

11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSGRADO**

**“FACTORES QUE INFLUYERON EN LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS PARA NO UTILIZAR ANTICONCEPTIVOS
Y QUE SON REFERIDAS AL HOSPITAL
LUIS CASTELAZO AYALA”**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO
EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. LILIA ISABEL GARCÍA FLORES

ASESOR: DR. JAIME BLANQUET GARCÍA



MÉXICO, D.F.

2004



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

**“FACTORES QUE INFLUYERON EN LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS PARA NO UTILIZAR ANTICONCEPTIVOS Y
QUE SON REFERIDAS AL HOSPITAL
LUIS CASTELAZO AYALA”**

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO
EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. LILIA ISABEL GARCÍA FLORES

ASESOR:

**DR. JAIME BLANQUET GARCÍA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
DEL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 4 DEL IMSS
“LUIS CASTELAZO AYALA”**

COASESOR:

**DR. AUGUSTO TORRES SALAZAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD Y TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA
FAMILIAR DE LA U.M.F. NUM. 28
“GABRIEL MANCERA” DEL IMSS**



[Handwritten signature]

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

[Handwritten signature]

DR. JOSE ANTONIO RODRIGUEZ COVARRUBIAS
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 28
"GABRIEL MANCERA."

[Handwritten signature]

DR. JAIME BLANQUET GARCIA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PLANIFICACION FAMILIAR
DEL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 4 DEL IMSS
"LUIS CASTELAZO AYALA".

[Handwritten signature]


IMSS
SECTOR DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION
CLINICA 28

DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
Y TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA U.M.F.
NUM. 28 "GABRIEL MANCERA"

 **U. M. F. No. 28**
C. D. S.
RECIBIDO
AGO. 25 2004
CLINICA

CONTENIDO

	PAG.
1.- ANTECEDENTES.....	1
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
3.- JUSTIFICACIÓN.....	8
4.- OBJETIVOS.....	9
5.- HIPÓTESIS.....	10
6.- MATERIAL Y METODOS.....	11
7.- CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	12
8.- DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.....	13
9.- VARIABLES.....	14
10.- RESULTADOS.....	17
11.- DISCUSIÓN.....	29
12.- CONCLUSIONES.....	31
13.- ANEXOS.....	32
15.- BIBLIOGRAFÍA.....	33

ANTECEDENTES.

La incidencia de embarazos a edades tempranas en la población mexicana es alta, tal evento constituye un problema de salud que más allá de los riesgos biológicos, tiene implicaciones de carácter social y cultural, con sus desventajas para la menor embarazada y las repercusiones para (s) producto (s). (NOM)¹

En la mayoría de los embarazos no han sido intencionados, debido probablemente a un aumento de la frecuencia de las relaciones sexuales. Se calcula que en Estados Unidos la cuarta parte de las adolescentes de 15 años, la mitad de las de 17 años y las tres cuartas partes de las de 19 años son sexualmente activas.

Una tercera parte de la población general en la sociedad latinoamericana la constituyen los jóvenes, siendo un grupo importante no solo por su aportación numérica, sino, sobre todo por las² Necesidades y demandas requeridas que en la actualidad no han sido satisfechas.

Según datos del Censo General de Población de México para 1990, se señala que más de 20 millones de habitantes corresponden a sujetos de 10 a 19 años de edad, de los cuales la mitad son mujeres.

La etapa de la adolescencia implica una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales que son la base para el desarrollo posterior del ser humano, esta etapa se caracteriza, por la búsqueda constante de experiencias, que en la esfera sexual no son la excepción, las actitudes que se adoptan en la sexualidad están condicionadas por los valores socioculturales prevalecientes en el entorno social donde la escasa y contradictoria información que se recibe es determinante en el inicio precoz de la actividad sexual. El ejercicio de las prácticas sexuales en los adolescentes, sin el uso adecuado de la metodología anticonceptiva, propicia la existencia de embarazos que, en la mayoría de las ocasiones no son planeados ni deseados.

El embarazo en las adolescentes es un componente importante de la salud reproductiva que ha sido abordada y continua siendo objeto de múltiples investigaciones con base en argumentos de diversa índole, entre los que pueden citarse, el incremento de riesgos en la salud materno infantil, limitantes en el desarrollo personal y social de este grupo, además del impacto económico y demográfico que representa para la sociedad la formación precoz de familias.

¹ Norma oficial mexicana de los servicios de planeación familiar (NOM-005-SSA2-1993)

Desde la perspectiva demográfica, se ha señalado que el embarazo de la mujer adolescente, está asociado con una mayor mortalidad tanto materna como infantil, así como una mayor probabilidad de repetir embarazos en un intervalo corto. El hecho de reproducirse a edades tempranas influye en la edad en que se inicia la unión conyugal, la naturaleza de la misma y su estabilidad.

Así mismo el embarazo precoz está asociado a condiciones de desventaja social, es decir, es más frecuente en estratos socioeconómicos pobres, donde predomina el nivel escolar bajo, las ocupaciones no calificadas y de baja numeración, una alta proporción de madres solteras, en la mayoría de las veces sin apoyo familiar y con escaso acceso a servicios de salud.

De acuerdo con los datos de un estudio realizado recientemente en el área metropolitana de la ciudad de México, la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales es de 17 años para el grupo de mujeres adolescentes.² Con base en la encuesta nacional de fecundidad y salud, se estima que el 35 % de las mujeres entre los 20 y los 24 años habían tenido un hijo antes de cumplir los 20 años de edad.

En un análisis más exhaustivo sobre el inicio de la vida sexual por área de estudio, encuentra que el área médica son los que con mayor frecuencia se inicia sexualmente durante el primer año de ingreso a la universidad seguidos por los estudiantes del tercero y cuarto años del área de Ciencias Sociales.

En cuanto a la edad de debut sexual, Torres³ halla diferencias por género, mientras que el promedio de edad del inicio sexual para los hombres es de 17 años, el de las mujeres es de 19 años, así mismo se encuentran diferencias por género en cuanto al número de parejas sexuales tenidas en la vida, mientras que los hombres presentan un promedio de tres parejas, las mujeres en promedio de dos parejas. En un análisis más detallado se halló que pocos más del 25% de los iniciados sexualmente indican haber tenido relaciones sexuales ocasionales, aun cuando tenían una pareja sexual regular.

Las tendencias reportadas son generalmente de tipo ascendente aunque la mayoría de los estudios muestra que dichas relaciones son esporádicas. (Gual)⁴.

Un aspecto importante respecto a la sexualidad es el contexto social y cultural dentro del cual se dan las relaciones sexuales en cualquier edad, pero de manera muy especial es en la adolescencia ya que en ésta etapa es en la que la mayoría de la población de ambos sexos empieza a tener relaciones sexuales.

Las actitudes y comportamientos sexuales están influidos de modo considerable por creencias, pensamientos y percepciones acerca del sexo. En las

² La salud reproductiva parte integrante del desarrollo humano. Rev panam Salud pública 1988;4(3);211-217.

³ Torres RA. La planificación familiar en el ocaso del siglo XX. Perinatol Reprod Hum 2000;14(2);32-36.

⁴ Gual CC. El derecho a la libre decisión. XV años de planificación familiar en México. Gac Med Mex 2000;136(1)31;32.

últimas décadas, ha habido una creciente liberación de las actitudes sexuales y un marcado desapego del criterio moral que permitía mas libertad en cuestiones sexuales al hombre que a la mujer. Por tanto, las actitudes maritales de mujeres y hombres jóvenes coinciden ahora mas que antes.

En 1970, una campaña de estudiantes universitarios del sexo femenino enumeró los preceptos religiosos o morales como razón principal para la restricción del coito antes del matrimonio (60.8%), mientras que los hombres enumeraron los principios morales como la tercera razón más importante (31.1%). Otras razones dadas fueron la pérdida del auto respeto, el temor de poner en peligro las relaciones maritales futuras, el miedo al embarazo, de sí la pareja y el temor a la pérdida del respeto por parte de la pareja.

