr. Isaias Hernández Torres*~~
Coordinación de Docencia
Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina, U.N.A.M.

Embarazo en Adolescentes en el municipio de Huauchinango, Puebla, en 1998

Trabajo que para obtener el diploma de Especialista en Medicina Familiar, presenta:

Dra. Atenea Castillo Lafarja

Autorizaciones

*Dr. Juan Ángel Castillo Lafarja
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar*

*Dr. Juan Ángel Castillo Lafarja
Especialista en Medicina Familiar
Asesor de Tesis*

*Dr. José Castro Cante
Asesor de Tesis ISSSTE*

*Dra. Leticia Esnaurrizar Jurado
Jefa del Departamento de Medicina Familiar y Educación Médica Continua
Jefatura de Servicios de Enseñanza ISSSTE*

I. S. S. S. T. E.	
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR	
14 JUN. 2000	
V o.	B o.



*Embarazo en Adolescentes en el municipio
de Huauchinango, Puebla, en 1998*

ÍNDICE

Marco teórico.....	6
Definición.....	7
Historia.....	7
Embarazo en la adolescencia.....	8
Epidemiología.....	10
Factores de riesgo.....	14
Consecuencias.....	18
Prevención.....	21
Planteamiento del problema.....	23
Justificación.....	23
Objetivos.....	25
Hipótesis.....	25
Metodología.....	25
Criterios de selección.....	26
Procedimiento de captura de información.....	28
Consideraciones éticas.....	30
Resultados.....	31
Cuadros y gráficas.....	34
Discusión.....	49
Conclusiones.....	55
Anexos.....	57
Bibliografía.....	58

MARCO TEÓRICO

DEFINICIONES

La Organización Mundial de la salud, define a los adolescentes, como personas de 10 a 19 años de edad y a los jóvenes como personas de 15 a 24 años. (1).

La verdadera adolescencia sin embargo, es el periodo de maduración física, psicológica y social. Es un periodo de transición entre la infancia a edad adulta en la que el cuerpo crece y se desarrolla y adquiere capacidad reproductiva, se adquiere mayor capacidad de pensamiento abstracto y convicciones éticas, las relaciones sociales pasan de la familia a un horizonte más amplio, en el que los amigos y otros adultos juegan un papel importante (9).

HISTORIA

La desvaloración generalizada de lo femenino así como la exaltación de la maternidad, han sido una constante poco modificada a través del tiempo y esas modificaciones han sido mediadas por las condiciones de clase.

En la época prehispánica la castidad en la mujer era importante, su sexualidad era reprimida y vigilada, su acceso al poder limitados y su contribución social principal era la maternidad. En la colonia, las indígenas, mestizas y negras se unían jóvenes y era poco frecuente el matrimonio. Las españolas y criollas se unían a mayor edad y generalmente se casaban. La máxima cualidad para la española era ser buena esposa y en ella se depositaba “la honra familiar” que se cuidaba mediante el control de su sexualidad, su meta era el matrimonio que era legal a partir de los 12 años. A pesar de los cambios que trajeron la

independencia y la reforma, el sentido social de ser mujer no cambió, siguió vinculada a la reproducción, la sexualidad reprimida y desigualdad de oportunidades.

En la Constitución de 1917, se reconoció como ciudadanos a los varones exclusivamente y solo hasta 1953 esto cambió. En 1974 se reconoce igualdad jurídica a mujeres y hombres e igualdad de derechos para decidir libre e informadamente el número y espaciamiento de los hijos, sin embargo en la actualidad sigue habiendo división en los roles de género y aún se prepara a los hijos para ser autosuficientes y a las hijas para ser dependientes y sumisas. Estar embarazada, no solo es querer tener o no un hijo, sino el cumplimiento de un rol social predeterminado, la búsqueda de la aprobación masculina y la reafirmación de un espacio afectivo, el seguimiento de un plan de vida y de sobrevivencia, la búsqueda de una identidad de género y la procuración de un prestigio social (18).

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es una época de cambios y de transformaciones, en la cual se consolida la identidad sexual, sin embargo, con bastante frecuencia es muy difícil que esto suceda en un entorno socio-familiar favorable para lograr la maduración de estos fenómenos.

La limitación de oportunidades educativas en nuestro medio, como en muchos otros países en desarrollo e incluso en países desarrollados como EUA, se considera como uno de los principales factores de riesgo para la iniciación de relaciones sexuales tempranas y sin protección anticonceptiva, que conducen frecuentemente al embarazo no planeado y no deseado en adolescentes (4).

Distamos mucho de tener una comprensión clara de este fenómeno, que se ha considerado como un problema desde muchos puntos de vista y que por mucho tiempo fue en

base a las complicaciones secundarias a inmadurez biológica, pero como resultado de múltiples investigaciones al respecto se ha comprobado que, exceptuando los embarazos en menores de 15 años de edad, los riesgos de la salud asociados a la maternidad, no son más grandes que los que enfrentan mujeres mayores. Una vez que se controlan factores como el estado nutricional y el cuidado prenatal, las variables relacionadas y consecuencias de la maternidad en las adolescentes varían según el contexto social psicológico y cultural (4,5).

Demográficamente, se ha observado que este fenómeno se concentra en los sectores más pobres de la sociedad en los que la fecundidad tiene a ser más elevada independientemente de la edad del primer embarazo. Se dice que se ha incrementado el número de embarazos en adolescentes, sin embargo proporcionalmente no parece ser más frecuente en México ahora que hace 50 o 20 años. El problema surge no de la mayor tasa de embarazos en adolescente, sino de el mayor número de adolescentes en el mundo y más aún en los países en desarrollo, aún cuando la frecuencia de embarazos proporcionalmente sea la misma y en ocasiones menor que en décadas anteriores. Para 1996 los adolescentes representaban el 21% de la población total de América Latina y El Caribe y los jóvenes el 30% o sea 140 millones y se prevee que para el año 2000 llegará a 166 millones. En EUA y Canadá, los jóvenes representan el 20 % de la población. (1,4,5).

Para generaciones anteriores a las nuestras, los embarazos de jóvenes entre los 15 y 20 años de edad, no eran considerados como algo indebido o indeseable, la mayoría de las adolescentes no asistía a la escuela –sobre todo en el área rural- y la maternidad era prácticamente la única función de la mujer y las uniones tempranas eran más comunes. Fue después de los años cuarenta en que empezó a cambiar la situación social para la mujer con más oportunidades de escolarización y desarrollo en el trabajo.(4).

En las áreas metropolitanas y urbanas de México el embarazo de las adolescentes constituye un problema más de orden económico, psicosocial y de educación que médico, pudiendo tratarse de un evento disfuncional del desarrollo de la adolescente. Pero en las áreas suburbanas y rurales, la falta de personal médico calificado, de unidades de atención médica y el bajo nivel económico representan un gran problema. Sin embargo, aún en la actualidad, cuando el embarazo se presenta en el área rural puede tratarse de un acontecimiento esperado, como una expresión de la fecundidad de una joven que cumple con una de sus funciones como mujer. (2, 13).

En algunos países de Europa, se identifica al embarazo y no tanto a la actividad sexual en la adolescencia como un problema social, por lo que se ofrecen anticonceptivos a las adolescentes sexualmente activas.

EPIDEMIOLOGIA

Aproximadamente 15 millones de mujeres de 15 a 19 años dan a luz cada año, lo que representa 10 % de todos los nacimientos del mundo. En la mayoría de los países entre 15 y 25 % de los nacimientos corresponden a madres adolescentes. Alrededor del 50 % de mujeres africanas, 40% de mujeres asiáticas y 30 % de mujeres latinoamericanas se casan antes de los 18 años de edad. En Centroamérica se encuentran las tasas más altas de fecundidad temprana del continente de 93 a 153 por cada 1000 adolescentes y en América Latina el 18% de los partos son en adolescentes. (1,9,28).

En 1998 había 6 000 millones de personas en el mundo, más del 50 % de la población mundial es menor de 25 años. Para el año 2000 habrá 1350 millones de personas jóvenes viviendo en países en desarrollo y 25 millones en países desarrollados. El incremento del

embarazo en adolescentes es consecuencia del incremento en números absolutos de adolescentes en el mundo. (9).

En México en 1996 se registraron más de 10 000 nacimientos de madres adolescentes menores de 15 años y casi 414 000 de madres extremadamente jóvenes. En números relativos y absolutos ha habido un gran crecimiento del grupo de adolescentes ya que de 1970 a 1992 el grupo de mujeres de 15 a 19 años pasó de poco más de 2 millones a más de 5 millones, por lo que aún a tasas menores de fecundidad, el número de hijos de adolescentes es muy grande y esto aunado a la disminución de la fecundidad de grupos de mujeres mayores, incrementa la proporción de hijos de mujeres jóvenes. Para 1995 la generación de jóvenes entre 15 y 24 años de edad ascendía a 19,542,613 y para 1998 a 20.1 millones, siendo en México como en el resto del mundo el número más elevado en la historia y su promedio de escolaridad en esta población es de 8.3 años, sin embargo persiste el rezago entre las áreas rurales, donde solo dos de cada cinco tienen estudios completos de secundaria. Las mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 18 años tuvieron un promedio de 4.8 hijos. En cambio las mujeres que tuvieron su primer hijo a partir de los 23 años tuvieron una fecundidad de 3.2 hijos. (2,4,20).

En nuestro país en 1996 ocurrieron más de 2 millones de nacimientos, correspondiendo el 8.3% a madres menores de 18 años y el 8.5% a madres de 18 y 19 años, en total 16.8%. Uno de cada seis nacimientos se estiman en mujeres menores de 20 años y la fecundidad temprana contribuye con el 14% de la tasa global de fecundidad.

En la década de los ochentas las mujeres de 15 a 19 años de edad eran sexualmente activas antes del matrimonio en un 45.7% y de ellas el 36% quedaba embarazada aproximadamente dos años después de la primera relación sexual. La edad promedio de inicio de relaciones sexuales en las mujeres era de 17 años y en los hombres de 16 y solo el 33.8 % utiliza algún método anticonceptivo, entre los más frecuentes el ritmo y el coito interrumpido,

lo cual difiere con un estudio realizado por Ponce de León entre estudiantes universitarios en Guanajuato, entre los cuales el uso de anticonceptivos es de 71 % probablemente debido al nivel educativo. En el 48% de las mujeres y 82% de los hombres el embarazo influyó en la decisión de unirse en pareja y en alrededor del 66% el embarazo no fue planeado. La edad promedio al primer embarazo en la ciudad de México es de 17.9 años de edad. (13).

En el municipio de Huauchinango se registraron en 1985 un total de 2815 nacimientos, de los cuales 442 fueron en menores de 20 años y en 1995 de un total de 2316 nacimientos, 423 fueron en menores de 20 años, lo que representa el 15.7 y 18.7 respectivamente. Las adolescentes y jóvenes durante 1995 contribuyeron en el municipio con el 49.4% de los nacimientos y en el estado de Puebla con el 48%. El analfabetismo en la población masculina municipal en el mismo año fue de 11.8% y en las mujeres, fue el doble, 22.6%. (11,12).

En Chile, la población adolescente se incrementó de 30 % a 48.8 % y la tasa específica de fecundidad entre 15 y 19 años no ha sufrido alteración apreciable, demostrando que la conducta reproductiva de los adolescentes en ese país no ha cambiado, debido a la falta de educación sexual y falta de acceso a programas de regulación de fecundidad, ya que en relación al grado de deseo de embarazo, estadísticamente se ha observado que en los menores de 20 años el deseo de haberse embarazado es solo de 28.6 % y las razones expresadas son, el ser solteras, conflictos familiares y problemas económicos. (4).

En Cuba casi el 14 % de los nacimientos se dan en madres adolescentes y en ellas también se registra la más alta incidencia de aborto. A pesar de que el 85 % de las mujeres de 15 a 39 años usan algún método anticonceptivo, aproximadamente el 60 % de todas las operaciones ginecológicas son consideradas interrupciones de embarazo y de estas la tercera parte corresponde a adolescentes. (1)

De 1968 a 1992 en Cuba se han realizado 2.9 millones de abortos inducidos, y en el mismo tiempo se registran 4.7 millones de nacidos vivos. Los riesgos más comunes de salud reproductiva son, el inicio cada vez más precoz de la promiscuidad, escasos conocimientos de los métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, maternidad precoz e incremento del aborto. (1).

En el medio este y norte de África donde los porcentajes de fertilidad total son más altos que el porcentaje de fertilidad total en el mundo, el promedio de edad del primer matrimonio se encuentra entre 17.9 y 24.3 años, pero el matrimonio en adolescentes en esos países es bastante común. (19).

En el Oriente Medio las mujeres adolescentes casadas no practican la planificación familiar, por ejemplo en Jordania, Oman, Yemen, Sudan y Kuwait, menos del 10 % de las mujeres jóvenes casadas usan anticonceptivos.

Durante 1985 a 1990, el embarazo en personas de 15 a 19 años en E.U.A. se incrementó 9 % sin embargo de 1991 a 1992 disminuyó sustancialmente y de 1992 a 1995 el porcentaje de nacimientos y abortos disminuyó de manera constante. Lo anterior debido posiblemente a conducta sexual más responsable, incluyendo la abstinencia y el uso adecuado de anticonceptivos, ya que el porcentaje de adolescentes sexualmente activos, fue similar en 1988 y 1995. (14).

Una de cada 15 adolescentes blancas entre 15-19 y una de cada 8 adolescentes negras se embarazaron en 1995, como resultado una de cada 9 negras y una de cada 18 blancas tuvieron un bebé en el estado de Mississipi. Un cambio significativo observado en ese mismo estado fue que en 1965 cerca del 70% de las embarazadas entre 15-19 años estaban casadas y para 1995 esto había descendido cerca de 20%..(23)

En ese país, cuatro de cada 10 chicas quedan embarazadas antes de los 20 años, lo que supone aproximadamente un millón de embarazos cada año y 500 000 nacimientos para este grupo de edad, de los cuales 10 000 nacimientos anuales son en chicas de 14 años o menores.

De los más de 4 millones de niños que nacen al año en EUA, 0.3 % es de madres menores de 15 años y 12.5 % de 15 a 19 años. El 25 % de todos los nacimientos corresponden a madres solteras y 67 % de las madres adolescentes son solteras. De las gestantes 42% escoge la maternidad, 40% el aborto, 3% la adopción y 13% terminan en pérdida fetal. Entre 37 países desarrollados, EUA tiene cifras más altas que Europa occidental y Canadá. (14,26).

