



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 49, LOS MOCHIS, SINALOA,

**INCIDENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA U.M.F. No. 7
HIGUERA DE ZARAGOZA, AHOME, SINALOA, DURANTE EL PERIODO
2009-2010**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. JOSÉ ARTURO BELTRÁN AVITIA

LOS MOCHIS, SINALOA

2010



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.

**INCIDENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA U.M.F. No. 7
HIGUERA DE ZARAGOZA, AHOME, SINALOA, DURANTE EL PERIODO
2009-2010**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. JOSÉ ARTURO BELTRÁN AVITIA

AUTORIZACIONES

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**DR. ISAIAS HERNADEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**INCIDENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA U.M.F. No. 7
HIGUERA DE ZARAGOZA, AHOME, SINALOA, DURANTE EL PERIODO
2009-2010**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. JOSÉ ARTURO BELTRÁN AVITIA

AUTORIZACIONES

DR. FEDERICO ARTURO FÉLIX MÉNDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 49

M C PAULA FLORES FLORES
ASESOR DE TEMA Y METODOLÓGICO
COORDINADORA DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD

TÍTULO

**INCIDENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA U.M.F.
No. 7 HIGUERA DE ZARAGOZA, AHOME, SINALOA, DURANTE
EL PERIODO 2009-2010**

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS Y NUESTRA BUENA MADRE MARÍA

**QUIENES ME BRINDAN DIA CON DIA SALUD, SABIDURIA Y
FORTALEZA Y ME PERMITIERON CULMINAR MI ESPECIALIDAD.**

A MI ESPOSA E HIJOS:

**POR SU AMOR, APOYO INCONDICIONAL Y ESTIMULO CONSTANTE
QUE ME ALENTARON PARA NO DESFALLECER Y CULMINAR UN
SUEÑO**

A MIS PADRES:

**QUE ME DIERON EDUCACION Y ME HICIERON GENTE DE BIEN, Y EN
ESPECIAL A MI MADRE QUE DIOS TENGA EN SU GLORIA Y A QUIEN
DEBO LO QUE SOY, BENDITA SEAS.**

A MI ALMA MATER

**QUE ME FORMO COMO MEDICO Y HOY ESPECIALISTA,
ETERNAMENTE AGRADECIDO**

AL IMSS

**MI SEGUNDA CASA, GRACIAS POR DARME LA OPORTUNIDAD DE
SUPERARME DIA CON DIA PARA EL BIEN DE MIS PACIENTES**

A MIS TUTORES

**POR SU ESTIMULO CONSTANTE, CONSEJO DESINTERESADO Y DON
DE GENTES, GRACIAS POR SU APOYO**

INDICE GENERAL

1. Resumen.....	7
2. Introducción.....	8
3. Marco teórico.....	9
4. Planteamiento del problema.....	38
5. Justificación.....	40
6. Objetivos.....	42
- General.....	42
- Específicos.....	42
7. Metodología.....	43
- Tipo de estudio.....	43
- Población, lugar y tiempo de estudio.....	43
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	43
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.....	44
- Información a recolectar y variables a recolectar.....	45
- Método o procedimiento para captar la información.....	46
- Análisis estadístico.....	48
- Consideraciones éticas.....	49
8. Resultados.....	50
- Gráficas y cuadros.....	53
9. Discusión (análisis de resultados).....	65
10. Conclusiones.....	67
11. Referencias bibliográficas.....	70
12. Anexos.....	72

RESUMEN

Objetivo: Determinar la incidencia de embarazo en adolescentes, que acude a la consulta de medicina familiar en la U.M.F. No. 7, del I.M.S.S. en Higuera de Zaragoza, Ahome, Sinaloa.

Material y Métodos: Tipo de estudio: Encuesta descriptiva. Se realizaron 58 encuestas a embarazadas adolescentes de 14 a 19 años de edad, de Septiembre de 2009 a Agosto de 2010. Se utilizó un cuestionario que se aplicó mediante entrevista directa, para evaluar edad de embarazo, estado civil, lugar de residencia, escolaridad, deserción escolar, menarca, inicio de vida sexual activa, número de embarazos, número de partos, número de cesáreas, número de abortos, patologías durante el embarazo, antecedentes de la madre en la adolescencia.

Resultados: Se estudiaron 58 adolescentes embarazadas con una edad promedio de embarazo de 17.46 años, el mayor porcentaje de embarazos se observó entre las edades de 17 y 18 años con un 60.34%. El estado civil mayormente encontrado fue el de madre soltera con un 36.21%, seguido por el de casada con un 32.76%. El 62.07% de las embarazadas provenían del medio rural. Encontramos una alta incidencia del 70.69% que actualmente cursan la preparatoria. El promedio de edad de la menstruación fue de 12.87 años. La edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue de 16.79 años

Palabras clave: incidencia, adolescentes, embarazo.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia constituye un importante problema de salud Pública tanto en México como América Latina y el resto del mundo.

Actualmente en México se registran aproximadamente 430,000 embarazos anuales en adolescentes. En los últimos quinquenios el embarazo en adolescentes ha aumentado significativamente y muchos de estos embarazos presentan problemas debido a que la madre adolescente tiene limitación de oportunidades educativas, rechazo del entorno familiar e inmadurez biopsicosocial. La conjunción de estos factores inciden de manera adversa tanto en la salud materna, como en la relación madre-hijo y finalmente en el potencial logro de las expectativas de realización humana. (17)

En México como ya se mencionó, el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, y más en el medio rural, por ello el interés de investigar la incidencia de embarazos que se presenta en la U.M.F. No. 7 de Higuera de Zaragoza, Ahome, Sin., ya que no existen estadísticas de éste problema

MARCO TEÓRICO

Antes de definir embarazo precoz, comenzaremos por aclarar algunos conceptos acerca de la adolescencia. Dos términos que a veces se confunden son pubertad y adolescencia:

La pubertad

Es la etapa en la cual los órganos sexuales primarios inician su madurez y empiezan a aparecer los secundarios. Debemos añadir que con ella empieza esa fase más amplia llamada adolescencia. A la pubertad la podemos considerar un fenómeno biológico durante el cual el cuerpo experimenta una serie de transformaciones sexuales que permiten la procreación. (3)

La adolescencia

Se deriva de la pubertad, ya que es la respuesta psíquica y social originada por los cambios corporales. Pero la gran diferencia entre una y otra etapa es que en la pubertad se descubre el sexo y durante la adolescencia se da un paso más allá, es decir se ponen en práctica los descubrimientos anteriores: aparecen las fantasías sexuales y los genitales se definen. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha definido desde el punto de vista cronológico como “el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones

psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica, comprendida entre los 10 y 20 años”.

En muchos países los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En el año 2000 había 1,1 millones de adolescentes en el mundo. (4)

Cada adolescente que enfrenta un embarazo tiene una manera individual de reaccionar ante el impacto psicológico que esto genera. Afortunadamente existen características conductuales que se repiten con frecuencia y orientan para su evaluación clínica. Allí radica la importancia de la división en etapas de la adolescencia antes mencionada. (3)

La adolescencia temprana (10 a 13 años)

Biológicamente es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades con individuos del mismo sexo. Intellectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa por sus cambios corporales personales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

La Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Es la edad promedio de inicio de la experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgos. Muy preocupados por su apariencia física, se manifiestan fascinados por la moda.

La Adolescencia tardía (17 a 19 años)

En ella casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. (4)

Embarazo precoz

Es aquel que ocurre durante la adolescencia (10 a 19 años), momento en el cual no se reúnen las condiciones de madurez sexual ni psicosocial para asumir la maternidad o paternidad en forma sana integralmente El embarazo precoz debe ser analizado con un enfoque integral. Lo primero a considerar es el proceso de maduración sexual con todos los cambios que involucra la etapa puberal, tanto desde el punto de vista biológico como psicosocial, y que determinan factores de riesgo en todos los aspectos que implican la salud reproductiva. Estos factores se han dividido en personales, familiares y sociales. Entre los personales tenemos: a) edad de la menarquia: puede aparecer entre los 9 años y 2 meses; a los 15 años y 5 meses, experimentando trastornos que pueden durar las primeras 24 reglas; estos ciclos pueden ocurrir sin o con ovulación. En cuanto a los factores familiares se encuentran los siguientes: a) inestabilidad familiar, carencia de una guía moral

de valores que lleva a tomar decisiones equivocadas; b) falta de comunicación, hablar de sexualidad es un tema prohibido en la mayoría de las familias, con la consecuencia de que no reciben la orientación adecuada; c) maltrato físico (incluso abuso sexual); d) familiares muy estrictos o muy permisivos; e) falta de afecto en el hogar. Por último los factores sociales: a) liberación de costumbres, el sexo fuera de hogar es un tema de libre comentario y ejercicio; b) estrato social, aunque abarca todos los niveles sociales, es más frecuente en los estratos sociales de menos recursos. c) presión grupal y de pareja. Con el objetivo de ser aceptados por su grupo pueden iniciar la actividad sexual porque lo hacen todas sus amigas y en la mayoría de los casos no están preparadas física, ni psicológicamente para una relación satisfactoria; d) influencia de los medios de comunicación social que utilizan el sexo permanentemente en publicidad, cine, prensa, televisión; constituyendo un bombardeo erótico, al cual se encuentran sometidos niños y adolescentes; f) falta de políticas coherentes; a pesar de ser un problema de salud pública, no recibe el apoyo de los niveles de decisión pertinentes con políticas y recursos necesarios para enfrentarlo; g) abuso sexual, tanto realizado con violencia física como psicológica; h) prostitución y pornografía en adolescentes.