Naciones Unidas reporta (1989) que entre el 14% y 36% de las adolescentes que han tenido relaciones sexuales en América Latina, la edad de inicio fue antes de los 16 años.

Hasta la iniciación del uso de un método anticonceptivo dejaron transcurrir un intervalo medio de 6 meses a un año en un 46.2 % y no la iniciaron antes principalmente por temor al rechazo 44.1%. Los motivos por los que no utilizaron métodos de barrera son fundamentalmente por considerarlos poco seguros 41.07%, un obstáculo para la relación en 32.2% o por creer que se pierde la espontaneidad en la relación 26.7%.

Respecto al método anticonceptivo, los anticonceptivos orales son los utilizados con mayor frecuencia en un 92.5% con una tolerancia muy buena del 98.8% de los casos. En los casos que existió embarazo, éste no fue deseado y fue mal aceptado por la propia paciente, por su pareja y por su familia, un 50% de los embarazos no deseados terminaron en aborto provocado.⁵

Se manifiestan que de 308 adolescentes que tomaban anticonceptivos orales, solo el 16% usaban preservativos con regularidad, mientras que un 30% tenían un riesgo elevado de contraer una enfermedad de transmisión sexual debido a múltiples relaciones sexuales.

En otro estudio realizado en 3000 mujeres entre 17 y 19 años, observan que sólo el 51% usó preservativo en su primera relación sexual y éste uso disminuyó al 31% según aumentaba el uso de anticonceptivos orales.

En un estudio realizado por de 1988 a 1995, reportan un incremento en la proporción de adolescentes femeninas con vida sexual activa antes de los 15 años de edad, una cuarta parte de las adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos durante su primera relación sexual, y se reporta el uso de condón como método anticonceptivo más popular de esta población. De 1988 a 1995 el uso de métodos

⁵ Muñoz GE, Mattos GI, Peramo MB. Anticoncepción y sexualidad e la adolescencia Toko-Ginecología Práctica 1999;58(635);81-87.

anticonceptivos orales ha disminuido, y se ha incrementado el uso de hormonales inyectables e implantables.⁶

Se exploraron la salud sexual y reproductiva de las mujeres jóvenes no unidas, inmigrantes de áreas rurales a la ciudad en busca de trabajo, así como a su acceso a los servicios de planificación familiar, en Beijing, China. Las edades fluctuaron entre los 16 y 25 años. La mayoría contaba con información básica acerca de reproducción y anticoncepción, pero ignoraban donde podían obtener métodos anticonceptivos. Sólo una pequeña proporción de las no unidas utilizaban un método de planificación familiar.⁷

En el campo de la salud reproductiva existen problemas que es necesario atender en la población adolescente como son. La prevención del embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual y SIDA. Es de gran importancia que los jóvenes puedan asociar su sexualidad con la salud, no sólo con reproducción o con enfermedades y la pueden ejercer como parte de su desarrollo psicosexual. Este es uno de los mayores retos de los programas de reproducción sexual y reproductiva. De esta manera para que los programas de educación sexual y reproductiva tengan un impacto en la conducta de la población es necesario que no se reduzcan a un enfoque biológico y que no se impartan solamente a través de prácticas formales. Se sabe que el simplemente impartir conocimientos no tiene un efecto en el cambio de conductas. Un claro ejemplo de esto es la encuesta Nacional sobre la fecundidad y salud realizada en 1987 donde el 81% de las mujeres mexicanas entre 15 y 49 años reportaban conocer sobre métodos anticonceptivos, aunque menos del 20% los utilizaba.

La educación para la vida y la salud es una estrategia de prevención que pretende disminuir los factores de riesgo al generar actitudes positivas hacia la salud y el autocuidado. Un ejemplo del programa es planeando tu vida. Dicho programa fue desarrollado con base en datos de investigación y fue evaluado en diferentes fases en lo que respecta a su contenido como a su metodología. Planeando tu vida se imparte en adolescentes siguiendo una metodología participativa que le permite reflexionar y aprender basándose en sus propias experiencias. Los contenidos del programa incluyen aspectos biológicos de la reproducción humana, opciones para el ejercicio de la sexualidad, enfermedades de transmisión sexual, anticoncepción, manejo del afecto y comunicación no verbal, asertividad y comunicación verbal, valores, autoestima, control de sí mismo, toma de decisiones, expectativas a futuro, prevención de uso de alcohol, tabaco, drogas y nutrición.⁸

Resultados de la evaluación muestran que el programa no tiene efectos sobre la edad en la que los adolescentes inician su actividad sexual (es decir, no

⁶ Cravioto GMC. De la planificación familiar a la salud reproductiva. *Gac Med Mex* 2000;136(1);32-36.

⁷ Baird DT, Glasier AF. Science, medicine, and the future, *Contracepción; BMJ* 1999;(7215);969-972.

⁸ Cuadernos de salud reproductiva. República mexicana. Consejo nacional de población.

la disminuye, ni la aumenta) y demuestra la importancia de impartir el programa antes de que los y las adolescentes empiecen a tener relaciones sexuales ya que aumentan de manera significativa la probabilidad de que utilicen métodos anticonceptivos. La implantación masiva del programa se ha realizado siguiendo un modelo de multiplicación en cascada. Este modelo consiste básicamente en una estrategia de entrenamiento sucesivo. Es decir, se trata de capacitar a profesionales de la educación, la salud y las ciencias sociales, quienes a su vez se convierten en capacitadores comerciales de un número más amplio de individuos logrando abarcar actualmente todo el territorio nacional así como países de América latina y poblaciones hispanas en Estados Unidos.

El modelo de cascada no sólo ha sido utilizado por maestros y personal de salud sin que haya sido incorporado en programas dirigidos a capacitar a grupos de adolescentes para que actúen como asesores y difundan materiales para la prevención del SIDA.

El Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población ha entrenado a setenta promotores adolescentes, cada uno de los promotores ha continuado con la implantación del programa en sus escuelas. Las evaluaciones hechas por la IMIFAP sobre ésta modalidad de enseñanza han arrojado resultados favorables, que los promotores han tenido una influencia estadísticamente significativa sobre las actitudes de los estudiantes hacia cuestiones de sexualidad, también se ha observado un incremento en el conocimiento de la transmisión del VIH. En algunos estados de la República, como Sonora el curso es ya un requisito en el currículo de los orientadores de las escuelas secundarias.

En la década de los 80's, se iniciaron los programas de anticoncepción post-evento obstétrico, con prioridad a grupos específicos de población identificados como vulnerables y de mayor riesgo y las acciones y estrategias encaminadas a brindar información a la población adolescente y a promover la mayor participación del varón. (Cravioto GMC 2000).

Dentro de los impactos demográficos que los programas de planificación familiar han tenido apenas en 30 años se destaca el obtenido sobre la tasa de crecimiento natural, que en 1980 era de 2.7% anual y se redujo a 2.3% en 1990, para seguir reduciéndose a 1.8% el año pasado. Así mismo, la tasa global de fecundidad, es decir el número de hijos que en promedio tiene una mujer durante su vida reproductiva se redujo a 4.4 en 1980 a 3.3 en 1990 y a 2.5 en 1998.

En los primeros años de la transición de la fecundidad el descenso fue más rápido en los grupos de 25 a 29 años de edad que en los grupos jóvenes. Entre 1982 y 1997 continuo el descenso de la fecundidad en todos los grupos de edades, aunque en el de 20 a 24 años fue más acentuado.

Los modelos del uso de adolescentes de anticoncepcionismo son preocupaciones importantes. "Un adolescente sexualmente activo que no usa anticonceptivos, tiene un 90% de posibilidad de embarazo dentro de un lapso de un año". Desde el punto de vista médico, el embarazo en la adolescente

representa importantes riesgos para la salud, con incrementos para las menores de 15 años, quienes representan con mayor frecuencia complicaciones médicas y quirúrgicas, por la falta de maduración del sistema reproductivo y tienen también, más frecuentemente productos prematuros y/o con retraso en el crecimiento intrauterino.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Identificar los factores que influyeron en las adolescentes embarazadas para no utilizar anticonceptivos y que fueron referidas al Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala", en el periodo comprendido de Enero a Julio del 2004.