FACTORES DE RIESGO

Las variables que se asocian al embarazo durante la adolescencia más estudiadas son : Las características familiares, las individuales, las de la pareja, las sociales y culturales.

Entre las condiciones riesgosas que pueden favorecer el embarazo o que se asocian con el se encuentran, el abandono de la escuela, la poca comunicación con la madre, la familia disfuncional, la menarca precoz, la baja autoestima, la carencia de proyectos de vida, madre o hermana con embarazo en la adolescencia, padre ausente, nivel socioeconómico bajo, ingreso precoz al trabajo formal, amigas que han iniciado vida sexual, pocos conocimientos sobre anticonceptivos. (4,5,6,9,11, 13,15,18).

La menarca ocasiona un doble efecto, por un lado, modifica la anatomía y vuelve fértiles a las mujeres y por otro las estimula a ser sexualmente activas. Hace 100 años (1886) la edad promedio de la menarca en el área urbana era de 16 años y en la rural de 17.5 años y actualmente es 13 y 14.5 años respectivamente, este descenso en la edad de la menarca es importante por que sugiere que los cambios en cuanto a la conducta sexual y la alta fertilidad

de los adolescentes en la segunda parte de este siglo no han sido únicamente debidos a factores sociales, sino que ha cambiado el substrato biológico que pueda interactuar con la psicología y el ambiente social de las adolescentes. La práctica sexual de los jóvenes es más común en los países desarrollados y aumenta con la edad, situación en la que influyen los medios masivos de comunicación y la publicidad, que presentan al sexo como algo incitante, atractivo y libre de peligros, lo cual compite con las ideas de los padres. (15,22).

La falta de una educación sólida con respecto a la vida sexual y reproductiva en la escuela, la familia y la comunidad es una de las razones que influyen en el inicio muy temprano y de manera desinformada de la vida sexual y como consecuencia el embarazo no planeado ni deseado. Los niveles de información distorsionada y de actitudes negativas hacia la anticoncepción son muy elevados en nuestro medio, las adolescentes que si usan anticonceptivos se caracterizan por tener expectativas educacionales más altas y actitudes más “feministas” acerca de la sexualidad ya que la responsabilidad anticonceptiva es de ambos elementos de la pareja. (12,22).

La adolescencia temprana es generalmente un periodo en el que el cuidado infantil ya no es necesario y los más apartados de la supervisión de un adulto y los más susceptibles son los grupos de adolescentes, quienes pueden experimentar sexualmente bajo estas condiciones con más frecuencia. (11).

Los hijos de padres divorciados o padre soltero, permanecen la mayoría de las veces bajo custodia de la madre, quien necesita hacer un esfuerzo para elevar su autoestima, para superar la desintegración familiar y reducir los problemas financieros, afectando la comunicación y propiciando conflicto familiar, lo que puede causar en los adolescentes mayor susceptibilidad para involucrarse en actividades sexuales y presentan baja autoestima y alto nivel de ansiedad. En un estudio de McCullough y Scherman observaron que 44% de las

familias de adolescentes embarazadas habían sufrido un divorcio. Los adolescentes con hogares encabezados por mujeres son más propensos a actividad sexual temprana.

El rechazo de los padres, que puede ir desde el desinterés hasta expresiones de hostilidad, se ha visto como un detector del problema conductual en los adolescentes, que los puede llevar a buscar apoyo, a la actividad sexual y al riesgo de embarazo el cual podría ser una de las formas que tiene la joven para satisfacer una serie de necesidades que no pueden ser cubiertas por un sistema familiar poco flexible en donde existe miedo al cambio como es el desarrollo de la autonomía y la separación, el logro y consolidación de la propia identidad y el establecimiento de relaciones significativas con personas fuera de la familia.

La falta de comunicación con la madre y la historia de familiares cercanos femeninos, son predictivos en la iniciación de relaciones sexuales, uso de anticonceptivos y embarazo. Las madres adolescentes tienen más probabilidades de tener hijas que a su vez inicien relaciones sexuales a edad temprana y que queden embarazadas siendo adolescentes. Parece ser que la estructura familiar no es determinante de embarazo en edades tempranas, sino condiciones más específicas tales como el ejemplo de una hermana o madre con embarazo premarital que sirven como modelo de conducta. (13, 15,20,21).

En las características de personalidad de las adolescentes solteras que se embarazan se han encontrado rasgos de pasividad, baja autoestima, dependencia, depresión, necesidad de cercanía y ternura, negación, impulsividad, sentimientos de impotencia, etc.(22).

En la mayor parte del mundo los embarazos en adolescentes son resultado directo de la condición inferior de la mujer, es poco probable que mujeres que tienen esperanza en su futuro, se refugien en la maternidad como única contribución a la sociedad. Las fuentes de estatus o prestigio, son relativamente escasas para la mujer en relación a los hombres del mismo grupo social. El acceso al estudio es diferencial por género, por zona y por condición

social y aún más para la mujer indígena. La desigualdad genérica presupone falta de autonomía femenina para tomar decisiones sobre su cuerpo y sexualidad y en nuestra sociedad es más aceptada una madre soltera, que una joven que planea sus relaciones sexuales y recurre a la anticoncepción. (17,18).

El estado psicosocial de las adolescentes es una determinante importante de su conducta al elegir la abstinencia o la actividad sexual y en la decisión de usar o no anticonceptivos para prevenir el embarazo. En EUA en la década pasada solo el 39% de mujeres adolescentes refieren haber usado anticonceptivos en su primera relación sexual antes de los 15 años y 54 % después de los 17 años de edad. (27).

En relación al deseo de embarazarse de la adolescente, es importante reflexionar sobre que bases, como y quien interviene en la construcción de las expectativas de vida de las mujeres adolescentes. Las circunstancias socioculturales relacionadas con el deseo o no de embarazarse, están asociadas con factores de género, etnicidad, raza, clase social, edad, etc.

El deseo de embarazarse no es igual en una adolescente de clase media, estudiante de preparatoria, que en una adolescente de una zona marginal que dejó inconclusa la secundaria por la necesidad económica de incorporarse al trabajo, que vive en hacinamiento, donde es difícil experimentar un sentimiento de individualidad e intimidad, donde es más fácil que se den enfrentamientos verbales o físicos o que los integrantes se retraigan y aislen en si mismos para evitarse dificultades. O en una adolescente rural, que en el mejor de los casos estudió la primaria y su plan de vida es casarse. (21).

El embarazo en adolescentes puede ser también un producto de abuso sexual. Boyer y Fine encontraron que de un grupo de 535 adolescentes embarazadas 44 % habían sido raptadas y como resultado de esto 11% de ellas quedaron embarazadas. La incidencia de experiencias sexuales involuntarias que ocurren en adolescentes y que pueden conducir al embarazo parece

ser mayor de lo que se creía. En un estudio de más de 2000 estudiantes de high school en Los Angeles se encontró que 20% tuvieron experiencias sexuales no deseadas, en otro estudio casi 36% reportaron historia de abuso sexual y más del 27% de los abusos ocurrieron entre las edades de 13 a 16 años. Alrededor de 3% de los embarazos en mujeres menores de 19 años son en menores de 15 años como consecuencias de sexo involuntario. La posibilidad de abuso sexual debe ser considerada de manera rutinaria en todas las pacientes adolescentes que han iniciado actividad sexual pre o postmenarca, embarazadas o no. En el estudio de Kevin y Harriet, el abuso sexual infantil quedó como un predictor significativo estadísticamente de menor edad al primer embarazo. (25,26).

CONSECUENCIAS

El embarazo en la adolescente puede repercutir tanto en la salud de la madre como en la del niño. La mortalidad materna del grupo de 15 a 19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la del grupo de 20 a 34 años. Es importante mencionar que muchas instituciones de salud del país, frecuentemente no aceptan este tipo de pacientes por perder su derechohabencia con motivo del embarazo. (2,20).

La mortalidad materna sigue siendo una de las principales causas de defunción en las mujeres adolescentes en los países en desarrollo, donde son comunes el aborto séptico y las complicaciones durante el parto. El riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo, que tiene una adolescente en América Latina, es 50 veces mayor que el de su homóloga en EUA. En la ciudad de México se encontró, que las adolescentes, las solteras, las nulíparas y de nivel escolar bajo, detectan con menor frecuencia la sintomatología anormal del embarazo, lo que conduce a no solicitar atención médica oportuna. (1).

En condiciones adecuadas de nutrición, salud, atención prenatal y en un ambiente socio familiar favorable, un embarazo entre los 16 y 19 años, no conlleva mayores riesgos de salud materna y neonatal que los que implica en mujeres de 20 a 25 años. Solo en edades muy tempranas, alrededor de los 14 años, constituye un riesgo en términos biológicos, pero su frecuencia a esta edad, es mucho menor que entre los 16 y 19 años. (4).

Los problemas de salud de los hijos de madres adolescentes se relacionan con bajo peso al nacer, nacimiento prematuro, valoraciones de Apgar bajas, disminución de la estimulación sensoriomotora. Las madres más jóvenes tienden a mostrar menor aceptación y comunicación con sus hijos, quienes tienen mayores factores de riesgo de mortalidad infantil, que los hijos de madres de 20 a 39 años y más aún cuando la madre es soltera, tiene otros hijos y vive en zona rural. (2,6).

En Colombia, se ha podido observar que las posibilidades de tener un hijo de bajo peso al nacer son de más del doble en madres adolescentes que en madres de 25 a 34 años y las madres que viven en áreas rurales tienen más del 300% de posibilidades de presentar este problema que las de zonas urbanas. Las futuras madres adolescentes, en comparación con embarazadas adultas no usan los servicios de salud. (6).

Cuando, como consecuencia del embarazo, la adolescente interrumpe su escolarización, y limita las posibilidades de obtener un empleo mejor remunerado, reduciendo el acceso a los recursos para el desarrollo adecuado de los hijos, el embarazo se puede considerar un mecanismo que contribuye a la transmisión de la pobreza pero no como una causa determinante.

Las condiciones socioculturales son de las causas principales del embarazo en adolescentes, por ejemplo, en la población rural estos embarazos son parte de su forma de vida, mientras que en el sector urbano, los embarazos en adolescentes se toman como una

salida a problemas familiares de violencia y abuso y en México la mayor parte de estas adolescentes abandonan la escuela antes de haberse embarazado. Tanto las adolescentes como sus padres se encuentran en desventaja educativa, lo cual puede explicarse como transmisión de valores y normas en relación al nivel educativo. (4,20).

La adolescente madre soltera sufre grandes dificultades económicas y sociales, tiene que cuidar a su hijo sola, en pobres condiciones económicas y siendo ella misma insuficientemente madura tiene que proveer apoyo psicológico y material a su hijo, que además carece de padre (9).

La depresión con frecuencia se presenta en las adolescentes que se sienten culpables de la problemática familiar, en quienes conviven más aglomeradamente y tienen una pobre autoimagen.

En relación al embarazo repetido, el 20 % de las adolescentes conciben nuevamente un año después y 50 % vuelven a ser madres 32 meses después. Las consecuencias del embarazo adolescente repetido son; mayor promedio de deserción escolar, elevado índice de desempleo y empeoramiento de las condiciones económicas. Están en mayor riesgo de volver a embarazarse las mujeres casadas y de bajo nivel educativo.

En el caso de la pareja adolescente, la pronta llegada de un hijo les hace más difícil el conocerse, su relación puede constituirse únicamente en función del niño y no tanto en función del afecto o intereses mutuos. En muchas ocasiones no pueden establecer un hogar independiente debido a limitantes de tipo económico y los familiares se entrometen en sus relaciones creando división entre ellos y propiciando un inadecuada relación de pareja. (21).

PREVENCIÓN

El problema es multifactorial y la solución tiene que involucrar muchos niveles: familia, escuela, religión, organizaciones comunitarias, gobierno y el área médica. Deberá involucrar cambios en los valores sociales respecto a la actividad sexual y dar prioridad a los problemas de los adolescentes.

Los tres niveles de intervención que son necesarios son: En primer lugar está la necesidad de posponer el inicio de la experiencia sexual hasta que la madurez psicosocial guíe a conductas preventivas. La familia y la comunidad son la clave en este nivel, el cuidado primario es el inicio de orientación en la primera década de la vida. El segundo nivel incluye la orientación acerca de los métodos anticonceptivos apropiados y la protección contra ETS por parte de los médicos. El tercer nivel involucra el mejoramiento del acceso a los métodos y la salud reproductiva y la capacitación del personal que provee este servicio. (24).

La Organización Mundial de la Salud, con base en la iniciativa escolar mundial, mostró resultados favorables para la salud con mayor grado de escolaridad. Se estima que por cada año regular de estudios que agregue la mujer, se reducirá la tasa de fecundidad entre 5 % y 10% y que un aumento del 10 % del alfabetismo de la mujer disminuirá en 10 % la tasa de mortalidad infantil. En 1993 el Banco Mundial señaló la importancia de la educación de las niñas como una de las intervenciones en salud pública más eficaces en relación al costo beneficio (1).

El embarazo en adolescentes se concentra en los sectores más pobres de la población, la extensión de la escolarización y la apertura de opciones distintas a la maternidad, solo se producirá en la medida en que se modifiquen las estructuras sociales y culturales que motiven a las jóvenes para postergar la maternidad. Las mujeres con mayor escolaridad tienden a ser

más sanas, evitan embarazos frecuentes y utilizan los servicios de salud durante el embarazo y el parto (4).

La educación juega un importante rol en la decisión de la mujer para usar anticonceptivos, la edad a la que se casa y el tamaño de su familia. Quienes tienen oportunidad de seguir estudiando durante la gestación, muestran una actitud más positiva ante su futuro, poseen mayor autoestima y mejor rendimiento escolar. (9).

La apertura de los padres y educadores hacia la información sexual es diferencial por género, más represiva, moralizante y culpabilizadora con las mujeres. Para poder hablar de que la mujer pueda tener control sobre sus embarazos y actuar en función a su deseo o no de embarazarse, se requiere que tenga acceso adecuado, oportuno y de calidad a la información y a los servicios de salud reproductiva. (17).

Durante la adolescencia los diversos integrantes de la familia, se van enfrentando a cambios evolutivos, si el sistema familiar es flexible y tiene la capacidad para cambiar, la familia podrá ser un medio favorable para que todos sus miembros satisfagan en forma apropiada sus necesidades, de manera que el fenómeno del embarazo en adolescentes sea un problema menos frecuente cada vez.