El embarazo precoz es de alto riesgo y según las estadísticas se presentan con mayor frecuencia los problemas obstétricos en el grupo de menores de 15 años. La morbilidad más frecuente es hemorragia del primer trimestre, Preeclampsia y eclampsia, desproporción céfalo pélvica y distocias. La morbilidad perinatal también es de elevada incidencia, lo más frecuente es la prematuridad, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas, relacionándose con una alta mortalidad durante el primer año de vida. (3)

Embarazo en la adolescencia:

Se lo define como: “el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen”.

La tasa de fecundidad adolescente promedio en el mundo se estima en 49.7 por mil para el periodo 2000-2005, pero esta tasa está lejos de reflejar la diversidad de experiencias existentes. Los países con los niveles más altos, mayores a 200 por mil (Liberia, Nigeria, Sierra Leona, Somalia y Uganda), se ubican en África donde la tasa de fecundidad adolescente promedio supera los 100 por mil. En Asia ese promedio se estima en 35 por mil, un valor mucho menor que el de África, semejante al de Oceanía (32.3 por mil) y bastante superior al de Europa (20.3 por mil). El promedio asiático esconde la existencia de países con tasas superiores a 100 por mil (Afganistán, Bangladesh, Nepal, Yemen) y países con los niveles más bajos de fecundidad adolescente del mundo (Japón, China, las dos Coreas, Singapur), similares a los de algunos países europeos como Holanda, Suiza, Italia, España, y Suecia, entre otros, todos con tasas entre el 3 y el 6 por mil.

El inicio y la progresión de la pubertad varía grandemente, y está influenciado por factores étnicos, localización geográfica, y estado nutricional. Hallazgos recientes del Research in Office Settings Network encontró un desarrollo de los caracteres sexuales secundarios en adolescentes estadounidenses de 6-12 meses más temprano que en estudios previos. La edad de la menarca en mujeres caucásicas no ha cambiado, pero ocurre 3-6 meses antes que en mujeres afro americanas. La maduración física temprana no garantiza una maduración del desarrollo social,

madurez cognitiva, o tomar decisiones. La tasa de adolescentes estadounidenses está disminuyendo. La tasa en 1990 de mujeres de 15-19 años fue de 59.9 por mil mujeres, esta ha disminuido significativamente a 51.1 por mil mujeres en 1998.

Estos datos recabados por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades, indica que el decremento puede deberse a la disminución de la actividad sexual en adolescentes y al incremento en el uso de los contraceptivos en aquellas que tienen actividad sexual. Esta disminución en los embarazos de adolescentes se está observando en los países desarrollados. Muy bajas tasas se identificaron en 10 ciudades principalmente en el Oeste, Noreste y Sureste de Europa, y fue alrededor de 10 por mil adolescentes entre 15-19 años observado a mediados de los años 1990s. En USA la tasa de abortos en adolescentes disminuyó substancialmente de 40.6 por 1,000 mujeres con edades de 15-19 años en 1990 a 29.2 en 1996. (4)

Las consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos en adolescentes nos indica que el comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

a.- Sociedad Represiva:

Niega la sexualidad, considerando el sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos.

b.- Sociedad Restrictiva:

Tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

c.- Sociedad Permisiva:

Tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

d.- Sociedad Alentadora:

Para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del pacífico.

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que son importantes las consideraciones siguientes:

1.- Estrato medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas interrumpen la gestación voluntariamente.

2.- Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan a su hijo.

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a un adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse.

Los factores predisponentes para el aumento de los embarazos en adolescentes contemplan los siguientes aspectos:

1. - **Menarca Temprana:** Otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
2. - **Inicio Precoz De Relaciones Sexuales:** cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. - **Familia Disfuncional:** uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a las relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
4. - **Mayor Tolerancia Del Medio A La Maternidad Adolescente Y/O Sola.**

5. - Bajo Nivel Educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

6. - Migraciones Recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

7. - Pensamientos Mágicos: propios de ésta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

8. - Fantasías De Esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

9. - Falta O Distorsión De La Información: es común que entre adolescentes circulen “mitos” como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

10. - Controversias Entre Su Sistema De Valores Y El De Sus Padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces las jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tienen relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

11. - Aumento en el número de adolescentes alcanzando el 50% de la población femenina.

12. - Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

Los factores Determinantes para el aumento de embarazos en adolescentes consideran los siguientes aspectos:

1. – Relaciones Sin Anticoncepción
2. - Abuso Sexual
3. - Violación

Los aspectos psicosociales del embarazo en las adolescentes toman en cuenta los siguientes parámetros:

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos, y en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida , remplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como “hija-madre”, cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico.

Así por temor a perder lo que creen tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan.

En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del “abuso sexual”, en la mayoría de los casos por su padre biológico.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas, carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

Las actitudes de las adolescentes hacia la maternidad, considera que el embarazo es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si como muchas veces ocurre, es

un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tienen establecida la identidad de género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar. Es muy común que “dramaticen” la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizando como “poderoso instrumento” que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de auto cuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia del compañero.

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas el papel de madre joven.

Las consecuencias de la maternidad en las adolescentes se les agregan las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables y las psicosociales.

Las consecuencias para la adolescente, es el frecuente abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras

oportunidades de lograr buenos empleos y posibilidades de realización personal, al no cursar carreras de su elección.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

Las consecuencias para el hijo de la madre adolescente, es de que tienen mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación, también se ha reportado una mayor incidencia de “muerte súbita”.

Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. (5)

Dentro del enfoque de riesgo para la atención de la adolescente embarazada, la primera pregunta que debemos responder es si se considera a las adolescentes gestantes como de alto riesgo obstétrico y perinatal. La segunda pregunta es como separar a las adolescentes que son de alto riesgo de las que no lo son. Una tercera pregunta es saber cuáles son esos factores predictores y si son biológicos o psicosociales. La cuarta pregunta es saber si es posible aplicar modelos de atención simples que permitan aplicar factores predictores de riesgo y concentrar

los recursos de mayor complejidad y de mayores costos en las adolescentes necesitadas.

Para aplicar un modelo de atención basado en factores de riesgo obstétrico y perinatal, conviene dividir a las adolescentes embarazadas en 2 grupos: de alto riesgo y de mediano riesgo.

El grupo de alto riesgo obstétrico y perinatal considera: los antecedentes de patología médica obstétrica general importante, antecedentes de abuso sexual, desnutrición, estatura menor de 1.50 metros o menor, cursar los primeros 2 años de enseñanza media.

El grupo de mediano riesgo obstétrico y perinatal incluye: menarca a los 11 años o menos, actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo, ser la mayor de los hermanos.

Los problemas que se pueden presentar en los controles prenatales, se los puede agrupar en trimestres. Durante el primer trimestre se presentan trastornos digestivos en el 1/3 de las gestantes adolescentes se presentan vómitos, proporción bastante semejante a la población adulta. Las metrorragias ocurren en un 16.9% de las adolescentes. LeRoy y Brams detectaron un 28.2% de abortos espontáneos en las adolescentes. Según Aumerman ocurren en el 0.5% de las gestantes embarazadas contra 1.5% de las adultas.

Durante el segundo y tercer trimestre, se observa anemia especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica. Las infecciones de vías urinarias se observan discretamente aumentadas en las embarazadas adolescentes. La hipertensión arterial gravídica se observa un mayor porcentaje en gestantes menores de 15 años, notándose una disminución sensible en la frecuencia de la eclampsia dependiendo de la procedencia de la gestante, su nivel social y la realización de controles prenatales. El parto prematuro es más frecuente en las adolescentes. Las desproporciones céfalo pélvicas son frecuentes en las adolescentes que inician el embarazo antes que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez. (5)

ESTADOS UNIDOS

En E. E. U. U. cerca de 750 mil adolescentes entre los 15-19 años se embarazan. Las tasas de embarazo en adolescentes en este país se situaron en el nivel más bajo en 30 años, bajando un 36% en 1990 desde su pico más alto. Investigadores recientemente sugieren que el incremento de la abstinencia y los cambios en las prácticas anticonceptivas, son las responsables de la disminución de los embarazos en adolescentes.