JUSTIFICACIÓN

La incidencia de embarazos a edades tempranas en la población mexicana es alta, tal evento constituye un problema de salud, por los riesgos biológicos e implicaciones de carácter social y cultural.

En México el 15.2% de los menores de 20 años, ya tuvo su primer hijo. Esta alta frecuencia de embarazos en adolescentes se asocia a un inicio temprano de vida sexual. El problema de embarazo en adolescentes es que las parejas jóvenes utilizan anticonceptivos con menor frecuencia que los adultos.

La prevención de un embarazo no deseado en éste grupo de edad, es mas trascendente que en otros momentos de la vida, debido a las consecuencias biológicas y sociales de los embarazos a edades tempranas.

Ante un embarazo que la adolescente no esté en condiciones de llevar a término, la joven suele carecer de conocimientos, recursos y orientación para resolver su situación. Generalmente recurre a métodos peligrosos con el fin de interrumpir el embarazo, así mismo el miedo a la censura la lleva a retrasarla asistencia a los servicios de salud para buscar ayuda ante las complicaciones derivadas de un aborto incompleto. Esta cadena de acontecimientos coloca a la joven en alto riesgo de enfermedad y muerte.

Los hijos de madres adolescentes corren mayor riesgo de morir durante los primeros 5 años de vida. Esta mayor mortalidad es consecuencia de las condiciones en que se crían éstos niños, caracterizadas por la pobreza, los cuidados deficientes y una utilización menor y mas tardía de los servicios de salud. Este conjunto de problemas resulta de una combinación de factores: El bajo nivel socioeconómico, la inmadurez física de la madre, la falta de atención prenatal, los hábitos inadecuados relacionados con la salud (nutrición y tabaquismo) y la inmadurez emocional.

Por lo que es muy importante identificar la causa de por que la paciente embarazada adolescente, no utilizó un método de planificación familiar, y así poder evitar todas las consecuencias de un embarazo en éste grupo de edad.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores asociados a la no elección de anticonceptivos en pacientes adolescentes embarazadas, usuarias de los servicios de salud del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 del I.M.S.S.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1.- Determinar si las pacientes adolescentes embarazadas utilizaron algún método de planificación antes de embarazarse.
- 2.- Determinar la actividad sexual, entendiendo como ésta edad de inicio de vida sexual activa, numero de parejas sexuales.
- 3.-Determinar si la paciente adolescente embarazada tenia información sobre los métodos de planificación.
- 4.-Determinar las razones de no uso de los métodos anticonceptivos.
- 5.- Determinar la escolaridad de la paciente adolescente embarazada.

HIPÓTESIS

Este estudio no requiere de hipótesis por ser descriptivo.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO.

Descriptivo transversal.
Encuesta descriptiva.
Descriptivo abierto.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Adolescentes embarazadas adscritas a los servicios de salud del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 del I.M.S.S.

POBLACIÓN.

Adolescentes embarazadas usuarias de los servicios de salud del Hospital de Gineco-Obstetricia No.4 del I.M.S.S.

UNIDADES DE OBSERVACIÓN.

Adolescentes embarazadas usuarias de los servicios de salud del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 del I.M.S.S.

TÉCNICA MUESTRAL

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

CRITERIOS DE SELECCION

CRITERIOS DE INCLUSION.

- Adolescentes embarazadas.
- Usuarías de los servicios de salud del Hospital de Gineco-Obstetricia No. del IMSS.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Que no acepten ser incluidas en el proyecto de investigación.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Que no conteste el 100% del cuestionario.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Los datos necesarios que se requiere recolectar para medir las variables, se encuentran incluidos en las preguntas de las encuestas a realizar, como la edad cronológica, el estado civil, escolaridad, religión, si utilizó algún método de anticoncepción antes del embarazo, así como los motivos para su uso o la causa de la suspensión del mismo.

DEFINICION DE LAS UNIDADES DE MEDIDA Y ESCALAS DE CLASIFICACION.

Se utilizaran variables cualitativas, tanto nominales como ordinales y cuantitativas continuas y discretas, las unidades de medida y escalas de clasificación se especifican en el cuadro de operacionalización de variables.

SELECCIÓN DE LAS FUENTES Y METODOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION.

Para la recolección de la información se utilizará el método de la entrevista estructurada con el objeto de asegurar que a todas las mujeres adolescentes embarazadas se les hagan las preguntas en el mismo orden. Para ello se diseñará un cuestionario precodificado, anónimo, en él, la mayoría de las preguntas serán cerradas, el cual se aplicará a las mujeres adolescentes embarazadas que acudan a los servicios de salud en el hospital de Gineco-Obstetricia No.4 del IMSS "Luis Castelazo Ayala" La persona responsable de levantar la información será directamente el investigador.

DEFINICIÓN DEL PLAN DE RECuento Y TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN

El análisis de los datos se procederán de manera manual , con el conteo de los resultados de las encuestas, posteriormente electrónico al incluirse en una base de datos.

RECURSOS HUMANOS.

Investigadores

RECURSOS MATERIALES.

- Fotocopias.
- Lápices
- Plumas.
- Marca textos.
- Calculadora.
- Sacapuntas.
- Discos de 3.5
- Uso de computadora.
- Hojas.
- Transporte.

VARIABLES

1.- ADOLESCENTE.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL.

Edad que sigue a la niñez, desde que aparecen los primeros indicios de la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo.

DEFINICIÓN OPERACIONAL.

Etapa de transición entre la infancia y la edad adulta. De acuerdo a la O.M.S.S.:

Adolescencia temprana: 10 -13 años.

Adolescencia media: 14 – 16 años.

Adolescencia tardía: 17 – 19 años.

TIPO DE VARIABLE

Cuantitativa

Continua.

INDICADOR

01 Adolescencia temprana: 10 – 13 años.

02 Adolescencia media: 14 – 16 años.

03 Adolescencia tardía 17 – 19 años.

2.- EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL-

Edad en la cual una mujer está en etapa reproductiva.

DEFINICIÓN OPERACIONAL.

Mujeres menores de 19 años de edad, que cursan en cualquier semana de gestación en el momento del estudio.

TIPO DE VARIABLE

Cualitativa

Nominal.

INDICADOR

01 Si

02 No

3.- ESTADO CIVIL.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL.

Condición social.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Condición social actual de la persona, en relación a vivir o no con una pareja.

TIPO DE VARIABLE

Cualitativa
Nominal.

INDICADOR
01 Casada
02 Unión libre
03 Soltera.

4.- ESCOLARIDAD.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Duración de los estudios en centro docente.

DEFINICIÓN OPERACIONAL.

Nivel de estudios de la adolescente en el momento de efectuarse la investigación.

TIPO DE VARIABLE

Cuantitativa
Ordinal.

INDICADOR
01 Analfabeta
02 Primaria
03 Secundaria.
04 Bachillerato.
05 Técnica.

5.- OCUPACIÓN.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL.

Empleo u oficio.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Empleo u oficio del cual se dedica la mujer en el momento de la entrevista.

TIPO DE VARIABLE

Cualitativa
Nominal.

INDICADOR
01 Ama de casa.
02 Empleada

6.- USUARIA DE METODO PARA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Haber realizado uso de algún método de planificación familiar antes del embarazo.

TIPO DE VARIABLE

Cualitativa

Nominal.

INDICADOR

01 SI

02 No

7.- RELIGIÓN.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Creencias y prácticas divinas que lleva a cabo una persona.

TIPO DE VARIABLE

Cualitativa.

Nominal.

INDICADOR

01 Ninguna.

02 Católica

03 Cristiana

04 Testigo de Jehová

RESULTADOS

Se recabaron 100 encuestas a adolescentes embarazadas, que cumplieron con los criterios de inclusión al estudio.