Los objetivos nacionales de salud en EUA para el año 2000 incluyen reducir las cifras de embarazo en adolescentes menores de 17 años a menos de 50 por cada 1000. (27).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia y principales características biológicas y socioculturales del embarazo en adolescentes en el municipio de Huauchinango Puebla?

Por ser la adolescencia una época de transformaciones para lograr la maduración física y psicológica, requiere de un entorno sociofamiliar favorable que con frecuencia es difícil de encontrar. El embarazo en la adolescencia es consecuencia de múltiples factores, entre los cuales, las características psicológicas individuales, familiares, educativas, económicas y sociales son de las más importantes y algunas de estas forman parte del área de influencia del médico familiar.

JUSTIFICACION

La frecuencia de embarazos en adolescentes en México ha disminuido a casi la mitad en los últimos 20 años, pero aún es un problema de consideración y el daño que este fenómeno ocasiona a la adolescente, su hijo, su familia y a la sociedad, motiva la necesidad de conocerlo más profundamente en el medio en que trabajamos ya que este fenómeno se concentra en los sectores más pobres de la sociedad. El municipio de Huauchinango, se encuentra ubicado en la sierra norte del estado de Puebla, la cual está identificada como zona de gran marginación social a nivel nacional. El porcentaje de analfabetismo en el municipio es de 17.6 %, superior al del estado que es de 16.9%. Su población rural comprende el 42% del total en el municipio, de sus 56 localidades, 36 son de menos de 500 habitantes, 9 de menos de 1000, 9 de menos de 3000 y solo una de cerca de 50 000 habitantes. En 1985 se registraron en el municipio 442 nacimientos en menores de 19 años, y 423 en 1995, lo que representa el 15.7% y 18.3%

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia y principales características biológicas y socioculturales del embarazo en adolescentes en el municipio de Huauchinango Puebla?

Por ser la adolescencia una época de transformaciones para lograr la maduración física y psicológica, requiere de un entorno sociofamiliar favorable que con frecuencia es difícil de encontrar. El embarazo en la adolescencia es consecuencia de múltiples factores, entre los cuales, las características psicológicas individuales, familiares, educativas, económicas y sociales son de las más importantes y algunas de estas forman parte del área de influencia del médico familiar.

JUSTIFICACION

La frecuencia de embarazos en adolescentes en México ha disminuido a casi la mitad en los últimos 20 años, pero aún es un problema de consideración y el daño que este fenómeno ocasiona a la adolescente, su hijo, su familia y a la sociedad, motiva la necesidad de conocerlo más profundamente en el medio en que trabajamos ya que este fenómeno se concentra en los sectores más pobres de la sociedad. El municipio de Huauchinango, se encuentra ubicado en la sierra norte del estado de Puebla, la cual está identificada como zona de gran marginación social a nivel nacional. El porcentaje de analfabetismo en el municipio es de 17.6 %, superior al del estado que es de 16.9%. Su población rural comprende el 42% del total en el municipio, de sus 56 localidades, 36 son de menos de 500 habitantes, 9 de menos de 1000, 9 de menos de 3000 y solo una de cerca de 50 000 habitantes. En 1985 se registraron en el municipio 442 nacimientos en menores de 19 años, y 423 en 1995, lo que representa el 15.7% y 18.3%

respectivamente. Aún cuando se observa una disminución en el número de nacimientos en este grupo de edad, hubo un incremento del 2.6% con relación al total de nacimientos (2815 y 2316 respectivamente). En México una de cada 6 nacimientos se estiman en mujeres de menos de 20 años y la fecundidad temprana contribuye con el 14% a la tasa de fecundidad global, lo que muestra que en este municipio es mayor que el promedio nacional. (20).

Se ha observado que las mujeres menores de 20 años con condiciones socioeconómicas desfavorables, experimentan más frecuentemente las repercusiones negativas de un embarazo temprano y que el peso relativo de la fecundidad adolescente en la cifra total es más elevado en los grupos de menor escolaridad y en las áreas rurales.

Ha sido demostrado que los factores de riesgo más importantes son los socioculturales: el nivel educativo, la disfunción familiar y las condiciones de género en el medio social entre otros. La iniciativa escolar mundial de la ONU mostró que la extensión de la escolarización favorece la salud reproductiva. De igual forma, el acceso adecuado, oportuno y de calidad a la educación sexual logrará que la mujer sea capaz de tener el control de su vida sexual y actuar en función de su deseo o no de embarazarse. Las acciones encaminadas a favorecer estas condiciones requieren de participación multidisciplinaria, en la que la colaboración del médico familiar es de suma importancia como personal integrador en la atención familiar y principalmente con la aplicación de programas encaminados hacia la prevención.

Es necesario que se lleven a cabo estudios que describan de manera detallada el fenómeno del embarazo en la adolescencia en zonas como Huauchinango, ya que se carece de información básica necesaria para planificar y establecer estrategias que coadyuven a la disminución de este fenómeno.

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la frecuencia y principales características biológicas y socioculturales del embarazo en adolescentes en el municipio de Huauchinango Puebla durante el año de 1998.

ESPECIFICOS:

- 1.- Identificar la edad de mayor frecuencia de embarazo en adolescentes.
- 2.- Determinar la relación que existe entre el ambiente social, el nivel de escolaridad y la ocupación con la frecuencia del embarazo en adolescentes.
- 3.- Identificar las instituciones de salud que atienden a las adolescentes embarazadas.
- 4.- Identificar los antecedentes ginecoobstétricos de las adolescentes embarazadas.
- 5.- Identificar el tipo de evento obstétrico y complicaciones más frecuentes.
- 6.- Cuantificar el peso de los productos de madres adolescentes.
- 7.- Cuantificar el embarazo repetido en adolescentes y la aplicación de medidas preventivas específicas.

HIPOTESIS

El presente trabajo no amerita hipótesis por tratarse de un estudio observacional descriptivo.

METODOLOGIA

El método de obtención de datos es indirecto, por sistemas de registro. Las fuentes de información primarias son los formatos de registro de información de labores diarias del médico y los informes mensuales de salud materno infantil. Las fuentes secundarias los expedientes clínicos.

DISEÑO: Es un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la frecuencia y principales características biológicas y socioculturales del embarazo en adolescentes en el municipio de Huauchinango Puebla durante el año de 1998.

ESPECIFICOS:

- 1.- Identificar la edad de mayor frecuencia de embarazo en adolescentes.
- 2.- Determinar la relación que existe entre el ambiente social, el nivel de escolaridad y la ocupación con la frecuencia del embarazo en adolescentes.
- 3.- Identificar las instituciones de salud que atienden a las adolescentes embarazadas.
- 4.- Identificar los antecedentes ginecoobstétricos de las adolescentes embarazadas.
- 5.- Identificar el tipo de evento obstétrico y complicaciones más frecuentes.
- 6.- Cuantificar el peso de los productos de madres adolescentes.
- 7.- Cuantificar el embarazo repetido en adolescentes y la aplicación de medidas preventivas específicas.

HIPOTESIS

El presente trabajo no amerita hipótesis por tratarse de un estudio observacional descriptivo.

METODOLOGIA

El método de obtención de datos es indirecto, por sistemas de registro. Las fuentes de información primarias son los formatos de registro de información de labores diarias del médico y los informes mensuales de salud materno infantil. Las fuentes secundarias los expedientes clínicos.

DISEÑO: Es un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la frecuencia y principales características biológicas y socioculturales del embarazo en adolescentes en el municipio de Huauchinango Puebla durante el año de 1998.

ESPECIFICOS:

- 1.- Identificar la edad de mayor frecuencia de embarazo en adolescentes.
- 2.- Determinar la relación que existe entre el ambiente social, el nivel de escolaridad y la ocupación con la frecuencia del embarazo en adolescentes.
- 3.- Identificar las instituciones de salud que atienden a las adolescentes embarazadas.
- 4.- Identificar los antecedentes ginecoobstétricos de las adolescentes embarazadas.
- 5.- Identificar el tipo de evento obstétrico y complicaciones más frecuentes.
- 6.- Cuantificar el peso de los productos de madres adolescentes.
- 7.- Cuantificar el embarazo repetido en adolescentes y la aplicación de medidas preventivas específicas.

HIPOTESIS

El presente trabajo no amerita hipótesis por tratarse de un estudio observacional descriptivo.

METODOLOGIA

El método de obtención de datos es indirecto, por sistemas de registro. Las fuentes de información primarias son los formatos de registro de información de labores diarias del médico y los informes mensuales de salud materno infantil. Las fuentes secundarias los expedientes clínicos.

DISEÑO: Es un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

POBLACION: Todas las adolescentes atendidas por evento obstétrico en las unidades médicas (SS, IMSS, ISSSTE, IMSS Solidaridad, PEMEX Y Clínicas particulares).

LUGAR: Municipio de Huauchinango Puebla.

TIEMPO: Del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 1998.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA: La muestra es de tipo no aleatorio, por cuotas, hasta un total de 346 casos

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION:

- 1.- Todas las adolescentes de 12 a 19 y jóvenes de 20 años de edad registradas por atención de evento obstétrico en todas las unidades de salud del municipio de Huauchinango, Puebla, oficiales y privadas durante el año de 1998.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- 1.- Mujeres registradas por atención no obstétrica.
- 2.- Mujeres mayores de 20 años de edad por atención obstétrica.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- 1.- Carencia de expediente clínico u otros documentos que sirvan de fuente de información.

POBLACION: Todas las adolescentes atendidas por evento obstétrico en las unidades médicas (SS, IMSS, ISSSTE, IMSS Solidaridad, PEMEX Y Clínicas particulares).

LUGAR: Municipio de Huauchinango Puebla.

TIEMPO: Del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 1998.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA: La muestra es de tipo no aleatorio, por cuotas, hasta un total de 346 casos

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION:

- 1.- Todas las adolescentes de 12 a 19 y jóvenes de 20 años de edad registradas por atención de evento obstétrico en todas las unidades de salud del municipio de Huauchinango, Puebla, oficiales y privadas durante el año de 1998.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- 1.- Mujeres registradas por atención no obstétrica.
- 2.- Mujeres mayores de 20 años de edad por atención obstétrica.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- 1.- Carencia de expediente clínico u otros documentos que sirvan de fuente de información.

VARIABLES

Variable	Nivel de medición	
Edad	cuantitativa	continua
Residencia	cualitativa	nominal
Institución	cualitativa	nominal
Menarca (edad)	cuantitativa	continua
IVSA (edad)	cuantitativa	continua
Gestas (N°)	cuantitativa	discreta
Tipo de evento obstetrico	cualitativa	nominal
Edad gestacional	cuantitativa	continua
Complicaciones	cualitativa	nominal
Producto vivo o muerto	cualitativa	nominal
Peso al nacer	cuantitativa	continua
Nivel de escolaridad	cualitativa	ordinal
Ocupación	cualitativa	nominal
Estado Civil	cualitativa	nominal
Método de Planificación Fam	cualitativa	nominal

PROCEDIMIENTO DE CAPTURA DE INFORMACION

Se incluyeron en el estudio todas las unidades médicas del municipio de Huauchinango Hospital General de segundo nivel del la Secretaría de Salud y sus UMR, la clínica de medicina Familiar del IMSS, las UMR del IMSS Solidaridad, clínica de Medicina Familiar del ISSSTE, clínica del ISSSTEP, hospital de PEMEX y Clínicas privadas (C. San José, C. Sta. Fé, C. Monte Sinaí). Las fuentes primarias de información fueron las hojas de registro diario de actividades de los médicos y las hojas de egreso hospitalario, con lo que identificaron las pacientes y sus cédulas de registro, que sirvieron para la localización de los expedientes clínicos. Así mismo se revisaron los concentrados de información sobre salud materno infantil de las unidades, las pirámides de población bajo su responsabilidad y los registros de INEGI relacionados con el estudio.

El registro de atención obstétrica a pacientes de 13 a 19 y 20 años de edad fue de 200 en el hospital de la SS; 41 en la UMR de la SS de Tenango; 37 en el IMSS; 10 en el ISSSTE; 4 en el H. de PEMEX; 28 en las clínicas privadas; 7 en el ISSSTEP; 30 en las UMR de IMSS Solidaridad. De un total de 419 casos registrados, fueron localizados 312 (74.5%) expedientes clínicos, 209 con la información completa en relación a las variables del estudio y 103 expedientes con información incompleta, pero confirmatorios de atención por evento obstétrico, 96 (23 %) no localizados, 34 de los cuales contaban con la hoja de egreso hospitalario confirmatoria de atención por evento obstétrico y con algunas de las variables consideradas en el estudio, 62 casos únicamente registrados en las hojas de labores diarias de los médicos por lo que se tomaron en cuenta para la valoración de la incidencia únicamente. 11 expedientes (2.6%) fueron excluidos por edad.

Se elaboró una hoja de recolección de datos con listado nominal de las pacientes, que incluye a mujeres de 20 años de edad en el momento del evento obstétrico, considerando que un gran número de ellas iniciaron VSA siendo adolescentes y se embarazaron a los 19 años y son incluidas en el concentrado de información del hospital de la S.S. La captura, depuración y procesamiento de los datos se realizó en micro computadora IBM con los programas Excel y Microsoft Word. Para el análisis de cada variable se estudió el total de los casos que contaban con la información correspondiente.

CONSIDERACIONES ETICAS

Esta investigación está sujeta a lo señalado en el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, títulos noveno y décimo; a la declaración de Helsinki y a su modificación de Tokio.

El Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, en su título noveno se refiere a la realización y promoción investigación científica, que contribuya al conocimiento de los seres humanos, técnicas y métodos para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación. Esta debe ajustarse a principios científicos y éticos que la justifiquen. El título décimo se refiere a la disposición de órganos, tejido y cadáveres de seres humanos.

La declaración de Helsinki, aceptada por la asociación médica mundial en 1964, señala al médico el principio que dice: “La salud de mi paciente será mi primera consideración”, y el Código Internacional de Etica Médica declara que: “cualquier acto o consejo que pueda debilitar la resistencia física o moral de un ser humano, puede utilizarse solo en su beneficio”. La asociación médica mundial preparó recomendaciones como guía para los médicos en la investigación científica, basada en principios científicos y morales que la justifican.

La modificación de Tokio a la declaración de Helsinki fue revisada por la XXIX Asamblea Mundial en 1975.

RESULTADOS

La población del municipio de Huauchinango es de 84,678 habitantes, de los cuales el 50.8% son mujeres y 49.2 % hombres. En el área urbana se encuentra el 58 % y en el área rural el 42 %. La distribución de los casos de embarazo en adolescentes en el área rural es de 45 % y en la urbana el 55 %. El 26.4 % del total son mujeres en edad fértil y de estas el 32 % son adolescentes de 12 a 19 años.