En general los estados con mayor número de adolescentes, también tiene el más alto número de embarazo en adolescentes. California reportó el más elevado número de embarazo en adolescentes (113,000), seguido por Texas, Nueva York, Florida e Illinois (con cerca de 37,000-80,000 cada uno). El número más pequeño de embarazo en adolescentes fueron en Vermont, North Dakota, Wyoming, South

Dakota y Alaska, todos reportaron menos de 2,000 embarazos en mujeres con edades entre 15-19 años. (6)

A mediados de 1990 E.E.U.U. tuvo tasas muy elevadas de 50 o más nacimientos por 1,000 adolescentes por año. (7)

En los años recientes, los Estados Unidos tienen las más altas tasas de embarazos en adolescentes de cualquier nación del mundo desarrollado. Sin embargo, desde 1991 éstas tasas han tenido un decremento significativo. Las tasas de embarazo entre las edades de 15 a 19 años disminuyeron 27% de 1991 a 2000 y las tasas de nacimientos disminuyeron 33% entre 1991 y 2003.

Las reducciones en las tasas de embarazos en adolescentes son el resultado de 2 cambios en el comportamiento: actividad sexual y uso de anticonceptivos. Entre 1971 y 1988 la edad de inicio de las relaciones sexuales en las adolescentes estadounidenses se hizo cada vez más joven, demostrado por el incremento en la proporción de adolescentes que tuvieron relaciones sexuales. A comienzo de 1990 se invirtió esa tendencia y disminuyeron las experiencias sexuales, esto ha sido documentado en la escuela y encuestas a domicilio.

Conservadores sociales en Estados Unidos atribuyen en mucho la reciente disminución de las tasas de embarazo en adolescentes a un incremento en la abstinencia de las relaciones sexuales. Como consecuencia el gobierno de los Estados Unidos promueve ahora la abstinencia antes del matrimonio como un mensaje preventivo para las adolescentes.

Estos autores en análisis previos encontraron datos representativos derivados de muestras de estudiantes de nivel secundaria de Estados Unidos, en un intento para entender la disminución de las tasas de embarazo en adolescentes. Encontraron incrementos significativos en el uso de anticonceptivos en adolescentes entre los 15 a 17 años de edad, entre 1991 y 2001 y estimaron que la mejora en el uso de los anticonceptivos y el retraso en el inicio de las relaciones sexuales, contribuyeron igual para la disminución de la tasa de embarazos.

En relación con las encuestas nacionales, El Estudio Nacional de crecimiento de la Familia (NSFG) incluye más datos en adolescentes de más edad y aquellos que han abandonado la escuela y han recogido una información más detallada del uso de anticonceptivos. En comparación con los estudios basados en la escuela, estos análisis de la (NSFG), mostraron una contribución más amplia del uso de anticonceptivos para la disminución de las tasas de embarazos en adolescentes.

(8)

En Estados Unidos la tasa de aborto en adolescentes disminuyó substancialmente de 40.6 por 1000 mujeres en edades de 15 a 19 años en 1990 y a 29.2 en 1996.

El desarrollo adecuado de la sexualidad en adolescentes es un tema de preocupación para todos los prestadores de servicios de salud. Esfuerzos por proveer información dando asistencia y dotándolos de herramientas para reducir el embarazo en adolescentes requiere de un enfoque multifacético en el hogar, en la escuela y en todos los medios del sector salud. (9)

Dos factores que colocan a los adolescentes en riesgo de embarazo (y enfermedades de transmisión sexual) son los múltiples compañeros sexuales de la misma edad y mayores.

De acuerdo con la NSFG 2002, casi uno de cada diez adolescentes masculinos o femeninos con experiencia sexual reportaron tener cuatro o más compañeros sexuales en los 12 meses previos. Una investigación de la tendencia de los niños, encontró que en 2002, 13% de las niñas con edades de 15 años y más jóvenes reportaron haber tenido una experiencia sexual con un individuo 3 años mayor o de más de edad. Más de uno de cada cuatro bebés nacidos de madres de 15 a 17 años fue procreado con alguien que era 5 años mayor. Y adolescentes jóvenes que tuvieron sexo con individuos de mayor edad reportaron un mayor número de compañeros sexuales durante la escuela secundaria.

El sexo involuntario en adolescentes es un asunto de gran preocupación. Un análisis del NSFG 2002 encontró que el 13% de las mujeres que tuvieron sexo antes de la edad de 20 años reportaron que ellas realmente no querían que su primera relación sexual sucediera en ese momento. Entre las mujeres de 14 años de edad o más jóvenes en su primera relación sexual, más de un cuarto (27%) no querían que su primera relación sexual sucediera, comparada con el 12% de las edades de los 15 a los 17 años y 5% de las edades de 18 a 19 años.

Los ingresos familiares tienen algún impacto en el comportamiento sexual. Las niñas de bajos ingresos (familia con ingresos menores al 149% del nivel federal

de pobreza (FPL) de edades de 15-19 años tienen actividad sexual ligeramente mayor antes de los 20 años de edad que las niñas con ingresos más altos (familias con ingresos arriba del 300% del (FPL). Las niñas de ingresos elevados son más propensas a usar anticonceptivos en su primera relación que su contraparte las de bajos ingresos. Las diferencias actuales o recientes en el uso de anticonceptivos debido a su estado socioeconómico son un poco menores que para el uso de anticonceptivos en su primera relación sexual. (20)

REINO UNIDO

En El Reino Unido, la incidencia de embarazo en adolescentes es la más alta del Oeste de Europa. La edad media de inicio de las relaciones sexuales en el Reino Unido a inicio de 1990 fue alrededor de los 16 años de edad para ambos sexos.

Es importante reconocer que para algunas mujeres jóvenes, particularmente de ciertas etnias o grupos sociales, el embarazo en adolescentes puede ser una elección de vida. La tasa de embarazo en adolescentes dentro del matrimonio es alta. Sin embargo para muchas otras mujeres jóvenes, el costo del embarazo en la adolescencia puede ser muy alto, particularmente cuando se vinculan con la pobreza. Estos riesgos incluyen los resultados más pobres para los hijos de madres adolescentes, como también para las propias madres.

La mortalidad infantil entre bebés de madres adolescentes es 60% que entre los bebés de madres de mayor edad. La prevención de embarazos no deseados es de alta prioridad en muchos países. En el Reino Unido, las estrategias se basan en

ciclos de exclusión social y las desventajas que ambos causas y el seguimiento del embarazo en adolescentes.

Las pruebas de alta calidad muestran que los programas de salud del comportamiento usando educadores de la misma edad, reduce la prevalencia de actividad sexual a la edad de 16 años. Aunque los programas que promueven la abstinencia tienen un recurso lógico, no hay estudios de alta calidad que demuestren la efectividad de estos enfoques, y muchos de esos programas no han sido aceptados por muchos adolescentes o profesionales ya que pueden limitar potencialmente los derechos y la autonomía de los jóvenes.

En el Reino Unido 75% de la gente joven en adolescencia temprana y 85% en la adolescencia intermedia, de ambos sexos, han reportado que han usado una forma efectiva de anticonceptivo la última vez que tuvieron relaciones sexuales. Los adolescentes usan en forma escasa los anticonceptivos de barrera y hormonales. Los condones siguen siendo el anticonceptivo de elección de los jóvenes. Más del 75% informaron que utilizaron preservativo en su última relación sexual (15% reportaron que usaron anticonceptivo oral, 1% anticonceptivo inyectable, y 6% anticonceptivo de emergencia).

La anticoncepción de emergencia no es un sustituto para una forma regular de anticoncepción y no protege contra las infecciones de transmisión sexual. Sin embargo el acceso al anticonceptivo de emergencia es una importante y efectiva medida preventiva contra un embarazo no deseado.

Proporcionar servicios de salud sexual y anticonceptivos a una “edad apropiada” en un medio ambiente y forma adecuada es particularmente importante para los adolescentes.

La gente joven reporta que la confidencialidad, un enfoque sin prejuicios, informalidad y accesibilidad, y la capacidad de elegir entre un hombre o mujer trabajador de la salud son los más importantes factores para decidir si desea usar los servicios. (10)

ESPAÑA

España ocupa una posición media en la lista de países europeos, según un estudio realizado por la UNICEF. En el que se comparan las tasas de nacimiento en adolescentes (tasa de nacimientos por mil mujeres de 15-19 años) de 27 países desarrollados, siendo la tasa del grupo de 18-19 años 3 veces superior al del grupo de 15 a 17 años.