Las características de las pacientes estudiadas fueron:

Edad:

PACIENTES EMBARAZADAS (ADOLESCENCIA TEMPRANA: 10- 13 AÑOS): 9 ADOLESCENTES. (9%)

PACIENTES EMBARAZADAS (ADOLESCENCIA MEDIA 14 – 16 AÑOS): 32 ADOLESCENTES (32%)

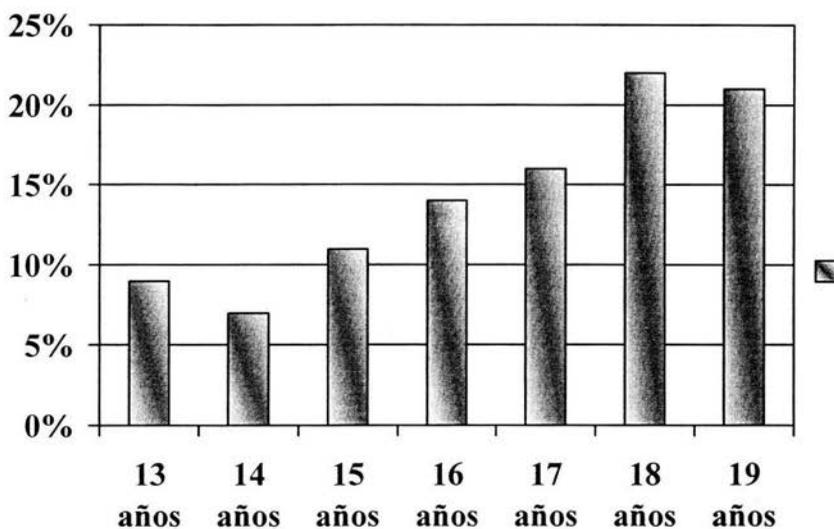
PACIENTES EMBARAZADAS (ADOLESCENCIA TARDIA 17 – 19 AÑOS) 59 ADOLESCENTES (59%).

TABLA 1:Adolescentes embarazadas de acuerdo a edad:

ADOLESCENCIA (OMS)	EDAD	NUMERO	%
TEMPRANA	10	0	0 %
TEMPRANA	11	0	0 %
TEMPRANA	12	0	0 %
TEMPRANA	13	9	9 %
MEDIA	14	7	7 %
MEDIA	15	11	11 %
MEDIA	16	14	14 %
TARDIA	17	16	16 %
TARDIA	18	22	22 %
TARDIA	19	21	21 %

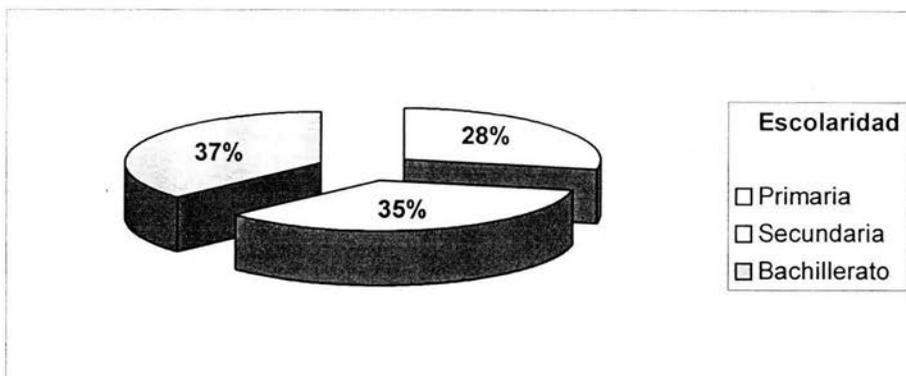
De acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría de las pacientes están dentro del rubro de adolescencia tardía (17-19 años, de acuerdo a la OMSS), con un total de pacientes de 59 (59%).

GRAFICA 1. EDADES DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS.



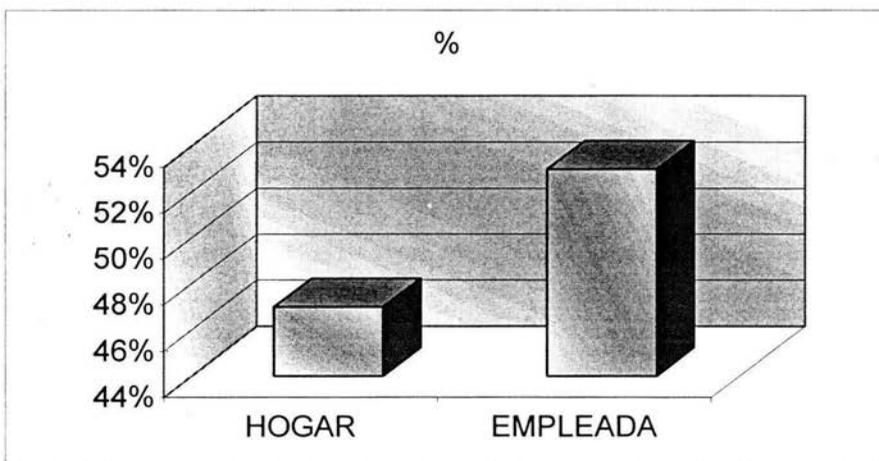
En relación a la escolaridad se encontró que el 37% de las adolescentes encuestadas habían terminado el bachillerato.

GRAFICA 2. ESCOLARIDAD.



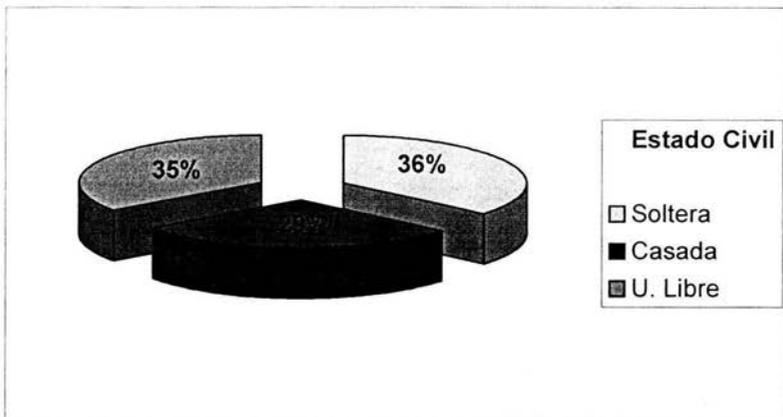
El 53% era empleada y el 47% se dedicaba al hogar.

GRAFICA 3. OCUPACIÓN.

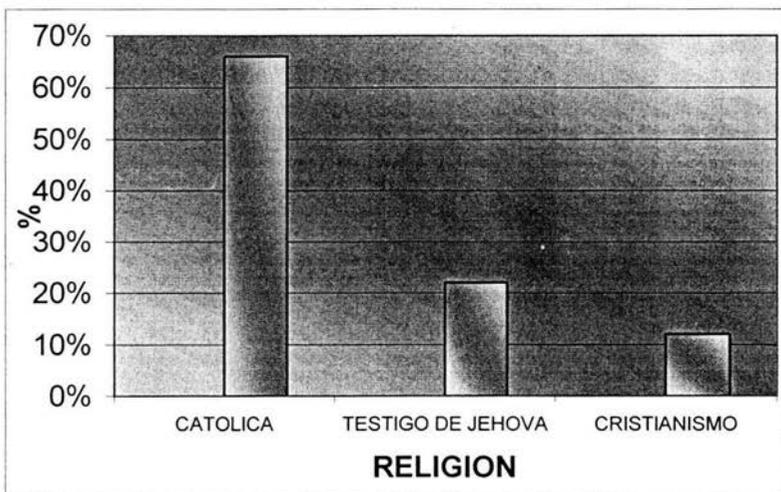


El 66% pertenecía a la religión católica y el 36% eran solteras.

GRAFICA 4. ESTADO CIVIL.