En 1985 se registraron 2815 nacimientos de los cuales 442 (15.7 %) fueron en madres adolescentes, en 1990, fueron 2565 nacimientos, siendo 517 (20.5%) en adolescentes; para 1995 se registraron 2316 nacimientos y 423 fueron en adolescentes (18.26%). En 1998 fueron 2058 nacimientos en total, y con base en los datos de este estudio, ya que no se cuenta con el datos de nacimientos registrados, 268 fueron en adolescentes. Los embarazos en adolescentes captados en este trabajo fueron 346 en total (Gráfica 1).

La atención médica fue proporcionada en el 70 % (237) de los casos por unidades de la Secretaría de Salud, que es responsable del 63.8% de la atención a la población en el municipio; por IMSS Solidaridad el 8.8%; IMSS régimen ordinario 7.9%; el ISSSTE atendió al 2.6%; ISSSTEP al 2% y PEMEX al 1.2% de los casos. El 8.2 % en unidades médicas privadas. (Gráfica 2).

La edad promedio entre las adolescentes embarazadas fue de 17.7 años y de 18 años incluyendo a las de 20 años. El 6.36 % (22) fueron menores de 15 años; el 70% (245) de 16 a 19 años de edad y el 22.8% (79) de 20 años en el momento del evento obstétrico. La edad de la menarca en promedio fue a los 13 años de edad y el promedio de edad de inicio de vida sexual fue a los 15.5 años, cerca del 30% con IVSA antes de los 15 años de edad. Cuatro

pacientes (1.2%) informaron haber sido violadas. El 25.7 % de las pacientes presentaron embarazo repetido. (Gráfica 1, 3, 4).

Las primigestas representan el 74.3 % (211), las secundigestas el 22.5 % (64) y las trigestas y multigestas el 3.45 % (9). La resolución del embarazo fue por parto en el 61 % (202) de los casos, por cesárea en el 20 % (66), el 12.1 % (40) terminó en aborto y el 6.9 % (23) de ellas ingresaron al hospital por complicaciones del embarazo. (Graf. 5, 6 y 7).

De 331 pacientes con registro de la información correspondiente, el 12.1% presentaron aborto; 12.1% parto prematuro; 57.4% no presentaron complicaciones y 18.4% tuvieron otra complicación. Las complicaciones más frecuentes fueron distocias en el 11.2% de los casos, además de sufrimiento fetal agudo, ruptura prematura de membranas, preeclampsia-eclampsia e infecciones. En 30 (9.1%) pacientes se presentaron dos o más complicaciones. La preeclampsia-eclampsia se diagnosticó en el 3.1% de los casos. (Graf. 8).

Las edades en que se observó mayor frecuencia de complicaciones fue a los 16 años en 52.4% de las pacientes de esa edad; a los 15 años con 46.6% y en las pacientes de 20 años con el 41.7%. (Graf. 9).

Las causas de cesárea más frecuentes, son las distocias con el 69.7%; Sufrimiento fetal agudo preeclampsia-eclampsia 12.1% (Graf. 10).

La edad gestacional de los productos fue de 21 a 31 SDG en el 2.2%; de 32 a 37 SDG en el 12.4% y de 38 a 42 SDG en el 70.8% de los casos. Los productos de término pesaron menos de 2500 g en el 4.7% de los casos; de 2500 g a 3500 g en el 83 % y más de 3500 g en el 7% (Gráfica 11).

En relación al nivel de escolaridad se encontró, que el 6.2 % tienen escolaridad nula; 11.6 % tienen primaria incompleta; 38.4 % primaria completa; 31.4 % con algún grado de secundaria; 9.1% con algún grado de bachillerato y 2.1 con carrera técnica. El 86.6 % del

grupo en estudio se ocupan en labores del hogar, 6.3 % son estudiantes, 4.1 % trabajan en el campo y 2.9 % son empleadas. El 56% de las pacientes son casadas, 31.8 % viven en unión libre y 11.6% son solteras. (Graf. 13 y 14).

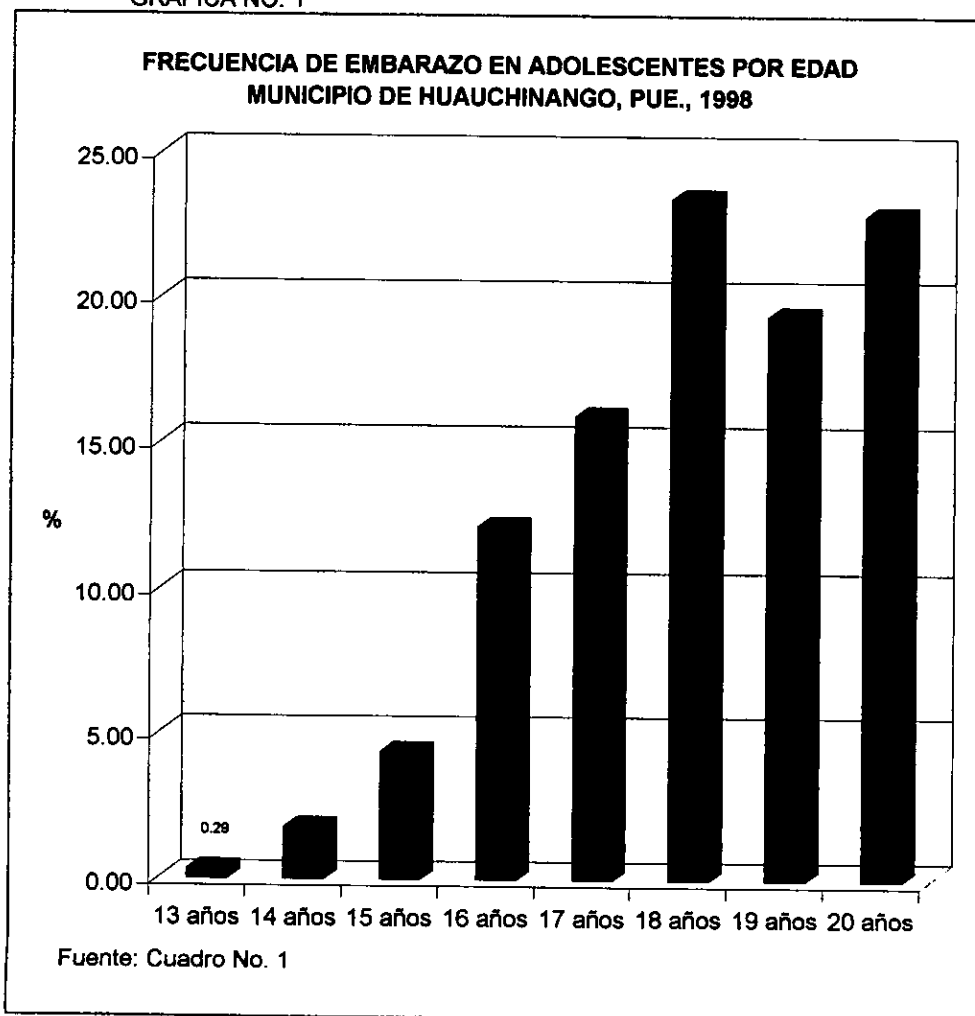
Al 72 % de las pacientes le fue aplicado DIU postparto, el 5.4 % inició su control con hormonales y el 22.6 % no aceptó método anticonceptivo. (Graf. 15).

CUADRO NO. 1

FRECUENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES POR EDAD MUNICIPIO DE HUAUCHINANGO PUE., 1998		
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13 años	1	0.29
14 años	6	1.73
15 años	15	4.34
16 años	42	12.14
17 años	55	15.90
18 años	81	23.41
19 años	67	19.36
20 años	79	22.83
TOTAL	346	100.00

Fuente: Egresos hospitalarios, hojas de labores diarias del médico de las unidades médicas.

GRÁFICA NO. 1



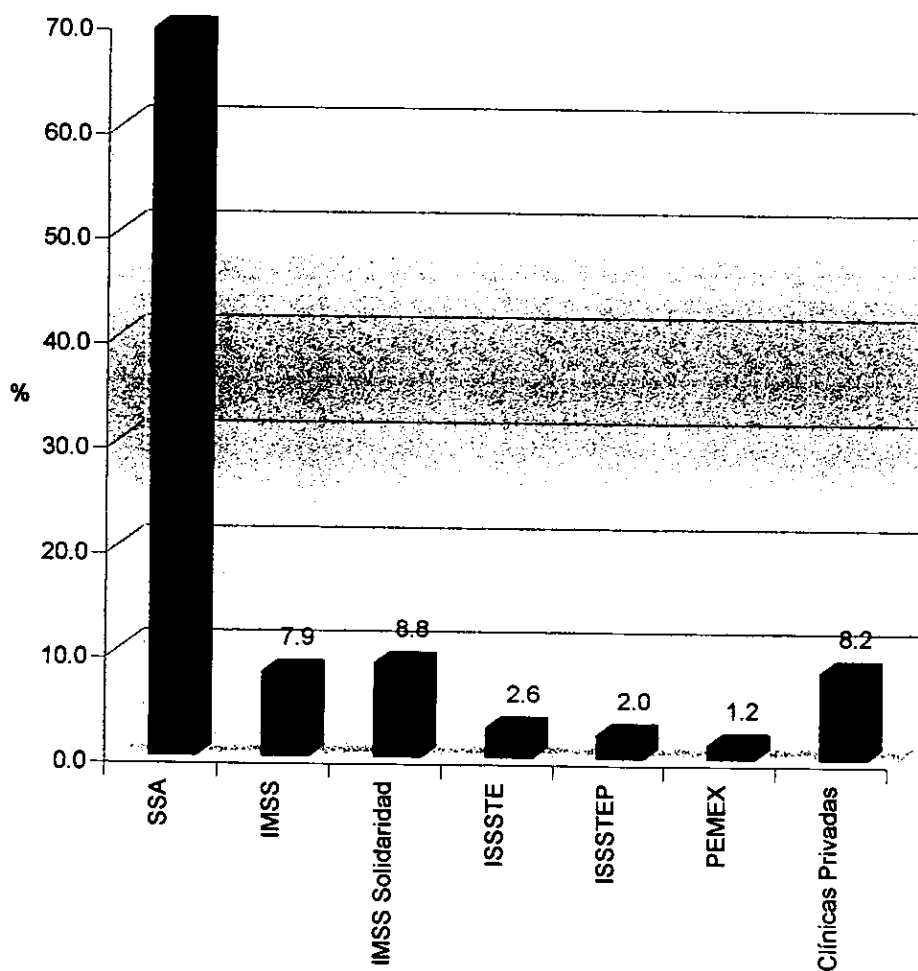
CUADRO NO. 2

ATENCIÓN DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS POR INSTITUCIÓN MUNICIPIO DE HUAUCHINANGO, PUE., 1998		
INSTITUCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SSA	237	69.3
IMSS	27	7.9
IMSS Solidaridad	30	8.8
ISSSTE	9	2.6
ISSSTEP	7	2.0
PEMEX	4	1.2
Clínicas Privadas	28	8.2
TOTAL	342	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

GRÁFICA NO. 2

ATENCIÓN DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS POR INSTITUCIÓN
MUNICIPIO DE HUAUCHINANGO, PUE., 1998



Fuente: Cuadro No. 2

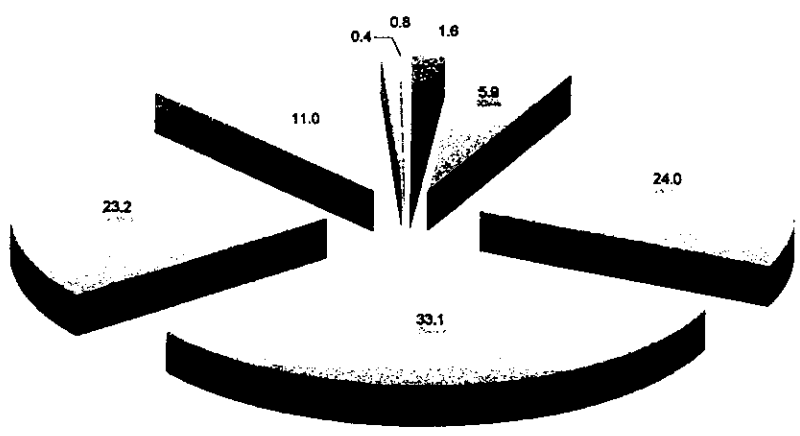
CUADRO NO. 3

EDAD DE LA MENARCA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS MUNICIPIO DE HUAUCHINANGO PUE. 1998		
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10 años	4	1.6
11 años	15	5.9
12 años	61	24.0
13 años	84	33.1
14 años	59	23.2
15 años	28	11.0
16 años	2	0.8
17 años	1	0.4
total	254	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