Los datos del Instituto Nacional de Estadística indican que, aunque ésta tasa presentó un descenso en España hasta el año 1996, ha sufrido desde entonces un ascenso progresivo, alcanzando en el año 2000 un valor de 9.04.

Pese a que existen variaciones según el entorno sociocultural analizado, se estima que entre un 60 y un 90% de éstos embarazos son no deseados y el 9% de las jóvenes españolas que han tenido relaciones sexuales completas, declara haberse quedado en alguna ocasión sin haberlo deseado. (11)

La interrupción voluntaria de embarazo (IVE) en mujeres adolescentes (IVE por mil mujeres menores de 19 años) en ha tenido también una progresión ascendente. En el año 2000 fue de 7.49, la más elevada desde 1991.

Publicaciones realizadas en Estados Unidos y Reino Unido se insiste desde hace unos años en la tendencia creciente de ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) diagnosticadas en todas las edades y sobre todo de las infecciones por Chlamydias y gonococos especialmente en adolescentes. De lo poco conocido puede deducirse que el mismo fenómeno descrito en otros países se está dando en España. En la evolución de diagnósticos realizados en los centros de ITS se aprecia una disminución en la tendencia de infecciones bacterianas, con un aumento en las víricas, como en la población general. (12)

ARGENTINA

En Argentina, en una encuesta realizada en Buenos Aires en la población estudiantil en 1995, se observó que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales fue de 14.9 años en varones y 15.7 años en mujeres variando la proporción según el tipo de escuela a la que asistían (religiosa, laica, laica de sectores populares). El 95% de los adolescentes de la encuesta manifestó tener información sobre cómo evitar el embarazo. Un 70% de los que mantenían relaciones sexuales utilizaban algún método efectivo para evitar el embarazo en la primera relación, siendo el preservativo el método más utilizado. (13)

La maternidad adolescente no es una fantasía de chicas de colegio sino una realidad: de los 700,000 bebés que nacen anualmente en la Argentina, alrededor de 100,000 son hijos de madres menores de 20 años. Estos 100,000 bebés no son todos primogénitos. El 30% de éstas madres está teniendo su segundo o tercer hijo.

Sería necesario valorar el peso real en el crecimiento de la población y circunscribirlo a los sectores de la misma en los que el fenómeno se concentra, que generalmente son los sectores más pobres de nuestra sociedad, los cuales son, además, aquellos en los que la fecundidad de por sí es muy elevada, independientemente de la edad al primer nacimiento.

El 14.6% de los bebés nacidos vivos en Argentina son hijos de madres menores de 20 años según estadísticas oficiales y la mayoría de ellas proviene de hogares de bajos recursos económicos, en una proporción de 17 a 1 respecto de las de más altos ingresos.

Tres de cada cuatro niños que nacían en Argentina a comienzos de 2003 llegaban a un hogar pobre y, en mayo de ese año, 6.3 millones de personas menores de 18 años estaban bajo la línea de pobreza y 2.8 millones en la indigencia.

La situación socioeconómica, definitivamente, condiciona el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes en Argentina. (14)

MEXICO

En México, el tema del embarazo adolescente se ha vuelto uno de los asuntos fundamentales de las políticas de población; desde distintas perspectivas se habla sobre el volumen de población adolescente, sobre su ritmo de crecimiento y de reproducción, así como del riesgo biopsicosocial que implica la maternidad adolescente. Sin duda todo esto es cierto, sin embargo se olvidan de que la maternidad temprana en nuestro país responde a un contexto económico, social y cultural. (15)

La población adolescente de México representa un quinto de la población en el país, lo que supone la oportunidad de desarrollo social y económico que garantice el crecimiento sustentable de la nación. La población adolescente de México se duplicó en términos porcentuales en los últimos 30 años. En 1970 representaba 11.4% de la población nacional; hoy representa 21.3%. Entre 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años.

Los más de 20 millones de adolescentes y jóvenes en México, harán decisiones y transiciones que determinarán el curso de sus vidas.

La mitad de los jóvenes y adolescentes (49.9%) se concentran en solo 7 de las entidades federativas: Estado de México (11.3%), Distrito Federal (8.4%), Veracruz (7.0%), Jalisco (6.6%), Puebla (5.1%), Guanajuato (5.1%) y Michoacán (4.4%). En el grupo de 15 a 24 años, 74% viven en áreas urbanas y el 26% viven en áreas rurales. (2)

Se sabe que la menarquia ocasiona un doble efecto: modifica la anatomía y la fisiología de las mujeres y las hace fértiles y por el otro, las estimula a ser sexualmente activas. Se han realizado estudios para determinar la edad de la menarquia; uno se llevó a cabo en el Distrito Federal y el otro en León, Guanajuato; se encontró que la edad promedio de aparición de la menarquia era a los 12.2 y 12.8 años, respectivamente. (23).

Distintos grupos sociales ejercen influencia en la conducta adolescente. En particular, se ha postulado que el tipo de familia en que el adolescente ha socializado con la que habita tiene una importante influencia sobre sus conductas sexuales y reproductivas. Así las familias “bien constituidas”, con ambos padres biológicos presentes, ofrecerían un ámbito protector. Los adolescentes provenientes de esas familias tendrían una probabilidad menor de adoptar conductas de riesgo, es decir, de tener una iniciación sexual temprana y relaciones sexuales sin protección. Y, por lo tanto de quedar embarazada o embarazar a su pareja. En un estudio en América Latina con adolescentes de 15-18 años se determinó que: las mujeres que no conviven con la madre ni con el padre registran la mayor frecuencia de conductas de riesgo, su falta de cuidado en materia de anticonceptivos es tres veces más frecuente en la primera relación que la registrada y casi nueve veces más frecuente en la última relación que la registrada por las chicas que conviven con ambos progenitores. (19)

La presente generación adolescente tiene acceso a más y mejores oportunidades de desarrollo que las generaciones previas, el perfil social es más urbano y ha aumentado el nivel promedio de escolaridad. Más de la mitad (59%) ha

completado la educación secundaria. La mayoría de los adolescentes son personas solteras (97% de los hombres y 93% de las mujeres) aunque se estima que cerca de cinco millones están casados o viven en unión libre y poco más de 240,000 cuenta en su haber con una unión disuelta. El grupo que inicia la vida marital más tempranamente es el de las mujeres residentes en localidades rurales; en las edades de 15 a 19 años una de cada cinco está casada o unida.

Un poco más de la mitad de los jóvenes (55%) refieren que ya han tenido relaciones sexuales, y su edad de inicio se encontró en el rango de 15 a 19 años. La primera relación sexual ocurrió en un alto porcentaje con una pareja sentimental, novio(a), o esposa(o). La edad de inicio del uso de algún método anticonceptivo es entre los 15 y 19 años para más de la mitad de los jóvenes, a la edad de 24 años prácticamente todos los jóvenes sexualmente activos están utilizando algún método anticonceptivo. Los métodos más comúnmente utilizados son el condón y el dispositivo intrauterino.

No obstante que la prevalencia de uso de anticonceptivos entre mujeres adolescentes unidas se incrementó de 30% en 1987 a 48.8% en el año 2000, sigue siendo la más baja con respecto a los grupos de edad y significativamente menor en comparación con el total de las mujeres unidas. Esta es una de las características distintivas de la población adolescente y pone de manifiesto que las estrategias para hacer llegar los métodos anticonceptivos a éste segmento de la población no han sido del todo exitosas.

Se estima que durante el año 2000 ocurrieron en el país cerca de 366 mil nacimientos de madres de 15 a 19 años, lo que representa el 17% del total de nacimientos y una tasa específica de fecundidad de 70.1 por mil mujeres de ese grupo de edad. A pesar de que en los últimos seis años el número de nacimientos se redujo en poco más de 10%, la prevención del embarazo no planeado en las adolescentes continúa siendo un desafío prioritario en salud reproductiva. (2)

En 1999 la encuesta realizada por la Mexfam en jóvenes de entre 13 a 19 años de edad resalta que 22.3% de los hombres y 10.3% de las mujeres ya habían tenido relaciones sexuales, y que la edad promedio de la primera relación fue a los 15 años; no se observó diferencia entre hombres y mujeres. Además, 44% de los adolescentes sexualmente activos declararon haber empleado algún método en su primera relación. La ENJ 2000 señala que 55.3% de jóvenes de 15 a 29 años de edad tienen actividad sexual; de los jóvenes que tuvieron relaciones sexuales 67.7% declaró que la edad de inicio fue entre los 15 y los 19 años. (18)

Durante el año 2000 se registraron 180 muertes maternas en mujeres adolescentes, lo que representa la cuarta causa de defunciones en mujeres de este grupo de edad.