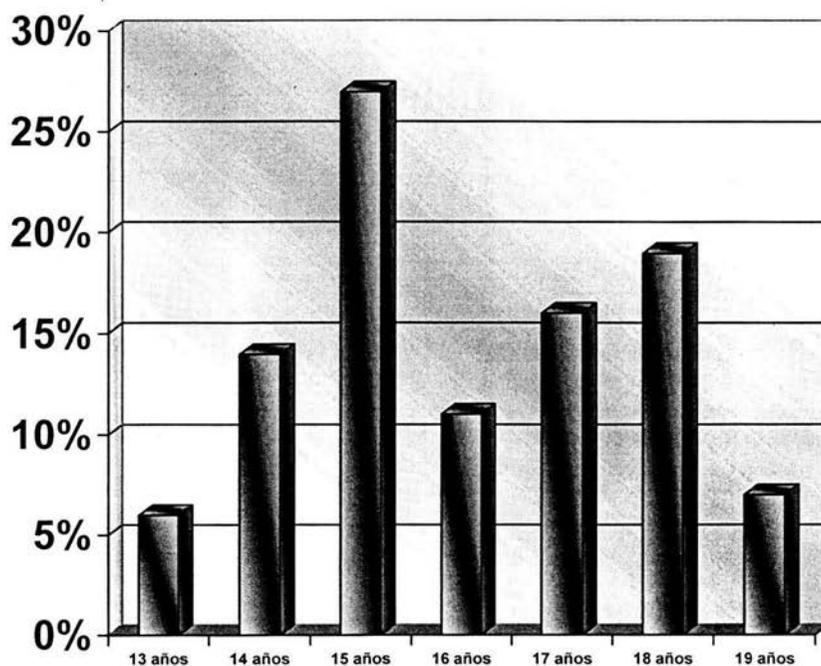


GRAFICA No. 5 RELIGION.



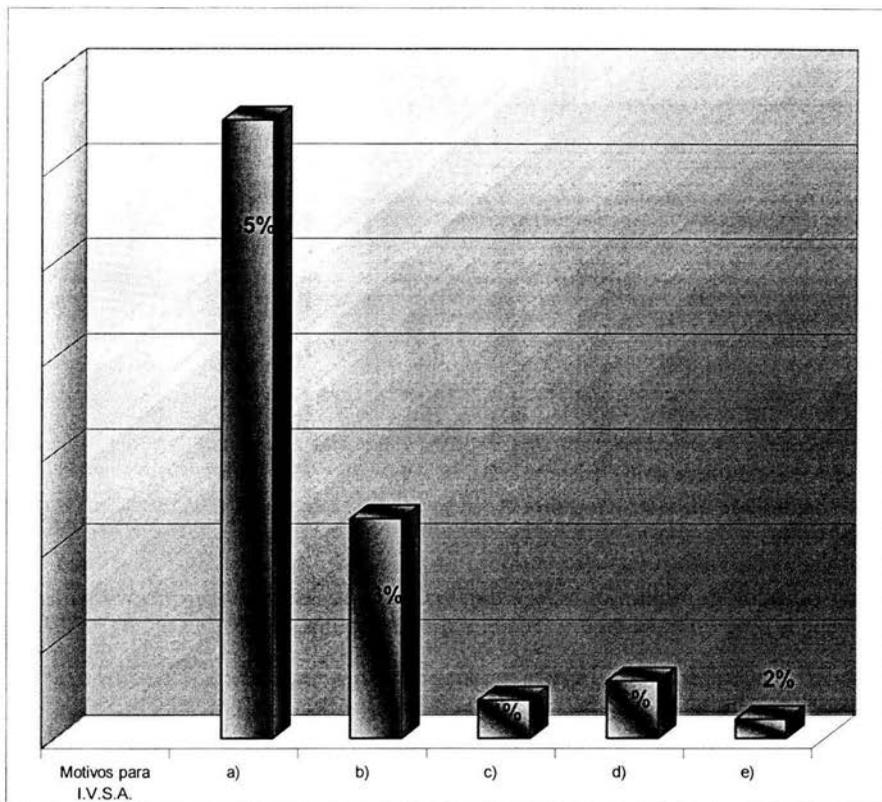
De acuerdo a los resultados obtenidos en las encuestas el 27% de las adolescentes embarazadas, habían iniciado vida sexual activa a los 15 años de edad. El 19% a los 18 años de edad y el 16% a los 17 años.

GRAFICA 6. INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA.



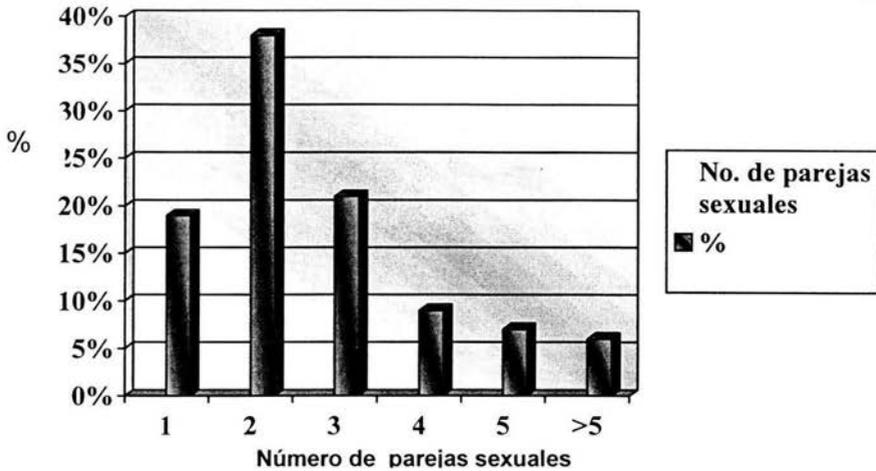
El motivo por el que tuvieron relaciones sexuales fue por curiosidad (a.- Deseaba saber lo que se sentía) con una cifra del 65%

GRAFICA 7 MOTIVOS PARA INICIAR VIDA SEXUAL



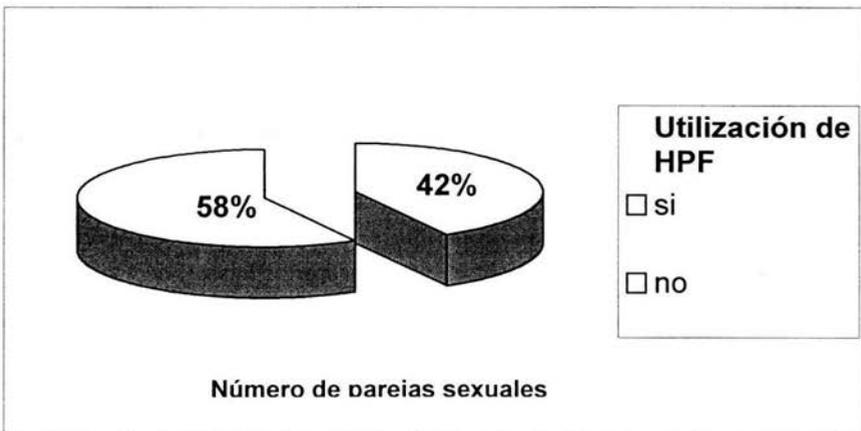
- a) Deseaba saber lo que se sentía.
- b) Estaba enamorada.
- c) Estaba confundida.
- d) Fue forzada.
- e) Otra razón.

El 38% de las adolescentes embarazadas habían tenido 2 parejas sexuales. El 19% había una pareja sexual y sólo el 6% presentó más de 5 parejas sexuales.



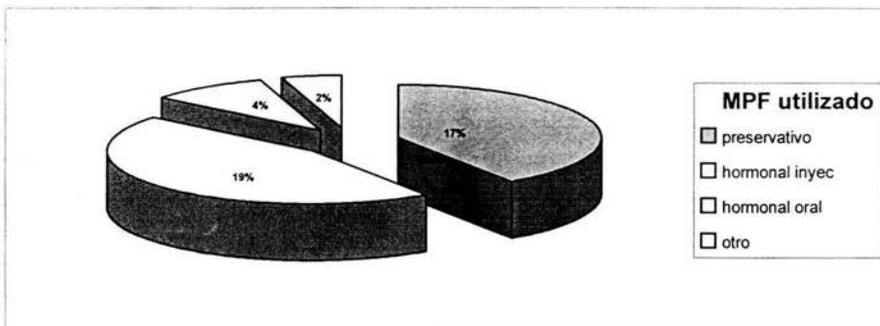
El 58% de ellas no había utilizado algún método de planificación familiar. El 42% utilizó métodos de planificación familiar

GRAFICA 9 PORCENTAJE DE ADOLESCENTES QUE UTILIZARON MPF.