GRÁFICA NO. 3

EDAD DE LA MENARCA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS
MUNICIPIO DE HUAUCHINANGO PUE. 1998



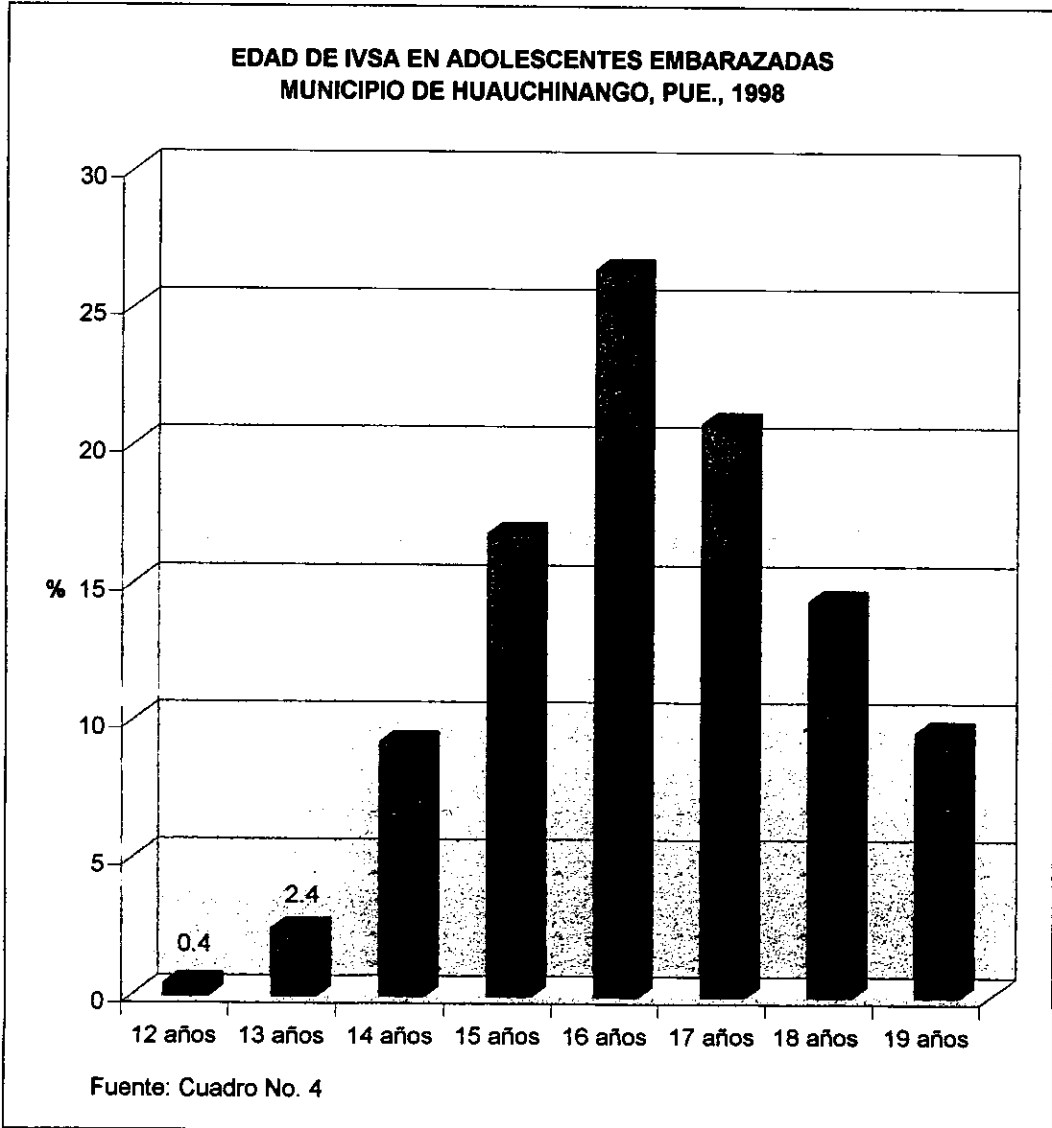
Fuente: Expedientes clínicos.

CUADRO NO. 4

EDAD DE IVSA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS MUNICIPIO DE HUAUCHINANGO PUE. 1998		
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
12 años	1	0.4
13 años	6	2.4
14 años	23	9.2
15 años	42	16.8
16 años	66	26.4
17 años	52	20.8
18 años	36	14.4
19 años	24	9.6
TOTAL	250	100

Fuente: Expedientes clínicos.

GRÁFICA NO. 4



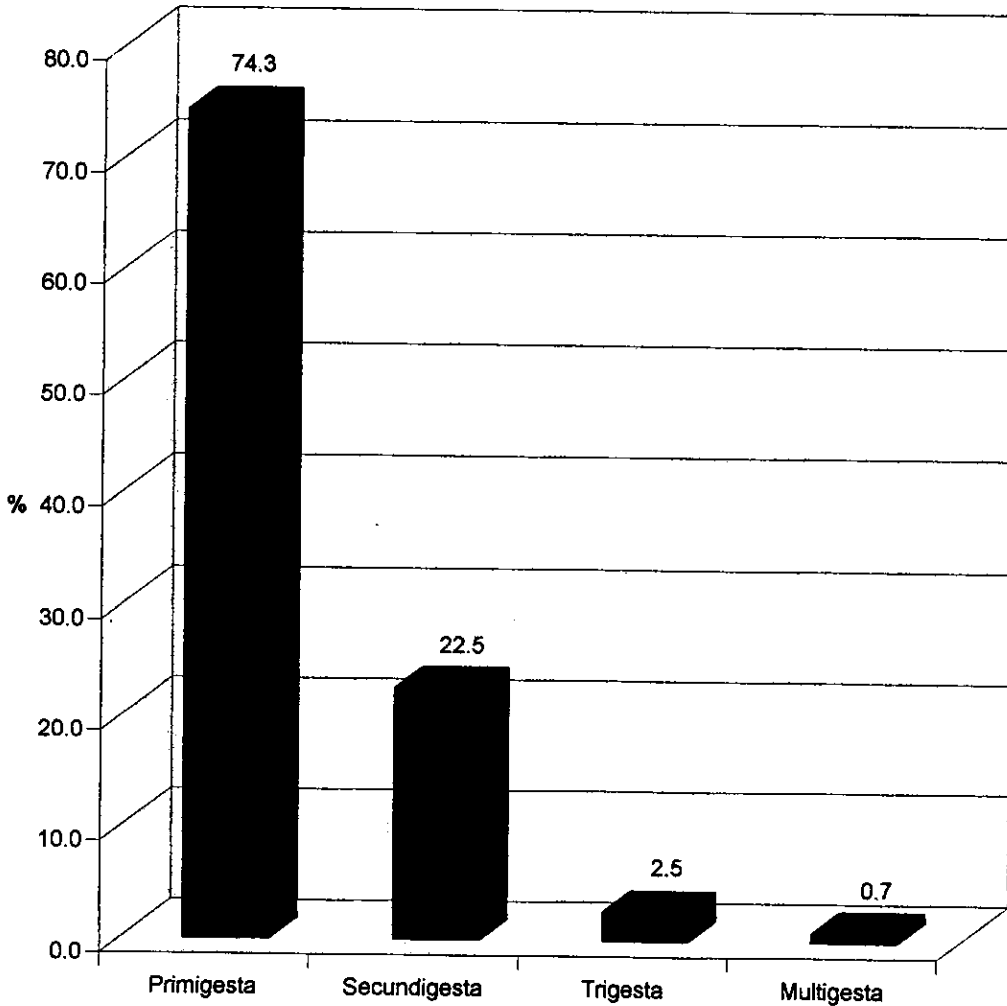
CUADRO NO. 5

NÚMERO DE GESTAS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS MUNICIPIO DE HUAUUCHINANGO PUE. 1998			
No. GESTAS	FRECUENCIA		PORCENTAJE
Primigesta	211		74.3
Secundigesta	64		22.5
Trigesta	7		2.5
Multigesta	2		0.7
TOTAL	284		100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

GRÁFICA NO. 5

NÚMERO DE GESTAS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS
MUNICIPIO DE HUAUUCHINANGO, PUE., 1998



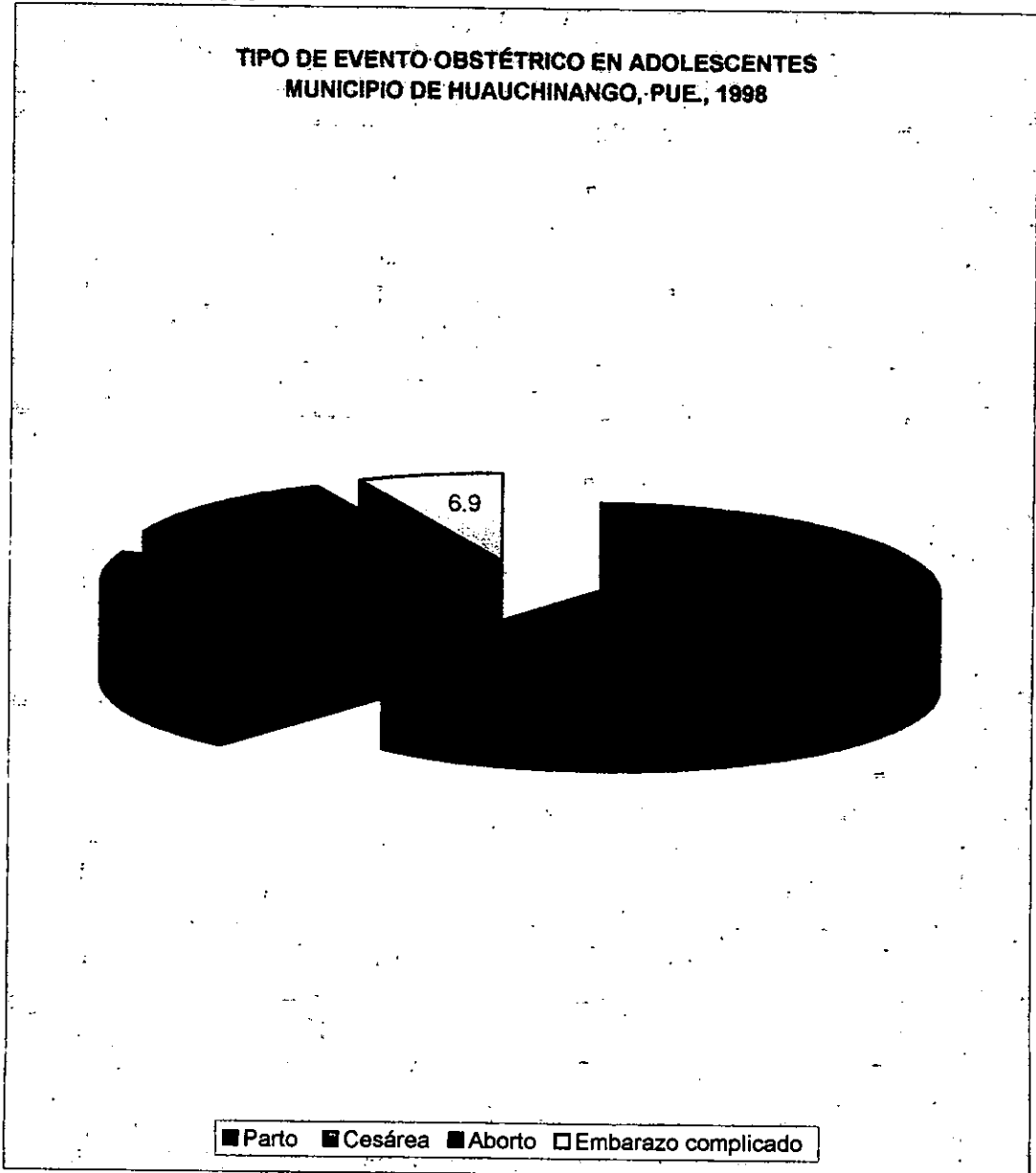
Fuente: Cuadro No. 5

CUADRO NO. 6

TIPO DE EVENTO OBSTÉTRICO EN ADOLESCENTES MUNICIPIO DE HUAUCHINANGO, PUE., 1998		
EVENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Parto	202	61.0
Cesárea	66	19.9
Aborto	40	12.1
Embarazo complicado	23	6.9
TOTAL	331	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

GRÁFICA NO. 6



Fuente: Cuadro No. 6

CUADRO NO. 7

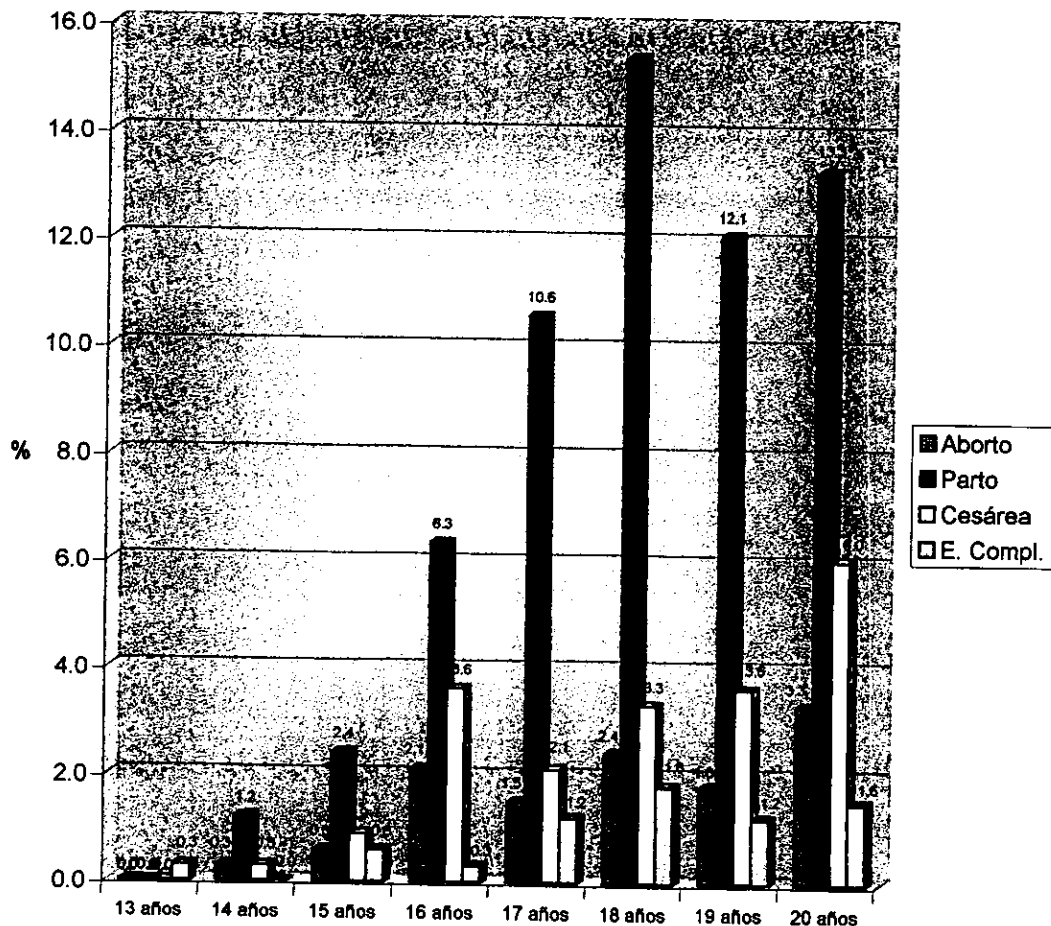
**TIPO DE EVENTO OBSTÉTRICO POR EDAD EN ADOLESCENTES
DEL MUNICIPIO DE HUAUCHINANGO, PUE., 1998**