El inicio temprano de la actividad sexual, las conductas de riesgo, el deterioro del tejido social y la falta de servicios apropiados para los adolescentes propician las infecciones de transmisión sexual, incluido el SIDA y los embarazos no planeados. Las madres adolescentes son responsables del 10% de los partos en el mundo, pero no todos los embarazos son indeseados.

El embarazo no planeado en los adolescentes es el producto de la falta de información sobre anticonceptivos, el sexo sin protección, la falla anticonceptiva o el uso incorrecto de anticonceptivo. (2)

La tasa de embarazo en adolescentes de 12 a 19 años de edad, en el 2005 fue de 79 por cada mil mujeres. Mientras la tasa de embarazo en adolescentes de 12 a 15 años fue de seis embarazos por cada mil, el número aumentó en las jóvenes de 16 y 17 años a 101 embarazos por cada mil, y el mayor incremento se observó en adolescentes de 18 y 19 años, entre quienes se alcanzó una tasa de 225 embarazos por cada mil mujeres. (22)

El reconocimiento del riesgo que representa el embarazo para las adolescentes ha dirigido la atención de obstetras, y sicólogos hacia ese sector de la sociedad. El mayor peligro de parto pretérmino y de las muertes neonatales en los hijos de madres adolescentes ha sido descrito por varios autores, que identifican además de la toxemia, partos prolongados y aumento de la incidencia de cesáreas en este grupo de riesgo; publicaciones especializadas coinciden en resaltar el incremento de la frecuencia de anemia, toxemia y complicaciones puerperales en estas pacientes. (21).

El embarazo en la adolescente, en la medida que no sea planeado por la pareja, contribuye a la presentación de las complicaciones obstétricas, disfunción familiar, problemas en el desarrollo del hijo y retraso en el desarrollo educativo de la futura madre. (16)

Se efectuó un estudio en una clínica del IMSS de Acapulco, Gro. en embarazadas adolescentes concluyendo, que el promedio de edad de embarazo fue de 17 años, promedio de escolaridad mayor a 6 años. Se observó mayor frecuencia de casadas, casi la mitad indicó que se embarazó para casarse o para salir de su casa. La aceptación del embarazo fue menor en éste estudio a lo reportado por otros autores. El 50% de las adolescentes encuestadas iniciaron su vida sexual entre los 15 y 19 años. Ortigoza refirió predominio de solteras y Gutierrez indicó 52% unión libre.

Algunos autores coinciden que el embarazo en la adolescencia implica frustración de sueños, planes y estudios venideros, por lo que la joven embarazada pasa a depender completamente de la familia o de la familia del cónyuge, en la mayoría de los casos, como se presentó en el estudio.

Si consideramos la fecundidad temprana a la luz de sus consecuencias económicas y sociales, puede decirse que un hijo a edades tempranas dificultará a la madre y al padre adolescente a una serie de oportunidades de desarrollo educativo y laboral.

La participación activa en el proceso de educación de la adolescente embarazada y el enfoque multidisciplinario e integral, continúan siendo una estrategia fundamental para atender éste importante problema de salud. (16)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde la segunda mitad del siglo XX, el tema del embarazo adolescente ha cobrado importancia a nivel mundial por su vigencia y que, como se sabe, está determinado por una gran variedad de factores, como los psicológicos.

Entre ellos destaca el estudio de la familia y su influencia en el comportamiento general del adolescente. En particular, aquellos factores que influyen en los adolescentes para iniciar una práctica sexual sin las medidas que reduzcan el riesgo de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual.

Respecto a las relaciones familiares en la región de Latinoamérica, en diversas publicaciones de México, Chile, Cuba, Colombia y Argentina, se ha señalado que la comunicación que hay entre madres e hijas embarazadas difiere de la comunicación que existe entre madres e hijas no embarazadas. También se ha reportado el hecho de que la madre de la adolescente embarazada ha sido: o adolescente cuando se embarazó por primera vez o madre soltera. (1)

Uno de cada 6 nacimientos en el país ocurre en mujeres menores de 19 años. El embarazo en la adolescencia, se considera desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo para la salud de la madre, su hijo y su pareja. (2)

Hoy en día observamos que el inicio de las relaciones sexuales en jóvenes se presenta cada vez a menor edad, lo cual puede tener consecuencias inesperadas

como la llegada de un embarazo no deseado y no planeado, esto puede estar influenciado por diferentes factores, la curiosidad por conocer el sexo, la influencia de la televisión proyectando programas sobre sexualidad en horarios donde fácilmente pueden ser vistos por los jóvenes, también considero como factor muy importante la desintegración que estamos viendo en la familia mexicana, donde los padres tienen que trabajar y la mayor parte del día se la pasan fuera de casa y la comunicación y cuidado sobre los hijos ha disminuido. Todo ello desde mi punto de vista, puede influir en la elevada incidencia de embarazos en adolescentes que se está presentando no solo a nivel nacional sino mundial.

Es por eso que queremos conocer: ¿Que incidencia de embarazos en adolescentes presenta la población derechohabiente de la U.M.F. no. 7, en Higuera de Zaragoza, Ahome, Sinaloa?

JUSTIFICACIÓN

La tasa de fecundidad adolescente promedio en el mundo se estima en 49.7 por mil para el periodo 2000-2005. Los países con niveles más altos, mayores a 200 por mil (Liberia, Nigeria, Sierra Leona, Somalia, Uganda), se ubican en África, donde la tasa de fecundidad adolescente promedio supera los 100 por mil, en Europa es del 20.3 por mil, los países con los niveles más bajos de fecundidad adolescente del mundo (Japón, China, las dos Coreas, Singapur), son similares a algunos países europeos como Holanda, Suiza, Italia, España y Suecia, entre otros todos con tasas entre el 3 y 6 por mil. (4)

En México la tasa de embarazo en adolescentes de 12 a 19 años de edad, en el 2005 fue de 79 por cada mil mujeres, mientras que en adolescentes de 12 a 15 años fue de 6 embarazos por cada mil, el número aumentó en las jóvenes de 16 y 17 años a 101 por cada mil, y el mayor incremento se observó en adolescentes de 18 a 19 años, entre quienes alcanzó una tasa de 225 embarazos por cada mil mujeres. (22)

Debido a la alta tasa de incidencia de embarazo en adolescentes en México, por lo cual se considera un problema de salud pública, considero necesario realizar el presente estudio de investigación, tratando de determinar los factores condicionantes de embarazo en adolescentes de la población derechohabiente que acude a consulta a la UMF No. 7 del IMSS en Higuera de Zaragoza, Ahome,

Sinaloa, ya que actualmente no existen registros estadísticos de prevalencia ni de incidencia, con la finalidad de incidir en ellos para evitar este problema de salud que se está presentando en esta comunidad.

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la incidencia de embarazos en adolescentes que acude a la consulta de medicina familiar en la U.M.F. No. 7 del I.M.S.S. en Higuera de Zaragoza, Ahome, Sinaloa, durante el periodo comprendido de Septiembre 2009 a Agosto 2010.

ESPECIFICO:

Determinar la edad, estado civil, domicilio, escolaridad, inicio de menarca, inicio de vida sexual, número de embarazos, partos, cesáreas, abortos, en las embarazadas adolescentes pertenecientes a la población derechohabiente de la U.M.F No. 7, Higuera de Zaragoza, Ahome, Sinaloa.

Entre otras para conocer la edad más frecuente en la que se presenta el embarazo, si la embarazada es del medio rural o urbano y si el embarazo ha sido motivo de deserción escolar.

Determinar la frecuencia de deserción escolar en las embarazadas adolescentes, así como conocer si presentan alguna patología durante el control prenatal y si hay antecedentes de embarazo en la madre de la adolescente.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO:

Prospectivo, Transversal, Descriptivo y Observacional.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO:

Adolescentes embarazadas entre 14 y 19 años de edad, derechohabientes, que acudieron a control prenatal a la U.M.F. No. 7 de Higuera de Zaragoza, Ahome, Sinaloa, durante el periodo de Septiembre de 2009 a Agosto de 2010.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Muestra independiente, un solo grupo de estudio.

Se realizó una sola medición de cada una de las variables de las hojas de recolección de datos.

Se realizaron 58 encuestas a mujeres embarazadas adolescentes que acudieron a control prenatal durante el periodo 2009-2010.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Nuestro universo de trabajo fueron todas las pacientes adolescentes embarazadas, derechohabientes de 14 a 19 años de edad, que acudieron a control prenatal a la U.M.F. No. 7 y que estuvieron de acuerdo en participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Aquellas adolescentes embarazadas que no cumplieron con los criterios antes mencionados y que no desearon participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Las encuestas ilegibles, las contestadas en forma errónea o incompleta, las embarazadas adolescentes que un principio aceptaron participar y al final se arrepintieron. No se eliminó ninguna encuesta.