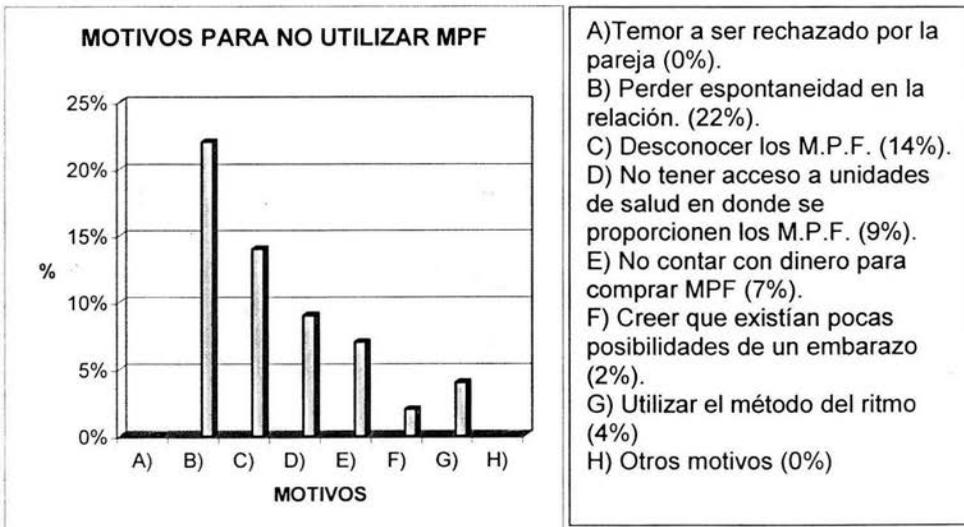
El método más utilizado por las pacientes fueron los hormonales inyectables con un porcentaje del 19%, el preservativo fue utilizado en un 17%.

GRAFICA 10 METODOS DE PLANIFICACIÓN UTILIZADOS POR LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.



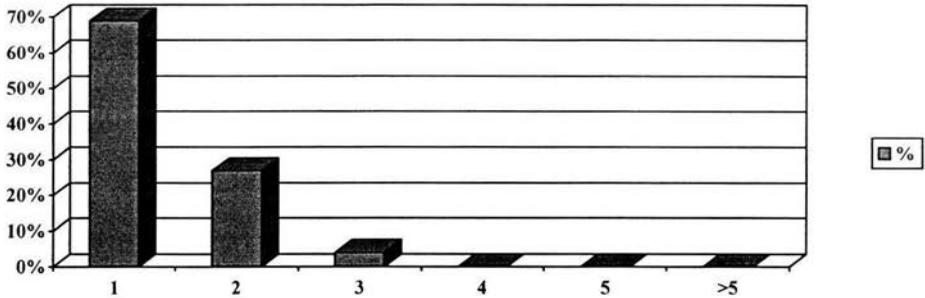
Dentro de los tres principales motivos por lo que las adolescentes no utilizaron MPF fueron los siguientes: a) Por perder espontaneidad en la relación (22%), b) Desconocer los métodos de planificación familiar, y c) no tener acceso a unidades de salud, en donde se proporcionan los MPF

GRAFICA 11.



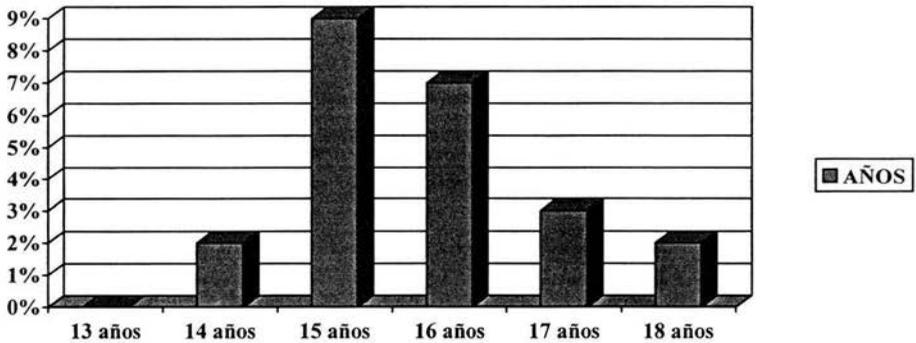
El 69% de las adolescentes eran primigestas y en un 27% era su segundo embarazo. En el 4% de las pacientes era ya su tercera gestación. Siendo el mayor número de embarazos hasta el momento.

GRAFICA 12. NUMERO DE EMBARAZOS EN LAS ADOLESCENTES.



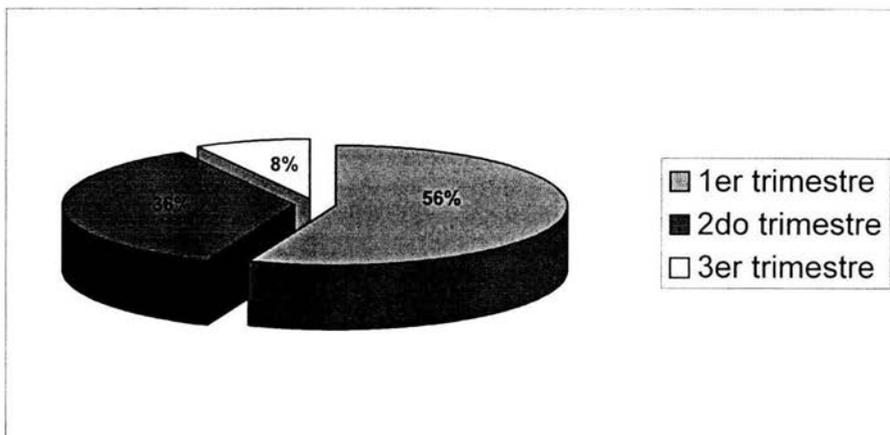
La edad del primer embarazo fue a los 15 años de edad con un 9%. En el 7% de las adolescentes había presentado su primer embarazo a la edad de 16 años y el 3% a la edad de 17 años.

GRAFICA 13. EDAD DEL PRIMER EMBARAZO.



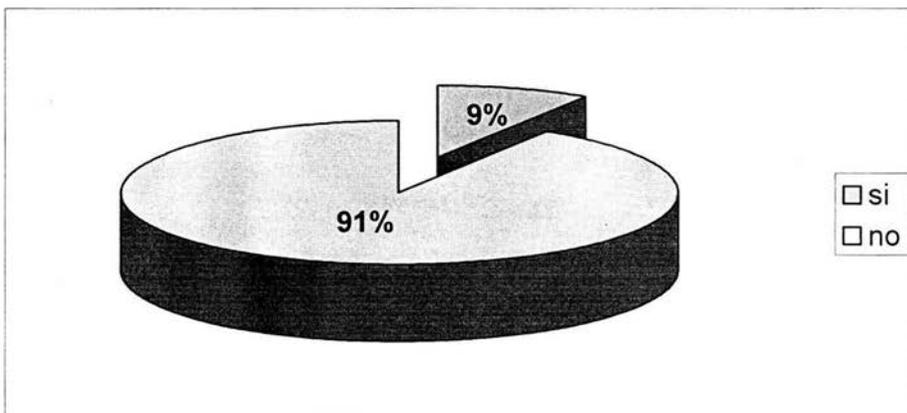
La primera valoración prenatal se realizó durante el primer trimestre (56%), durante el segundo trimestre (36%), y en el tercer trimestre (8%).

GRAFICA 14 VALORACION PRENATAL



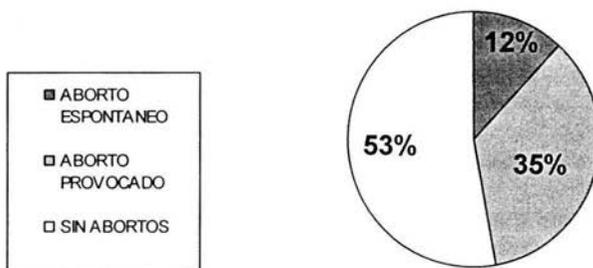
Una pregunta importante que se realizó durante la encuesta fue si el embarazo fue deseado, el 91% de las adolescentes respondieron que no.