EDAD	ABORTO	%	PARTO	%	CESÁREA	%	EMB. COMPL.	%	TOTAL	%
13 años	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.3	1	0.3
14 años	1	0.3	4	1.2	1	0.3	0	0.0	6	1.8
15 años	2	0.6	8	2.4	3	0.9	2	0.6	15	4.5
16 años	7	2.1	21	6.3	12	3.6	1	0.3	41	12.4
17 años	5	1.5	35	10.6	7	2.1	4	1.2	51	15.4
18 años	8	2.4	51	15.4	11	3.3	6	1.8	76	23.0
19 años	6	1.8	40	12.1	12	3.6	4	1.2	62	18.7
20 años	11	3.3	44	13.3	20	6.0	5	1.5	79	23.9
TOTAL	40	12.1	202	61.0	66	19.9	23	6.9	331	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

GRÁFICA NO. 7

**TIPO DE EVENTO OBSTÉTRICO POR EDAD EN ADOLESCENTES DEL
MUNICIPIO DE HUAUCHINANGO, PUE., 1998**



Fuente: Cuadro No. 7

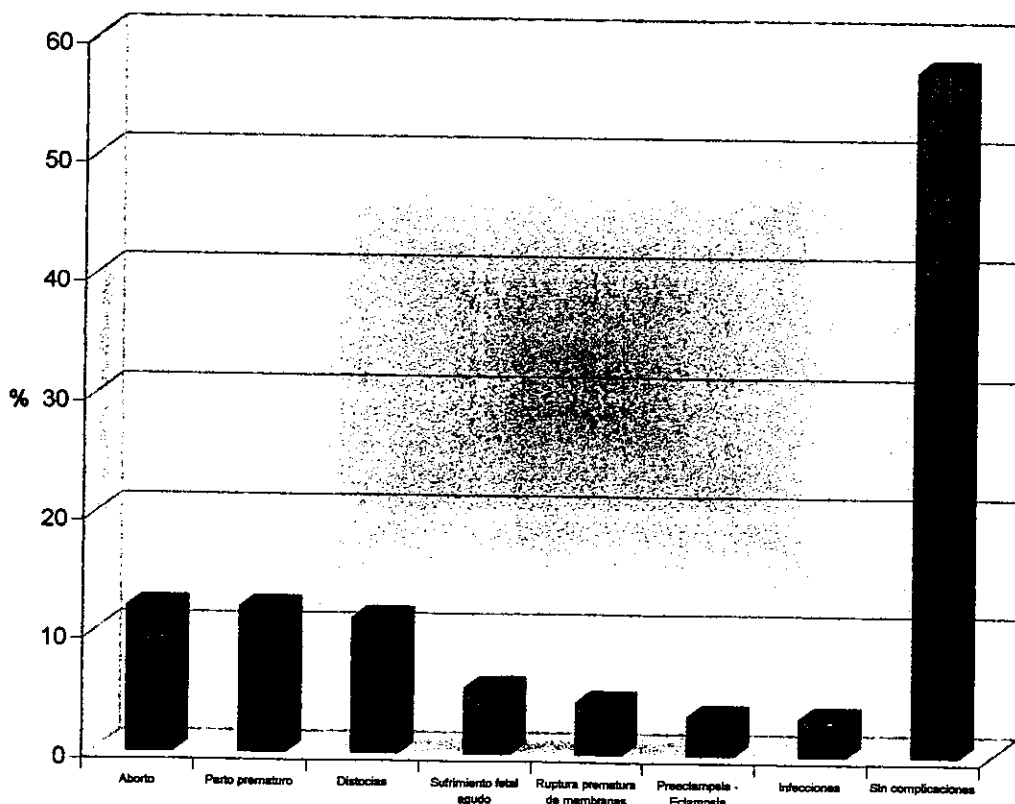
CUADRO NO. 8

COMPLICACIONES EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL MUNICIPIO DE HUAUCHINANGO, PUE., 1998		
TIPO DE COMPLICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Aborto	40	12.1
Parto prematuro	40	12.1
Distocias	37	11.2
Sufrimiento fetal agudo	18	5.4
Ruptura prematura de membranas	14	4.2
Preeclampsia - Eclampsia	13	3.1
Infecciones	10	3.0
Sin complicaciones	190	57.4
TOTAL	331	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

GRÁFICA NO. 8

COMPLICACIONES EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL MUNICIPIO DE HUAUCHINANGO, PUE., 1998



Fuente: Cuadro No. 8

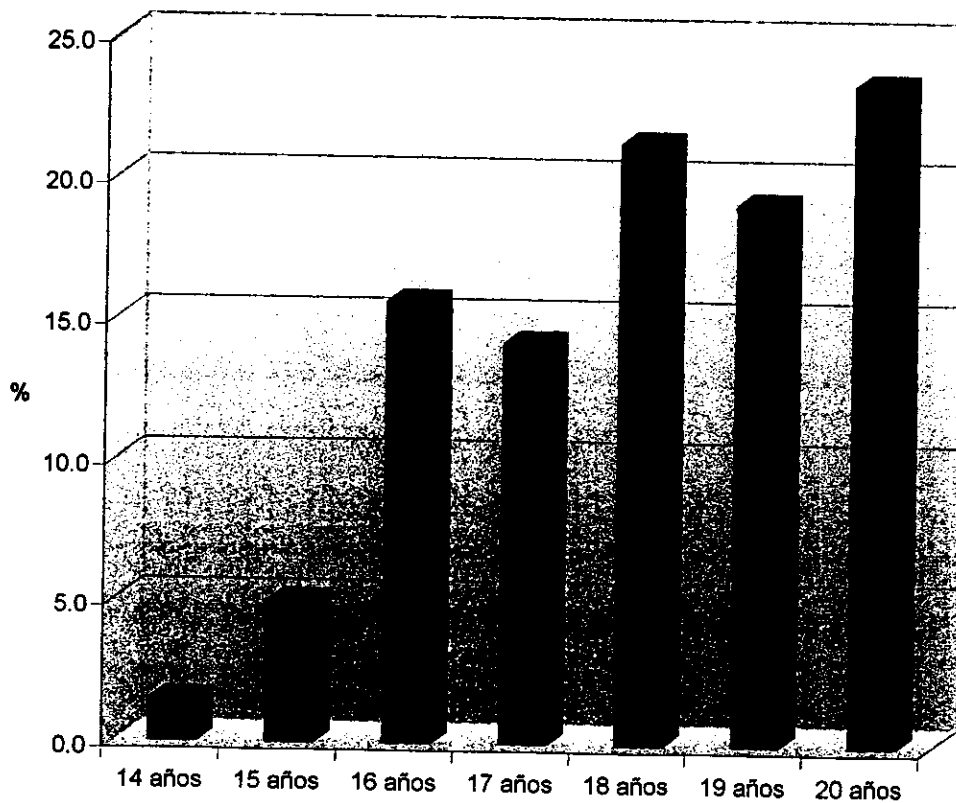
CUADRO NO. 9

FRECUENCIA DE COMPLICACIONES POR EDAD EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL MUNICIPIO DE HUAUCHINANGO, PUE., 1998		
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14 años	2	1.4
15 años	7	5.0
16 años	22	15.6
17 años	20	14.2
18 años	30	21.3
19 años	27	19.1
20 años	33	23.4
TOTAL	141	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

GRÁFICA NO. 9

FRECUENCIA DE COMPLICACIONES POR EDAD EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL MUNICIPIO DE HUAUCHINANGO, PUE., 1998



Fuente: Cuadro No. 9

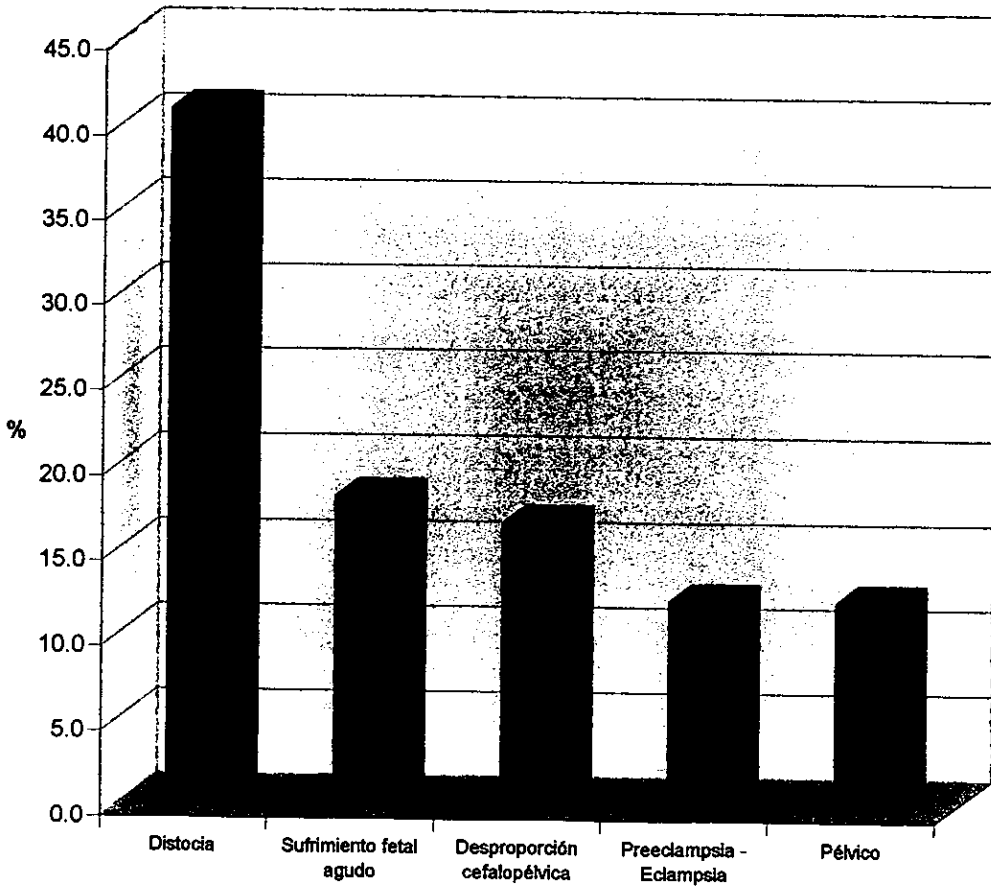
CUADRO NO. 10

MOTIVO DE CESÁREA EN ADOLESCENTES DEL MUNICIPIO DE HAUCHINANGO, PUE., 1998		
MOTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Distocia	27	40.9
Sufrimiento fetal agudo	12	18.2
Desproporción cefalopélvica	11	16.7
Preeclampsia - Eclampsia	8	12.1
Pélvico	8	12.1
TOTAL	66	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

GRÁFICA NO. 10

MOTIVO DE CESÁREA EN ADOLESCENTES DEL MUNICIPIO DE HUAUCHINANGO, PUE., 1998



Fuente: Cuadro No. 10

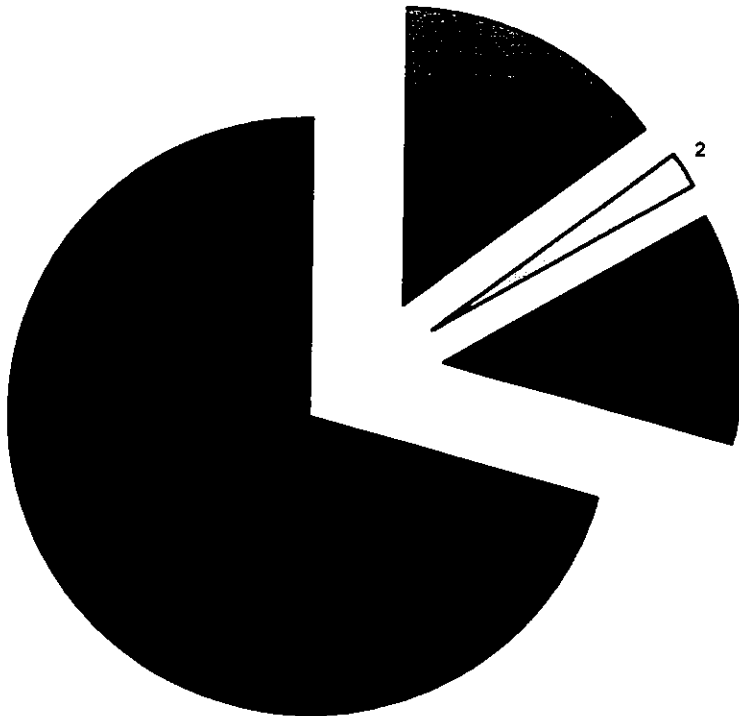
CUADRO NO. 11

EDAD GESTACIONAL DE LOS PRODUCTOS AL NACER DE ADOLESCENTES EN EL MUNICIPIO DE HUAUCHINANGO, PUE., 1998		
EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 20	40	14.6
21 - 31	6	2.2
32 - 37	34	12.4
38 - 42	194	70.8
TOTAL	274	100.0

Fuente: expedientes clínicos

GRÁFICA NO. 11

EDAD GESTACIONAL DE LOS PRODUCTOS AL NACER DE
ADOLESCENTES EN EL MUNICIPIO DE HUAUCHINANGO, PUE., 1998



■ < 20 □ 21 - 31 ■ 32 - 37 ■ 38 - 42

Fuente: Cuadro No. 11

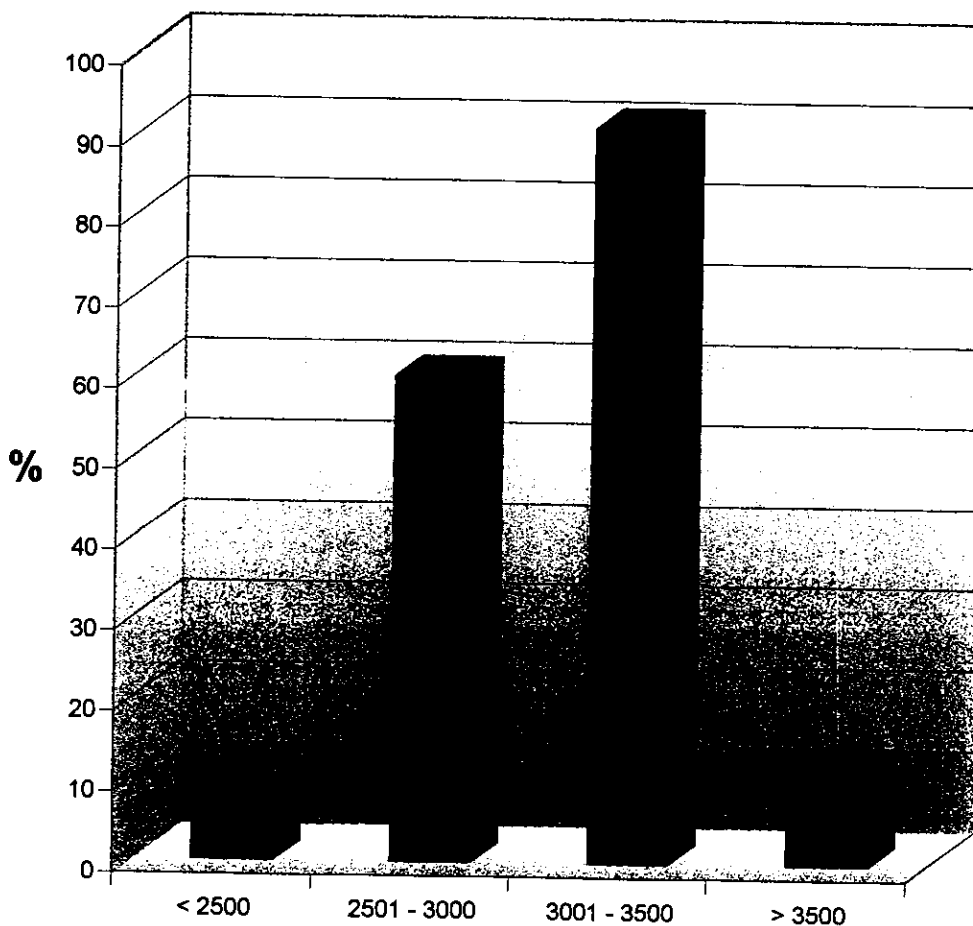
CUADRO NO. 12

PESO DE LOS PRODUCTOS DE ADOLESCENTES NACIDOS A TÉRMINO MUNICIPIO DE HUAUCHINANGO, PUE., 1998		
PESO AL NACER (EN GRAMOS)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 2500	8	4.7
2501 - 3000	60	35.1
3001 - 3500	91	53.2
> 3500	12	7.0
TOTAL	171	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