INFORMACION Y VARIABLES A RECOLECTAR

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION
EDAD	NUMERO DE AÑOS CUMPLIDOS EN ENTEROS	NUMEROS ENTEROS	NUMERICA
ESTADO CIVIL	SITUACION LEGAL ACTUAL DEL ENCUESTADO	MADRE SOLTERA MADRE CASADA MADRE EN UNION LIBRE VIUDA	NOMINAL
DOMICILIO	LUGAR DE RESIDENCIA DE LA ENCUESTADA	RURAL URBANA	NOMINAL
ESCOLARIDAD	GRADO ESCOLAR CURSADO AL MOMENTO DE LA ENCUESTA	PRIMARIA COMPLETA PRIMARIA INCOMPLETA SECUNDARIA COMPLETA SECUNDARIA INCOMPLETA PREPARATORIA COMPLETA PREPARATORIA INCOMPLETA	NOMINAL
DESERCIÓN ESCOLAR	ABANDONO DE ESTUDIOS A CAUSA DEL EMBARAZO	SI NO	NOMINAL
MENARCA	INICIO DE LA MENSTRUACION	NUMEROS ENTEROS	NUMERICA
VIDA SEXUAL ACTIVA	EDAD DE INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL	NUMEROS ENTEROS	NUMERICA
NUMERO DE EMBARAZOS	NUMERO DE GESTAS QUE HAYA PRESENTADO EN EL MOMENTO DE LA ENCUESTA	NUMEROS ENTEROS	NUMERICA
NUMERO DE PARTOS	NUMERO DE PARTOS QUE HAYA PRESENTADO EN EL MOMENTO DE LA ENCUESTA	NUMEROS ENTEROS	NUMERICA
NUMERO DE CESAREAS	NUMERO DE CESAREAS QUE HAYA PRESENTADO EN EL MOMENTO DE LA ENCUESTA	NUMEROS ENTEROS	NUMERICA
NUMERO DE ABORTOS	NUMERO DE ABORTOS QUE HAYA PRESENTADO EN EL MOMENTO DE LA ENCUESTA	NUMEROS ENTEROS	NUMERICA
PATOLOGIAS EN EL EMBARAZO	ENFERMEDADES PRESENTADAS DURANTE EL CONTROL PRENATAL	SI NO	NOMINAL
ANTECEDENTES DE LA MADRE	ANTECEDENTES DE LA MADRE DE HABER TENIDO UN EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	SI NO	NOMINAL

MÉTODOS

El presente estudio se realizó en Higuera de Zaragoza, Ahome, Sinaloa, se encuentra a 40 kilómetros de la Ciudad de Los Mochis, al norte de la Sindicatura de Ahome, cuenta con una población de 9,020 habitantes, siendo su actividad económica principal la agricultura, comercio y cuenta con todos los servicios urbanísticos y de comunicación.

En esta población se encuentra la U.M.F. con Hospitalización No. 7, del I.M.S.S., la cual cuenta con 3 camas para observación, se brinda consulta de medicina familiar de primer nivel en forma integral, tanto preventiva como curativa, en las áreas de consulta externa, atención médica continúa y medicina preventiva.

MÉTODOS:

Para efectuar este estudio se incluyeron a todas las embarazadas adolescentes comprendidas entre las edades de 14 a 19 años, que acudieron a la U.M.F. No. 7 a control prenatal durante el periodo 2009-2010, a las cuales se les efectuó una encuesta, previo consentimiento verbal, recabando los siguientes datos: edad, estado civil, lugar de residencia, número de embarazos, escolaridad, vida sexual activa, número de abortos, número de cesáreas, número de partos, antecedentes maternos de embarazo en la adolescencia, antecedentes de enfermedades durante el embarazo.

Los datos obtenidos de las encuestas se efectuaron mediante entrevista directa y fueron realizadas por el investigador y por las asistentes médicas de los 2 consultorios del turno matutino y 1 del turno vespertino.

Todos los recursos materiales como lápices, plumas, hojas, equipo de cómputo, fueron sufragados por el investigador.

El protocolo fue autorizado por el comité local de investigación en salud del HGR No. 1 del I.M.S.S., Culiacán, Sinaloa, con número de registro R-2009-2501-98.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se analizó la frecuencia y porcentaje de cada variable nominal y en las numéricas se analizaron las medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar). Los datos obtenidos se concentraron en un formato de recolección, donde los resultados se procesaron y se presentaron en cuadros y gráficas.

Los datos obtenidos se obtuvieron de las encuestas realizadas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las encuestas se realizaron previo consentimiento informado de manera verbal, considerando la información obtenida como confidencial.

El presente estudio no interfiere en los principios básicos establecidos en el Código Internacional de Ética Médica, la Asociación Médica Mundial y la declaración de Helsinki, por lo que considero puede ser elaborado.

RESULTADOS

En un lapso de 11 meses (Septiembre 2009 a Agosto 2010), se realizaron 58 encuestas a adolescentes embarazadas derechohabientes comprendidas entre los 14 y 19 años, que acudieron a control prenatal y que corresponden al 0.84% de la población total adscrita y al 17.79% de las mujeres adolescentes y al 1.60% del total de mujeres adscritas a la unidad.

La edad promedio fue 17.46 años, con una mediana de 18.0 (DS= \pm 2.42), la distribución por edad fue 14 años 0% (n=0), 15 años 6.90% (n=4), 16 años 12.07% (n=7), 17 años 29.31% (n=17), 18 años 31.03% (n=18) y 19 años 20.69% (n=12). Podemos apreciar que el mayor porcentaje que corresponde al 60.34%, se observa entre las edades de 17 y 18 años. (Gráfica 1).

En relación al estado civil observamos la distribución siguiente: unión libre 31.03% (n=18), madre soltera 36.21% (n=21), casada 32.76% (n=19), viudas 0% (n=0). Aquí observamos que un alto porcentaje, 67.23% de las adolescentes embarazadas se encuentran desprotegidas legalmente. (Gráfica 2).

La distribución de acuerdo al domicilio encontramos que el 62.07% (n=36) correspondió al medio rural y el 37.93% (n=22) al medio urbano. (Gráfica 3).

De acuerdo a la escolaridad observamos que el 1.72% (n=1) tuvieron primaria Incompleta, secundaria completa 8.62% (n=5), secundaria incompleta 6.90% (n=4),

preparatoria completa 12.07% (n=7), preparatoria incompleta 70.69% (n=41), no hubo ningún caso de primaria completa. Observamos un alto Porcentaje de embarazadas que actualmente se encuentra estudiando la Preparatoria. (Gráfica 4).

En relación a la deserción escolar las encuestas reportaron que el 24.14% (n=14) de las adolescentes dejaron de estudiar debido al embarazo y que el 75.86% (n=44) continúan estudiando. (Gráfica 5).

En cuanto a la menarca, observamos un promedio de inicio de 12.87 años, una mediana de 13 (DS+- 0.91). Las edades de inicio fueron de 10 a 12 años 37.93% (n=22), de 13 a 15 años 62.07% (n=36), no se hubo casos de inicio de la menstruación antes de los 10 años ni después de los 16 años. (Gráfica 6).

La edad de inicio de las relaciones sexuales fue de 16.79 años, una mediana de 17 (DS+-1.26) observando el 1.72% (n=1) antes de los 14 años, de los 14 a los 15 años el 13.79% (n=8), de los 16 a los 17 años el 55.17% (n=32) y de los 18 a los 19 años el 29.31% (n=17). (Gráfica 7).

Respecto al número de embarazos observamos un promedio de 1.05 embarazos, una mediana de 1 (DS+-0.22), presentando su primer embarazo el 94.83% (n=55), y el 5.17% (n=3) su segundo embarazo. (Gráfica 8).

Se observó un promedio de número de partos del 0.01, una mediana de 0 (DS+ 0.13), presentándose de la siguiente manera: 0 partos 98.28% (n=57), 1 parto 1.72% (n=1). (Gráfica 9).