FIGURA 15. EMBARAZOS DESEADO



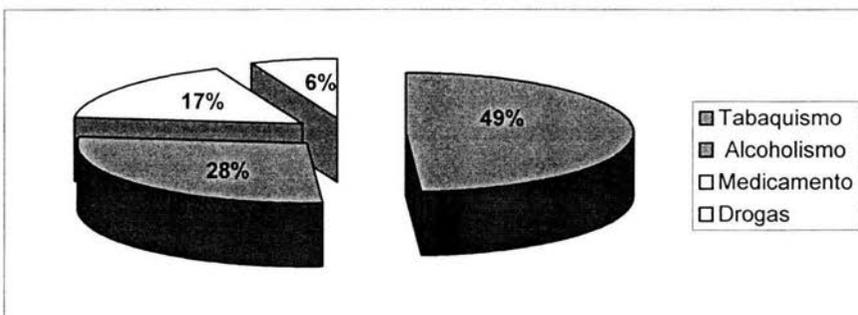
El 53% de las pacientes habían presentado un aborto, y en el 35% de los casos fue provocado, sólo el 12% fue espontáneo.

FIGURA 16. PORCENTAJES DE ABORTOS: ESPONTÁNEOS Y PROVOCADOS.



El 49% de las adolescentes había fumado durante el embarazo, el 28% había consumido alcohol, el 16% medicamentos e incluso el 6% drogas.

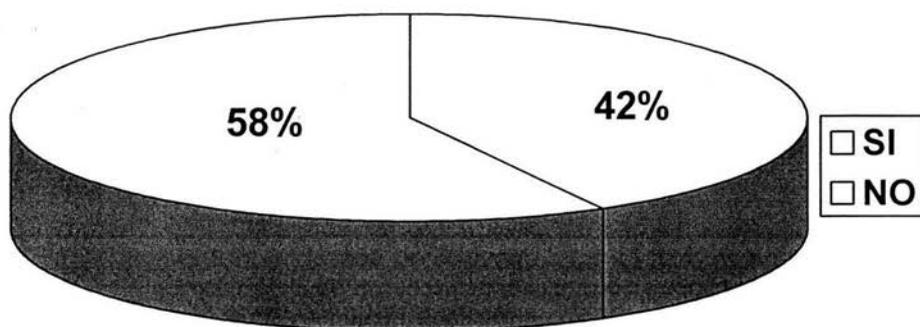
FIGURA 17. ADICCIONES DURANTE EL EMBARAZO.



De las pacientes adolescentes a las que se les aplicó el cuestionario el 58% había acudido a pláticas sobre la adolescencia y un 42% nunca había estado presente en una plática de dicha naturaleza.

FIGURA 18.

Adolescentes que han acudido a pláticas



DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos, el total de pacientes adolescentes embarazadas con un 22% corresponden a la edad de 18 años; sin embargo se observó que un 9% tenía la edad de 13 años, lo que es importante anotar, ya que con estas cifras, las madres muy jóvenes (especialmente las menores a quince años) tienen una mortalidad materna de 2.5 veces mayor que las de 20 a 24 años, por otra parte las adolescentes corren mayor riesgo de ganar poco peso durante el embarazo, sufrir hipertensión inducida por el embarazo, anemia, infecciones de transmisión sexual y desproporción céfalo-pélvica.

El 37% de las adolescentes tenían la escolaridad hasta bachillerato, sin embargo el 53% era empleada, generalmente como secretarías en oficinas, o tiendas departamentales, lo que origina que el embarazo también tiene consecuencias sobre las oportunidades de desarrollo de las jóvenes. A sí mismo como se comenta en la literatura, las adolescentes embarazadas tienden a ser madres solteras o solas, y con una mayor probabilidad de tener un mayor número de hijos al final de su vida reproductiva y sus oportunidades de alcanzar un trabajo remunerado son menores. Puntos que fueron claramente observados en este estudio ya que el 36% de las pacientes eran solteras y un 35% vivían en unión libre el 29% estaba casada.

El 27% inició vida sexual activa a los 15 años de edad, siendo el motivo para la iniciación el de la curiosidad (saber que se sentía), de acuerdo a estos resultados, es probable que la adolescente no tenga una información suficiente sobre la sexualidad, sumado al punto que se observó en relación a que las adolescentes con un 38% ya habían tenido dos parejas sexuales, se puede pensar que la paciente no tiene una idea real sobre las consecuencias que se pueden presentar al tener relaciones sexuales sin protección o sobre el conocimiento pleno de lo que puede ocurrir al tomar ésta decisión, no solamente en su esfera bio-psico-social, sino también el riesgo que presentar enfermedades de transmisión sexual, éste último punto es también apoyado por los resultados obtenidos en las encuestas, ya que el 58% de las adolescentes no utilizaron métodos de planificación familiar durante las relaciones sexuales. Del 58% de las adolescentes que utilizaron MPF el método con un mayor porcentaje fue el hormonal inyectable (19%), esta decisión en el método por el intervalo de aplicación, pero en forma irregular.

El uso del preservativo fue en un 17%, por considerarlo como un método poco seguro.

De los motivos por los que la adolescente no utilizó un Método de planificación familiar fueron por perder espontaneidad en la relación con un 22%.

Lo que es de llamar la atención es sobre las siguientes razones: el 14% respondió que el motivo fue por desconocer los métodos y otro 9% respondió que fue por no tener acceso a unidades de salud donde se pueden proporcionar los métodos de planificación familiar, de acuerdo a estos resultados, en el campo de la salud reproductiva existen problemas que es necesario atender en la población adolescente.

Punto que también se confirma en éste estudio ya que el sólo el 42% de las adolescentes embarazadas habían acudido a pláticas sobre adolescencia.

Otro factor de riesgo en este grupo poblacional es el aborto, de acuerdo a los resultados obtenidos, en el 91% de las adolescentes el embarazo no fue deseado. sólo el 9% era deseado, aunque no planeado.

De los abortos reportados el 16% fue provocado, y el 4% espontáneo, las pacientes encuestadas, no quisieron revelar el método por el cual se llevó a cabo el aborto, limitándose a decir que fue de una forma segura, esto probablemente observado por el tipo de población estudiada, ya que en estudios realizados previamente, las adolescentes recurren a métodos peligrosos, así mismo el miedo a la censura la lleva a retrasarla a buscar asistencia a los servicio médicos, para buscar ayuda ante las complicaciones derivadas de un aborto incompleto.

Las pacientes a ésta edad corren mayor riesgo de violencia y abuso sexual, resultado que desafortunadamente se vio presente en este estudio, ya que un 6% de las adolescente fue forzada a tener relaciones sexuales y 2% presentó violación.

A diferencia de lo que se menciona en la bibliografía, las pacientes acudieron a consulta, para su primera valoración prenatal fue a partir del segundo trimestre del embarazo, ya que los autores mencionan que la mayoría de las adolescentes acuden a valoración en el tercer trimestre del embarazo, esto obviamente con aumento de probabilidades de presentar complicaciones durante el parto.

Es probable que este resultado sea , nuevamente, por el tipo de población en estudio.

Ante un embarazo, la adolescente no está en condiciones de tener un embarazo normoevolutivo, simplemente por su misma condición durante ésta etapa, ya que la adolescente se encuentra en rebeldía, en una etapa de identificación, que lleva consigo, ya sea por imitación, su búsqueda de identidad, el de ser aceptados por sus mismo compañeros adolescente, a la práctica de hábitos nocivos, como lo son el alcoholismo, tabaquismo o incluso drogadicción,; practicas que en las adolescentes en estudio estuvieron presentes, el 49% fumó durante el embarazo, generalmente en el primer mes, un 25% tuvo ingesta de alcohol, el 17% ingesta de medicamentos, y un 6% el uso de drogas (marihuana).