GRÁFICA NO. 12

**PESO DE LOS PRODUCTOS DE ADOLESCENTES NACIDOS A
TÉRMINO EN EL MUNICIPIO DE HUAUCHINANGO, PUE., 1998**



Fuente: Cuadro No. 12

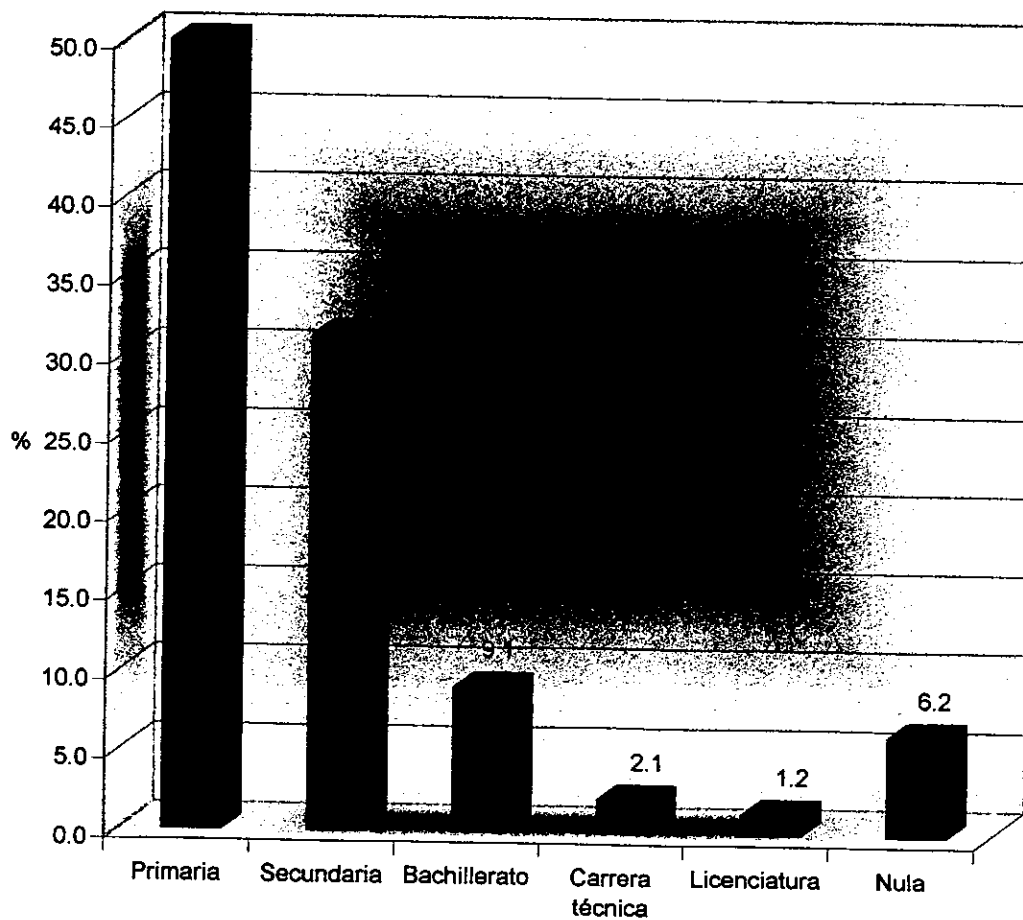
CUADRO NO. 13

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS MUNICIPIO DE HUAUCHINANGO, PUE., 1998		
ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	121	50.0
Secundaria	76	31.4
Bachillerato	22	9.1
Carrera técnica	5	2.1
Licenciatura	3	1.2
Nula	15	6.2
TOTAL	242	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

GRÁFICA NO. 13

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
MUNICIPIO DE HUAUCHINANGO, PUE., 1998



Fuente: Cuadro No. 13

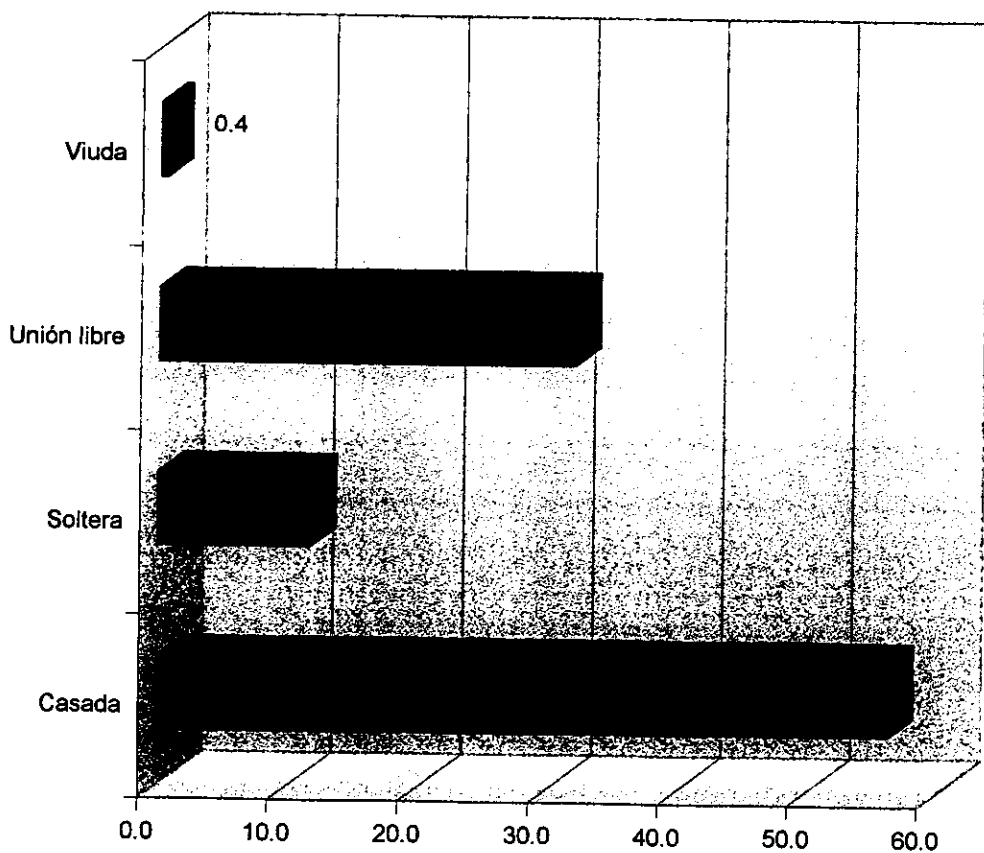
CUADRO NO. 14

ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS MUNICIPIO DE HUAUCHINANGO, PUE., 1998		
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casada	150	56.2
Soltera	31	11.6
Unión libre	85	31.8
Viuda	1	0.4
TOTAL	267	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

GRÁFICA NO. 14

ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
MUNICIPIO DE HUAUCHINANGO, PUE., 1998



Fuente: Cuadro No. 14

CUADRO NO. 15

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POST-PARTO EN ADOLESCENTES MUNICIPIO DE HUAUCHINANGO, PUE., 1998		
MÉTODO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIU	159	71.9
Hormonal	12	5.4
No acepta	50	22.6
TOTAL	221	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

GRÁFICA NO. 15

**MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POST-PARTO EN ADOLESCENTES
MUNICIPIO DE HUAUCHINANGO, PUE., 1998**



■ DIU ■ Hormonal ■ No acepta

Fuente: Cuadro No. 15

DISCUSION

La información estadística disponible sobre embarazo en adolescentes en México, se limita al reporte de nacimientos registrados por grupo de edad hasta 1995, por lo que se toma como parámetro este dato en el análisis de la información.

En el municipio de Huauchinango, se observó un incremento en el número de nacimientos registrados en madres adolescentes de 1985 a 1990 de un 4.4% (15.7 y 20.1%) y posteriormente una disminución para 1995 (18.26%), del 1.8% respecto de 1990. A la fecha, no está disponible la información sobre el número de nacimientos registrados por grupo de edad de la madre durante 1998 y la proporción de los nacimientos registrados en el presente estudio fue de 13% con relación al total de nacimientos, debiendo considerar, que son únicamente los atendidos en unidades de salud y que habría que tomar en cuenta los atendidos por empíricas y otros. En el estado la frecuencia se mantuvo prácticamente sin variación de 1985 a 1995 con un incremento de solo el 1.3% con relación al total de nacimientos. A nivel nacional el 16.8 % de los nacimientos son en adolescentes y las mujeres menores de 20 años contribuyen con el 14% de la fecundidad global. En EUA 12.8% de los nacimientos son en menores de 20 años. En el mismo país el embarazo en menores de 20 años se incrementó de 1985 a 1990 un 9% y entre 1991 y 1995 disminuyó de manera constante. La proporción de embarazos en adolescentes del municipio, es mayor a la nacional en un 1.5% y en un 5.5 mayor que la de EUA, aún cuando la tendencia hacia la disminución es similar. Lo anterior debido posiblemente a la difusión de los programas de educación para la salud y planificación familiar, que deben ser más dirigidos a las áreas rurales y a la población adolescente de manera especial.

El porcentaje de adolescentes embarazadas en el área urbana del municipio, fue de 55% y en la rural de 45%, manifestándose un mayor porcentaje en el área rural con relación a la distribución de la población por áreas, lo cual confirma la mayor incidencia en la población de menor nivel socioeconómico. La edad promedio de las mujeres embarazadas de 20 años y menos, es de 18 años. En el área urbana de 18.5 años y en la rural de 17.3. Considerando únicamente a las menores de 20 años, la edad promedio en área urbana es de 17.5 años y en el área rural de 17.3.

La atención médica a las adolescentes embarazadas en el municipio, fue proporcionada en un 70% de los casos por las unidades de la Secretaría de Salud, que es responsable del 64% de la atención a la población. El 8.2% por unidades médicas privadas y el resto por instituciones con población derechohabiente cautiva, que en conjunto son responsables de la atención al 36.1% de la población y atendieron al 22.5% de las adolescentes. Esto puede ser consecuencia en parte, de las políticas institucionales, que dejan de otorgar el servicio si son hijas del asegurado, cuando quedan embarazadas. Por otro lado, la incidencia de estos casos puede ser menor, debido probablemente a que atienden a niveles socioeconómicos diferentes y con mejores oportunidades de desarrollo personal. La mayoría de los casos acuden a instituciones de atención a la población abierta, otros a instituciones privadas, cuando las condiciones económicas familiares lo permiten y en el peor de los casos son pacientes que carecen de atención prenatal y son atendidas por parteras empíricas con sus consecuencias ya conocidas. Toda esta situación, requiere de una revaloración por parte de las instituciones, con la finalidad de que se continúe con mayor interés aún, la atención médica, por ser esta una causa de crisis para la paciente, y su familia, y de manera ideal proporcionar atención psicológica individual y familiar, con la intervención del médico familiar como base en el manejo de la familia en crisis.

La edad promedio de la menarca actualmente en México es de 13 años en área urbana y 14.5 en el área rural. En las pacientes estudiadas el promedio de edad de la menarca en el área urbana es de 12.6 años y en el área rural de 13.2 años, menor en ambos casos al promedio nacional conocido y congruente con un porcentaje mayor de adolescentes embarazadas. Lo anterior, refiriéndonos al hecho de que el aumento de embarazo en adolescentes más jóvenes se puede deber además de los factores socioculturales y psicológicos, también a un cambio en el substrato biológico, que estimula a la vida sexual activa.

El inicio de la vida sexual activa en la década de los ochenta en México era de 17 años, en el grupo estudiado, la VSA en promedio inició a los 15.5 años de edad, siendo muy notoria la diferencia con relación a población adolescente en general y más aún con la población general. El 1.2% de las pacientes refirieron que su embarazo fue producto de violación. Se menciona en otros trabajos (Boyer y Fine), que de las adolescentes violadas el 11% quedan embarazadas, esto muestra el subregistro que existe de este problema, que agrava sobremanera la situación de la madre y su hijo y que generalmente no recibe atención especializada en el aspecto psicológico individual y mucho menos familiar.

La resolución del embarazo se dio por parto en el 61% de las pacientes. Por cesárea en el 20%, siendo ésta, una cifra alta con relación a los indicadores. Sin embargo, al considerar que la cesárea se incrementa en la actualidad en función de los parámetros de clasificación del embarazo de alto riesgo, muchos casos de embarazo en adolescentes en nuestro medio, por sus características socioeconómicas, quedan catalogados como tales. Además de lo anterior, la frecuencia de cesárea es consecuencia de que en la región, la mayoría de los casos ingresan a las unidades hospitalarias habiendo sido previamente manipulados por empíricas y acuden al servicio ya con complicaciones, que con

frecuencia son causa de cesárea. Las causas de cesárea más frecuentes, coincidiendo con los reportes bibliográficos, fueron las distocias con el 70%, sufrimiento fetal agudo con el 18.2% y en el 12.1% la causa fue preeclampsia-eclampsia.