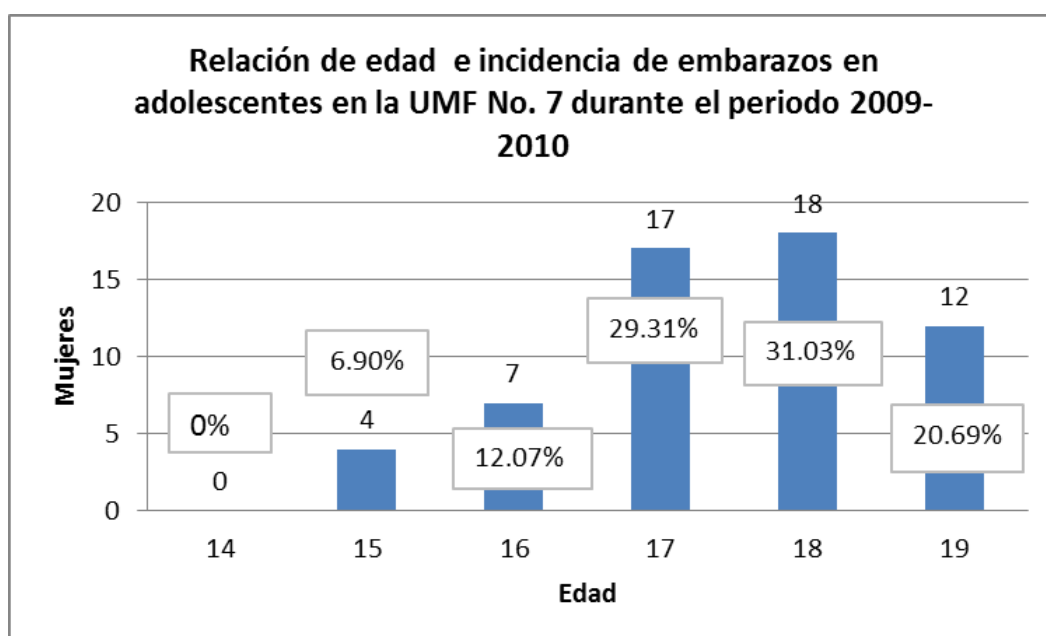
No se observaron casos de práctica de cesáreas en las embarazadas adolescentes encuestadas. (Gráfica 10).

En lo referente a abortos se observó un promedio de 0.034 abortos, mediana de 0 (DS+ 0.18), con 0 abortos 96.55% (n=56), 1 aborto 3.45% (n=2), para 2, 3 y más de 4 abortos no se reportaron casos. (Gráfica 9).

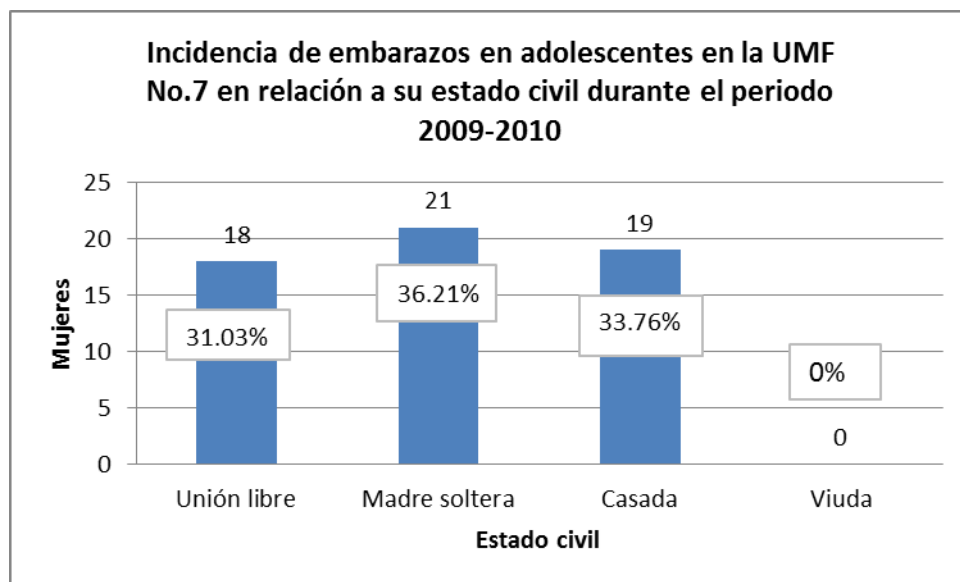
En lo relación a patologías presentadas en el embarazo el 39.66% (n=23) refirió haber presentado patología y el 60.34% (n=35) no presento patología.. (Gráfica 11).

El 56.90% (n=33) de las adolescentes embarazadas, no refirió embarazo de su madre en la adolescencia y el 43.10% (n=25) respondió que sí hubo embarazo de su madre en la adolescencia. (Gráfica 12).