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos, los motivos principales para no utilizar métodos de planificación en adolescentes embarazadas fue por perder espontaneidad en la relación, desconocer los métodos de planificación familiar, y no tener acceso a unidades de salud, donde se proporcionan los métodos, por lo que a pesar de las campañas de Sexualidad en este grupo poblacional, así como el uso de métodos de planificación familiar, no se han obtenido buenos resultados. Las adolescentes que utilizaron algún método de planificación, en este caso el hormonal inyectable, lo hacían de forma irregular, y tener pleno conocimiento sobre los beneficios, o contradicciones para el uso de este método.

Por lo que la educación sexual y la salud, sigue siendo vital, para la búsqueda de nuevas estrategias, no solamente para la prevención de embarazos a esta edad, sino por todas las complicaciones que se presentan, desde el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, hasta las crisis individuales y familiares que presentan las pacientes.

ANEXO 1. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA No. 4.
"LUIS CASTELAZO AYALA"
COORDINACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

NUMERO PROGRESIVO: _____

FECHA: _____ EDAD: _____ ESCOLARIDAD: _____

OCUPACIÓN: _____ RELIGIÓN: _____ EDO. CIVIL: _____

1.- ¿A qué edad comenzó a menstruar? _____

2.- ¿Tuvo suficiente información para comprender lo que sucedía en su cuerpo?: SI: _____
NO: _____

3.- ¿A qué edad comenzó a tener relaciones sexuales? _____

¿Con quién? _____

4.- La primera relación sexual fue por:

) Deseaba saber lo que se sentía. _____

) Estaba enamorada. _____

) Estaba confundida. _____

) Fue forzada: _____

) Otra ¿Cuál? _____

5.- ¿Sabía lo que era una relación sexual? SI _____ NO _____

6.- ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido? _____

7.- ¿Utilizó algún tipo de protección? SI _____ NO _____

¿Cuál? _____

8.- Motivo por el cuál no utilizó un método de protección (planificación familiar):

) Temor a ser rechazado por la pareja. _____

) Perder espontaneidad en la relación. _____

) Desconocer los métodos de planificación familiar. _____

) No tener acceso a Unidades de salud, donde se proporcionen los
Métodos. _____

) No contar con dinero para comprar un método de planificación fa-
miliar. _____

) Creer que existían pocas posibilidades de un embarazo? _____

) Utilizar el método del ritmo: _____

) Otras (especifique). _____

9.- ¿Cuántas veces se ha embarazado?: _____ ¿A qué edad tuvo su
primer embarazo? _____ ¿Cuánto peso su primer bebé? _____

Fue: Parto normal: _____ Césarea: _____

Motivo de la césarea: _____ Fórceps: _____

10.- Durante su embarazo fumó: _____ Tomó medicamentos: _____

Utilizó drogas: _____ Tomó alcohol: _____

11. En qué mes de su embarazo acudió a consulta médica para su valoración:

12.- ¿ Su embarazo fue deseado?: SI _____ NO _____

13.- ¿Ha tenido algún aborto? SI _____ NO _____

14.- Fue aborto espontáneo: _____ Fue aborto provocado: _____ Otro _____

15.- ¿Ha acudido a alguna platica sobre la adolescencia? SI _____ NO _____

LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE ES CONFIDENCIAL, LO ANTERIOR NOS AYUDARA A ORIENTAR
MEJOR A JÓVENES COMO USTED.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Torres RA. La Planificación Familiar en el ocaso del siglo XX. Perinatol Reprod Hum. (2):108-114.
- 2.- Cravioto GMC. De la Planificación Familiar a la salud reproductiva. Gac Med Mex. 2000;136(1):32-36.
- 3.- Nazar BA, Halperin FD, Salvatierra IB. Efecto de las prácticas anticonceptivas sobre la fecundidad en la región fronteriza de Chiapas, México. Salud Pub Mex 1999;38(1):13-19.
- 4.- Gual CC. El derecho a la libre desición. XV años de planificación familiar en México. Gac Med Mex 2000;136(1)31-32.
- 5.- Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (OM-005-SSA2-1993).
- 6.- Espinosa-De los Reyes VM. Vinculación de la planificación familiar con la salud de la mujer y la salud perinatal. Gac Med Mex 2000;136(1) 39-42.
- 7.- La salud reproductiva parte integrante del desarrollo humano.Rev Panam Salud Pública 1998;4(3):211-217.
- 8.- García HME, Montoya MS, Manterola AD. Causas de aceptación y no aceptación de métodos anticonceptivos en el postaborto inmediato. Ginecol Obstet Mex 2000;68(6):254-258.
- 9.- Rosenfeld JA, Everett K. Teenage women´s use of contraceptives in two populations.J Am Board Fam Prac 2001;14(1)1-6.
- 10.- Baird DT, Glasier AF. Science, medicine, and the future. Contraception BMJ 1999, 319(7215):969-972.
- 11.- Morales DOA, VEGA SA, Fuentes SG, Pérez PG. Anticoncepción postaborto. Ginecol Mex 1998;66(2)65-68.

- 12.- Lozano BA. La contracepción hormonal. Rev Med Integr 199,33(4).
- 13.- Santana PF, Gómez AM, Real CRM. Sistema de implantes subdérmico: Norplant. Rev Cub Edocrinol 2000;11(1):41-50.
- 14.- Vasconcelos AM, Und UJM. Implantes anticonceptivos de Levonogestrel. Realidades y controversias de un método anticonceptivo actual. Ginecol Obstet Mex 1996;64(11):498-502.
- 15.- Muñoz GE, Mattos GI, Peramo MB. Anticoncepción y sexualidad en la adolescencia. Toko – Ginecología Practica 1999;8(635):81-87.
- 16.- Carazo TE, Blanco MJN. Principios xde la anticoncepción. Semergen 2001;27(1):27-37.
- 17.- Mac Coy NL, Matyas JR. Oral contraception and sexuality in university women. Arch Sex Behav 1996;25:73-90..
- 18.- Perrson et al. Sources of information, experiences and opinion in sexuality, contraception and STD protection among young swedish students. Contraception 1992;8(1):41-49.
- 19.- Polneczky, et al. The uso levonorgestrel implants (Norplant) for contraception adolescent mother. N Engg J Med 1994;331(18):1201-6.
- 20.- Creatsas GK. Sexuality:sexual activity and contraception during adolescence. Curr Opin Obstet Gynecol 1993;5(6):774-783.
- 21.- Beneficios de los servicios de planificación familiar. Eur JContracept Reprod Health Care 1996;225-230.
- 22.- Planificación familiar En: Guía de Actuación en Atención Primaria de SEMFYC. Barcelona, 1998.
- 23.- Mendoza D, Rábago A, Hinojosa A. Salud reproductiva en adolescentes. Demos 1991:34.

24.- Abma JC, Sonwnatein FL. Sexual activity and contraceptive practices among teenagers in the United States, 1998 y 1995. *Contraception* 2001;(21):79.

25.- Martin K, Wu Z. Contraceptive use in Canada. *Family Planning Perspectives* 2000;32(2):65-73.

26.- Zheng Z, Zhou Y, Zheng L, Ynag Y, Zhao D, Lou C, et al. Sexual bethaviour and contraceptive use among unmarried, young women migrant workers five cities in China. *Reproductive Health Matters* 2001;9(17):118-127.

27.- Lete I, Bermejo R. Coll C, Duenas JL, Doval JL, Martínez-Salmean, et al. Use of contraceptive methods in Spain: results of national survey. *Contraception* 2001;63(4):235-238.

28.- Schor N, Ferreira AF, Machado VL, Franca AP, Pirotta KC, Alvarenga AT. Et Al. And contraception, knwied and use of contraceptive methods. *Cuadernos de Salud Pública* 2000;16(2):377-384.

29.- Mc Cary JL, Mc Cary SP, Alvarez-Gayou JL, Del Río C, Suárez JL. *Sexualidad Humana de Mc Cary*. Manual Moderno 5ta. Edición. Pág 232-245.

30.- Díaz Loving R. Personalidad, valores y patrones sexuales relacionados con el SIDA. En j Piña (Ed): *Hermosillo Sonora*. Universidad de Sonora.