El 12% terminaron en aborto, es un dato que se encuentra dentro de los parámetros establecidos, aunque, tanto en adolescentes como en mujeres de mayor edad, con relación al aborto solo se registra una pequeña parte de los que suceden en realidad y sigue siendo en nuestro medio un problema de difícil control y valoración estadística.

El 7% de las pacientes fueron hospitalizadas por complicaciones del embarazo, habiéndose resuelto y siendo egresadas aún embarazadas y sin localizar reportes posteriores de atención del evento obstétrico.

Se sabe por otros estudios, que en condiciones adecuadas de salud, atención prenatal y sociales, la frecuencia de complicaciones en el embarazo de adolescentes no es mayor que en mujeres de mayor edad. En el grupo en estudio, la frecuencia de aborto se encuentra dentro de los parámetros registrados a nivel mundial, aunque en el caso del parto prematuro, es mayor (14.6) que la proporción más alta registrada de 12%. El 42.6% de las pacientes presentaron algún tipo de complicación, incluyendo parto prematuro y aborto, que fueron de los más frecuentes, seguidos de las distocias con 11.2%. Las edades en las que se observó mayor frecuencia de complicaciones fueron, a los 16, 15 y 20 años, las dos primeras ya conocidas como edades de mayor riesgo biológico.

La frecuencia de óbitos en el estudio es alta, ya que fue del 5.7% y los reportes bibliográficos son de 0.6 al 1.2 de manera general. El 85% nacieron después de las 21 semanas de gestación, el 71% de término y 14.6% prematuros. Según estadísticas nacionales e internacionales la frecuencia de partos prematuros varía de 6 a 12%, encontrándose en el estudio una mayor frecuencia.

El peso de los productos nacidos a término, fue entre 2500 y 3500 g en el 83% de los casos y 3 % con peso mayor de 3500g, y solo el 4.7% con peso menor a 2500 g. cifra esta última menor a la reportada por la OMS que es de 5.9 a 28 %.

En el municipio, en 1995, la población masculina era analfabeta en el 11.8%, pero en la población femenina esta cifra era del doble, 22.6%, lo cual pone de manifiesto la diferencia de género en relación a la oportunidad de educación en nuestro medio, conocido ya como zona de marginación social. En el mismo año, el 17% de las madres de todas las edades, al momento del nacimiento tenían escolaridad nula. El promedio de años de escolaridad en las adolescentes embarazadas en 1998 fue de 5.5 años y el 6.2% no tenían ningún grado de escolarización. Siendo el bajo nivel educativo uno de los factores de riesgo más importantes en la incidencia del embarazo en adolescentes, este dato demuestra ser en nuestro medio un factor determinante. Aún cuando las pacientes se encuentran en edad escolar, sólo el 6.3% eran estudiantes al momento del evento obstétrico y el 86.6% se dedicaban a las labores del hogar.

A nivel municipal se ha observado un cambio en el estado civil de las madres al momento del nacimiento, manifestado en una disminución notable de las mujeres casadas entre 1985 y 1995, del 14.4%, similar al estatal que es de 13.2%. Así mismo a nivel nacional e internacional, como el caso de EUA, donde la disminución ha sido del 20%. Las adolescentes en el estudio que están casadas representan el 56.2%, dato muy similar al de las madres de todas las edades durante 1995 que fue del 57.4%. Las solteras y en unión libre son el 43.8%, cerca de la mitad del grupo y se encontró que los casos en unión libre se duplicaron. En una gran parte de ellas dicha unión fue consecuencia del embarazo, que propicia uniones prematuras, no deseadas ni planeadas.

El embarazo repetido se ha reportado en el 20% de las adolescentes al año del primer embarazo y en el 50% a los 32 meses. En este grupo se encontró que el 22.5% eran secundigestas y 3.2% multigestas, con un total de casi 26% de embarazos repetidos. Se requiere un estudio longitudinal para valorar con precisión esta variable. Es importante mencionar que en el grupo se encuentran pacientes de 15 y 17 años secundigestas y trigestas de 18 y 20 años de edad y que por lo tanto, el seguimiento y la orientación en PF son determinantes.

Del total de las pacientes, se tiene información sobre planificación familiar post evento obstétrico en el 62% y de estas, el 92% fueron atendidas en el Hospital de la Secretaría de Salud. Al 72% de esas pacientes les fue aplicado el DIU y 22.6% no aceptaron ningún método. En la revisión de los expedientes, se encontró que el 38% no tenía registrada información sobre orientación en PF, tampoco si se ofertó el servicio o no, lo cual refleja que aún tratándose de pacientes por demás necesitadas de este servicio, no se le dio la importancia que merece por su trascendencia en la prevención de embarazos repetidos.

La principal limitación para la realización de trabajos de investigación en nuestro medio, es la carencia de información completa y homogénea para todas las instituciones, sobre todo en relación a los expedientes clínicos, que manejan formatos diferentes para cada institución y que aún cuando cuentan con ellos no son utilizados de manera adecuada para que resultes útiles. Asimismo existe dificultad para acceder a la información estadística nacional, estatal y municipal, que impide una valoración más actualizada de tendencia del problema.

A pesar de la dificultad para obtener información de las unidades médicas, en algunas por no permitir el acceso a los expedientes, en otras por que no existen expedientes

y en otras por la lejanía, se logró obtener información suficientemente confiable para realizar un estudio general de las características biológicas y socioculturales que presenta del problema del embarazo en adolescentes en el municipio, aún cuando no se tiene el dato que sirvió como parámetro para valorar la frecuencia del problema en los años anteriores, que es el número de nacimientos registrados por grupo de edad de la madre en 1998, si se pudieron valorar todas las variables consideradas en el estudio.

Se recomienda insistir en el personal médico y paramédico en la importancias de la recolección de la información y su utilidad para la investigación científica.

CONCLUSIONES

El presente trabajo es un estudio general del embarazo en adolescente, que en la región de Huauchinango no tiene precedente, con la finalidad de determinar la magnitud del problema, lo cual se logró de manera confiable. Se confirmó una vez más que el medio sociocultural es de los factores más importantes para determinar la incidencia del embarazo en adolescentes.

El problema en el municipio de Huauchinango tiene una mayor magnitud, que en el estado y el promedio del país y a menores edades tanto en el área urbana como en la rural, las edades promedio de las adolescentes embarazadas son de 17.5 y 17.3 respectivamente.

En la atención médica existe un problema que agrava la situación de las pacientes y esto es, la pérdida del servicio por parte de instituciones, cuyas normas les niegan la atención al quedar embarazadas, siendo hijas de los asegurados.

y en otras por la lejanía, se logró obtener información suficientemente confiable para realizar un estudio general de las características biológicas y socioculturales que presenta del problema del embarazo en adolescentes en el municipio, aún cuando no se tiene el dato que sirvió como parámetro para valorar la frecuencia del problema en los años anteriores, que es el número de nacimientos registrados por grupo de edad de la madre en 1998, si se pudieron valorar todas las variables consideradas en el estudio.

Se recomienda insistir en el personal médico y paramédico en la importancias de la recolección de la información y su utilidad para la investigación científica.

CONCLUSIONES

El presente trabajo es un estudio general del embarazo en adolescente, que en la región de Huauchinango no tiene precedente, con la finalidad de determinar la magnitud del problema, lo cual se logró de manera confiable. Se confirmó una vez más que el medio sociocultural es de los factores más importantes para determinar la incidencia del embarazo en adolescentes.

El problema en el municipio de Huauchinango tiene una mayor magnitud, que en el estado y el promedio del país y a menores edades tanto en el área urbana como en la rural, las edades promedio de las adolescentes embarazadas son de 17.5 y 17.3 respectivamente.

En la atención médica existe un problema que agrava la situación de las pacientes y esto es, la pérdida del servicio por parte de instituciones, cuyas normas les niegan la atención al quedar embarazadas, siendo hijas de los asegurados.

Tanto el promedio de edad de la menarca (12.6 años en el área urbana, y 13.2 años en la rural), como el inicio de la vida sexual activa (15.5 años) se presentan a menores edades en el grupo estudiado, que las registradas en la bibliografía.

Las complicaciones son muy frecuentes en las edades con mayor riesgo biológico, así como la frecuencia de óbitos y de embarazo repetido, lo cual es un reflejo de la falta de seguimiento y la aplicación prioritaria del programa de planificación familiar de manera específica en éste sector de la población.

El nivel de escolaridad es de los más bajos en el país y la proporción de analfabetas sigue siendo mucho mayor en la población femenina que en la masculina y aún más en la población rural. La frecuencia de madres solteras y en unión libre es cercana a la mitad de los casos.

La región del Municipio de Huauchinango, por sus características socioculturales es como se sabe una zona de marginación social y en relación directa a esto, el embarazo en adolescentes es un problema de mayor proporción que el promedio nacional, por lo que requiere un reforzamiento en las medidas preventivas ya conocidas, con personal multidisciplinario y la coordinación de instituciones de diversas áreas.

BIBLIOGRAFIA

1. Adolescentes cubanas. Altas cifras de embarazos y abortos. Cuba Net May. Mayo 1997.
2. Arcelus M. Psi. La adolescente embarazada y su familia.
3. Barnett Bárbara. Las normas de género influyen en los adolescentes. Network en Español: Primavera 1997, Vol. 17, No. 3.
4. Congreso Nacional de Chile. Unidad de Extensión y Publicaciones de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Embarazo-Adolescentes. Pag. 1, 2 y 3 de Marzo de 1999.
5. Division of Adolescent Medicine. Stanford University School of Medicine. JAMA, April 3, 1996. Vol 275, No 13.
6. Ehrenfeld-Lenkiewics N. Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. Salud Pública de México. 1994; 36:154-160.
7. Elders M., MD Alexa E. Albert, BA. Adolescent Pregnancy and Sexual Abuse. Commentary. JAMA, August 19, 1998-Vol 280, N0 7.
8. Fiscella Kevin, MD, MPH; Harriet J. Kitsman. Robert E. Cole. Does Child Abuse Predict Adolescent Pregnancy?. Pediatrics Vol. 101 No. 4 April 1998.
9. García-Baltazar J. Figueroa-Perea JG. Reyés-Zapata H, Brindis C. Pérez-Palacios G. Características reproductivas de adolescentes y jóvenes en la ciudad de México. Salud Pública de México 1993;35:682-691.
10. Ibañez Brambila B. Factores psicosociales y familiares del embarazo en adolescentes solteras. Revista Mexicana de Psicología, 1983 Vol. 1 No. 1.
11. INEGI. Censo de población y vivienda 1995 para el Estado de Puebla. Resultados definitivos, Tabuladores básicos. Edición 1996.

12. INEGI. Estadísticas vitales de Estado de Puebla. Cuaderno No. 1. Nacimientos. Edición 1998.
13. Jurisdicción Sanitaria No. 1 Huauchinango Puebla. Diagnóstico de Salud del municipio de Huauchinango, 1998.
14. Kaufman, Rachel, MPH, PhD, Alison M. Spitz; Lilo T. Strauss, Leo Morris; John S. Santelli; Lisa M. Koonin and James S. Marks. The Decline in US Teen Pregnancy Rates, 1990-1995. Pediatrics Vol. 102 No. 5 November 1998.
15. Klein Robert E. Clapela G. Psic. Programas de intervención para adolescentes. La psicología en el ámbito perinatal. Instituto Nacional de Perinatología.
16. McCollough M. y Scherman A. Adolescent Pregnancy: Contributing Factors and Strategies for Prevention. Adolescence 26 (104) 809-816, 1993.
17. Mississippi Family Council. Teenage Pregnancy in Mississippi. March 18, 1999.
18. O.P.S., La salud en las Américas. Edición 1998 Vol. 1.
19. Ozcebe, H., A. Akin. Adolescent Health: A MiddleEast and North African Perspective. International Journal of Gynecology and Obstetrics 51 (1995) 151-157.
20. Pick de Weiss S. Atkin L.C., Karchmer K.S. Existen diferencias entre adolescentes embarazadas y la población en general? Instituto Nacional de Perinatología.
21. Pick S; Palo PA. Impacto de la familia en la vida sexual del adolescente. Adolescence, 1995. Fall, 30:119,667-75. Facultad de Psicología de la UNAM.
22. Quint Elizabeth H. Embarazo en la adolescencia: Actualización. The female Patient, 21(12) 13, 1996.
23. Rojas Zaida. Expertos Analizan Sexualidad en Adolescentes. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Boletín No. 33 , 1 March 1999.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

24. Ruiz Linares Jorge, Giovvani E. Romero y Hernando Moreno. Factores de riesgo de salud materno infantil en madres adolescentes de Colombia. *Rev. Panamericana de Salud Pública (Pa-Am) Public Health* 4(2), 1998.
25. Shore William B., Richard C. Brown, Paula Bravemany, Laurel M Mellin. Atención del Adolescente. *Medicina de Familia* 1991.
26. Spitz Alison M, MS, MPH; Petr Velebil , MD, PHD Pregnancy, Abortion, and Birth Rates Among US Adolescents- 1980, 1985 and 1990. *JAMA*, April 3, 1996-Vol. 275, No 13. (989-994).
27. State-Specific Pregnancy Rates Among Adolescents United States, 1992-1995. *MMWR*, Vol. 47, No. 24. June 26, 1998.
28. Stern Claudio, PhD. El embarazo en la adolescencia como problema público: Una visión crítica. *Salud Pública de México*, Vol 39 No. 2, Marzo-Abril de 1997.
29. Sumano E.-Avendaño. Embarazo en la adolescencia. *Boletín Medico del Hospital Infantil de México*. Volumen 55, No 8. Agosto, 1998.
30. Tolbert Kathryn Dra. La adolescente embarazada: Características y riesgos psicosociales. *La Psicología en el Ambito Perinatal*. Instituto Nacional de Perinatología.
31. UNFPA. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la población mundial, 1998. "Las Nuevas Generaciones". Situación en México. Pag. 1-28.
32. Villaseñor Martha, Noé Alfaro. Factores socioculturales que intervienen en la determinación del deseo o no deseo del embarazo en la adolescente. *Sexualidad y Reproducción Humana en México*. Editorial Plaza y Valdés Editores. Primera Edición: Septiembre de 1996.
33. AMHGO N° 3, IMSS. Ginecología y Obstetricia. Ed. Méndez Editores. 3ª Edición. 1997 México D.F.