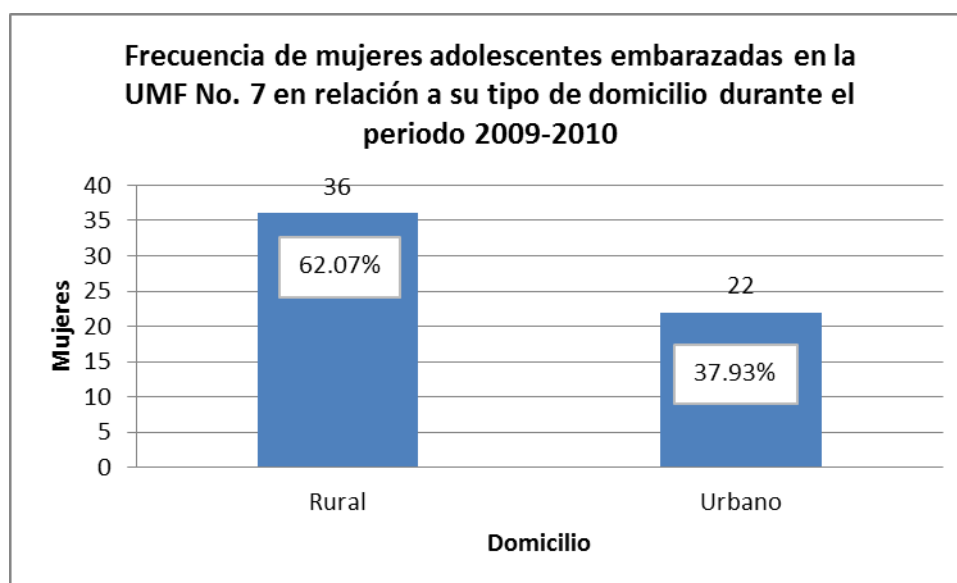
GRAFICA No. 1.- EDAD DE EMBARAZO



Fuente: encuesta

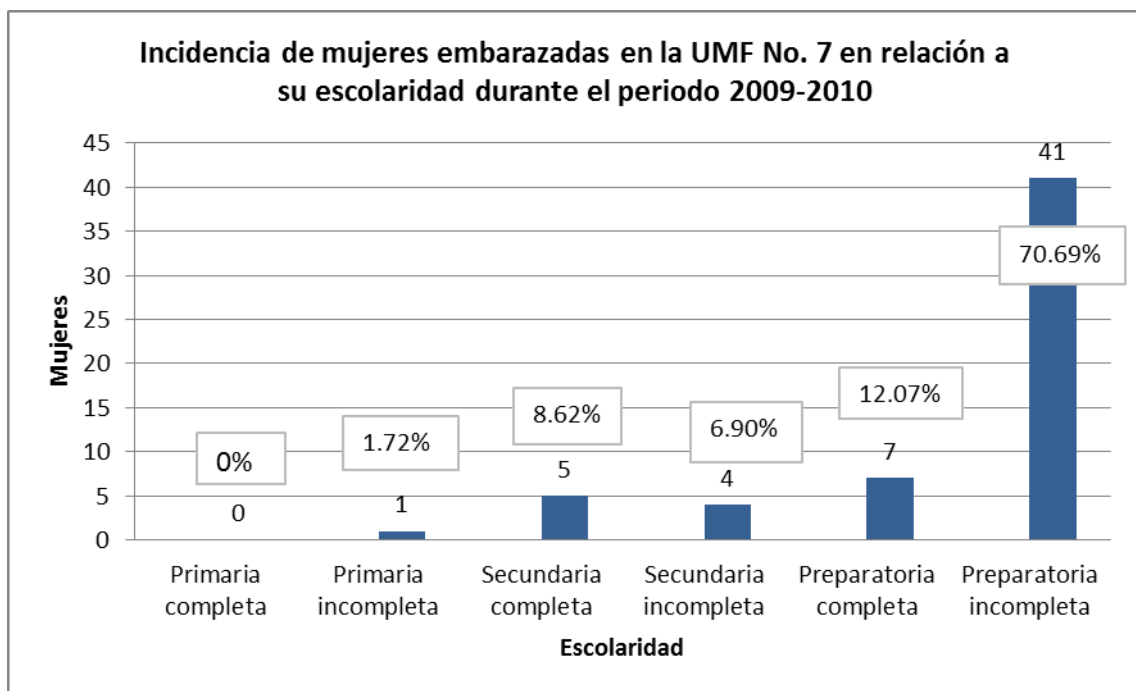
GRAFICA No. 2.- ESTADO CIVIL

Fuente: encuesta

GRAFICA No. 3.- DOMICILIO

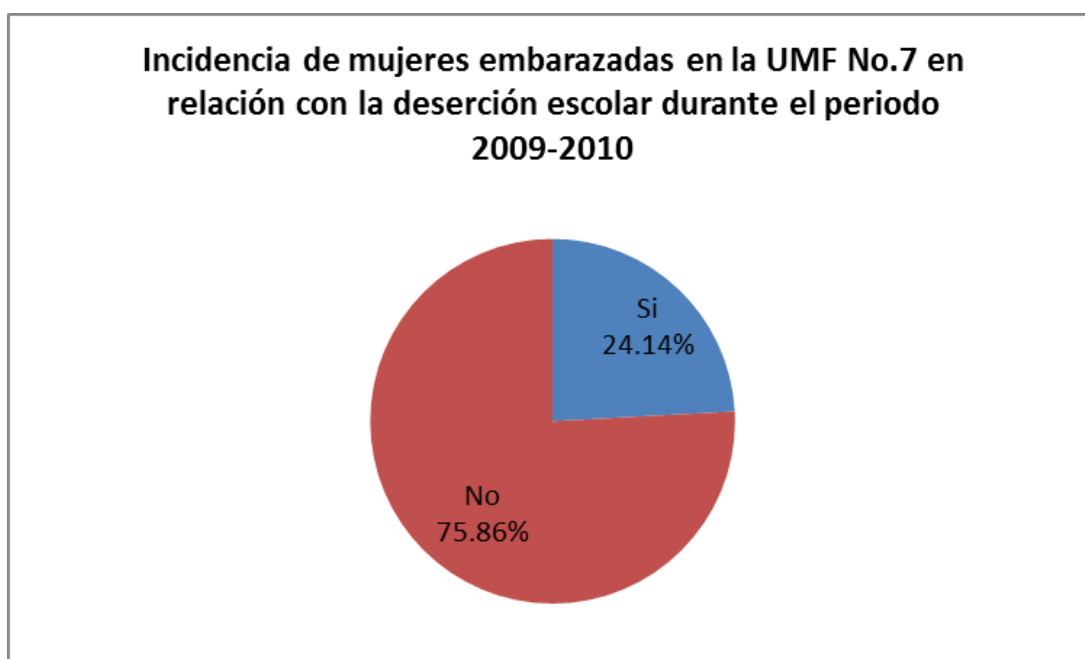
Fuente: encuesta

GRAFICA No. 4.- ESCOLARIDAD

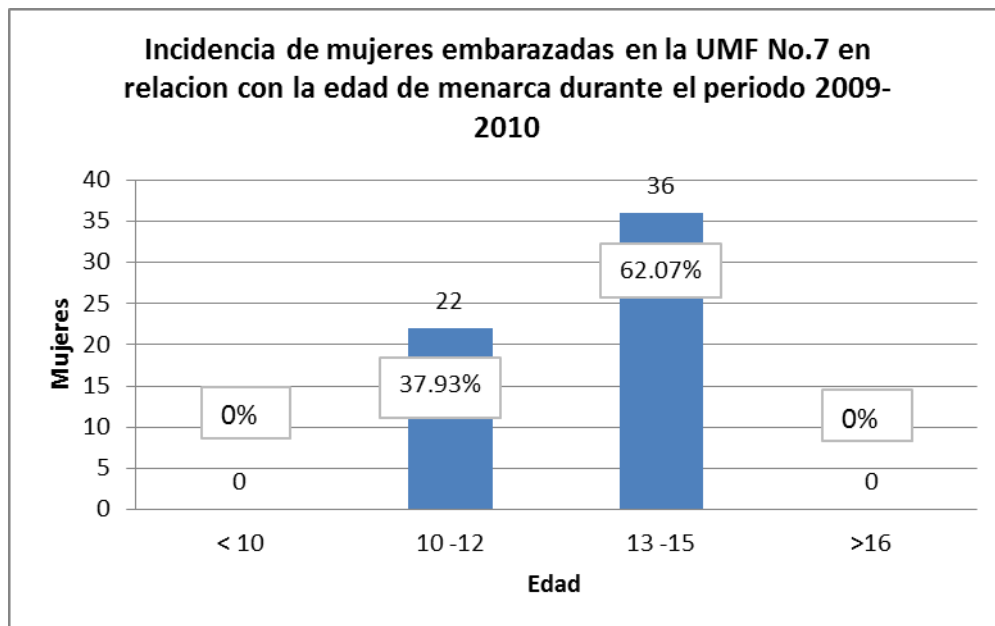


Fuente: encuesta

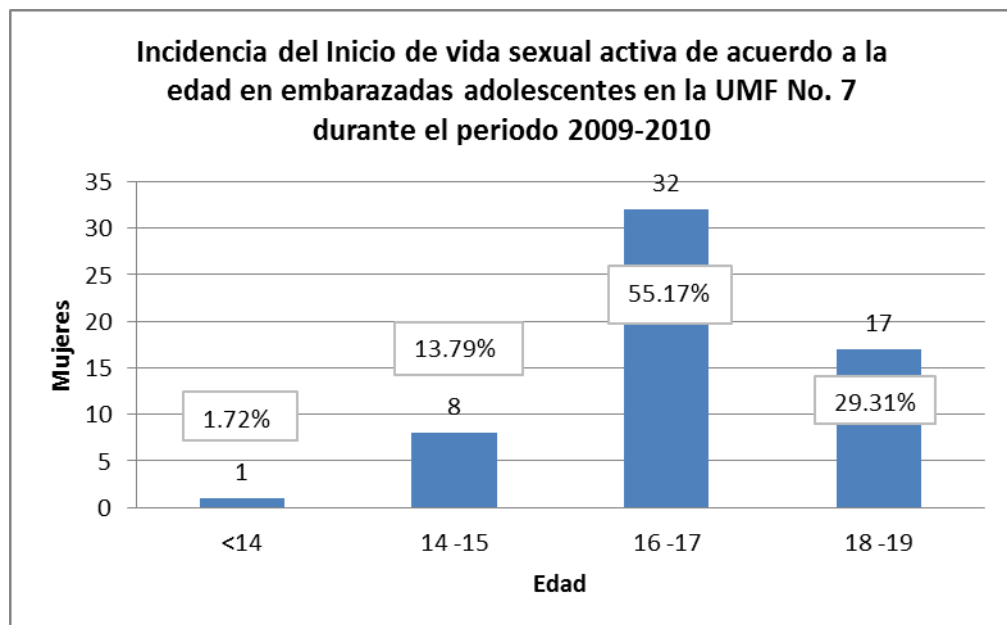
GRAFICA No. 5.- DESERCIÓN ESCOLAR



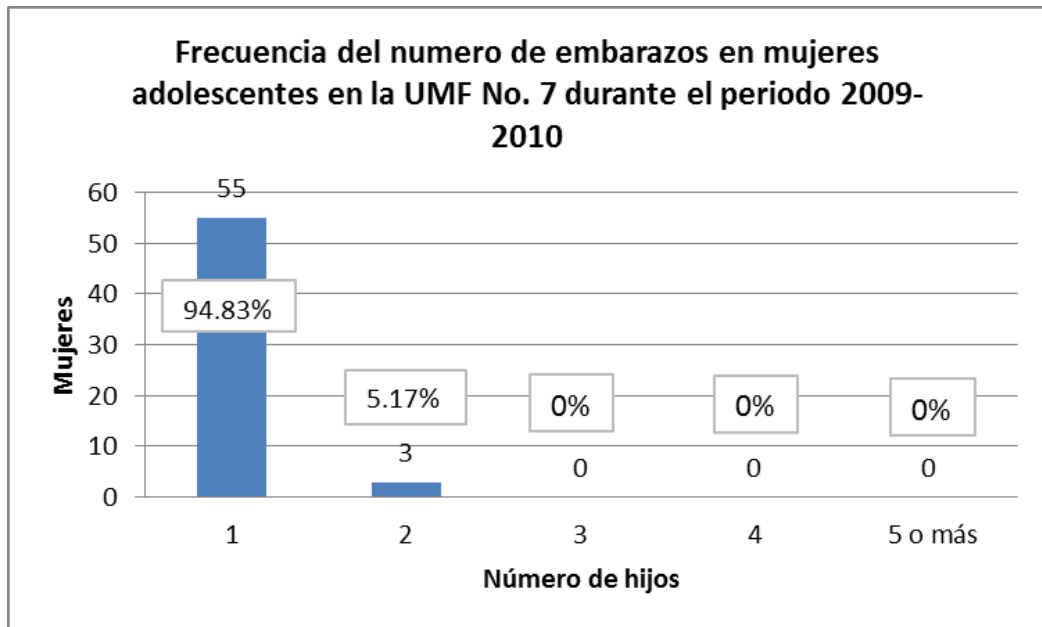
Fuente: encuesta

GRAFICA No. 6.- MENARCA

Fuente: encuesta

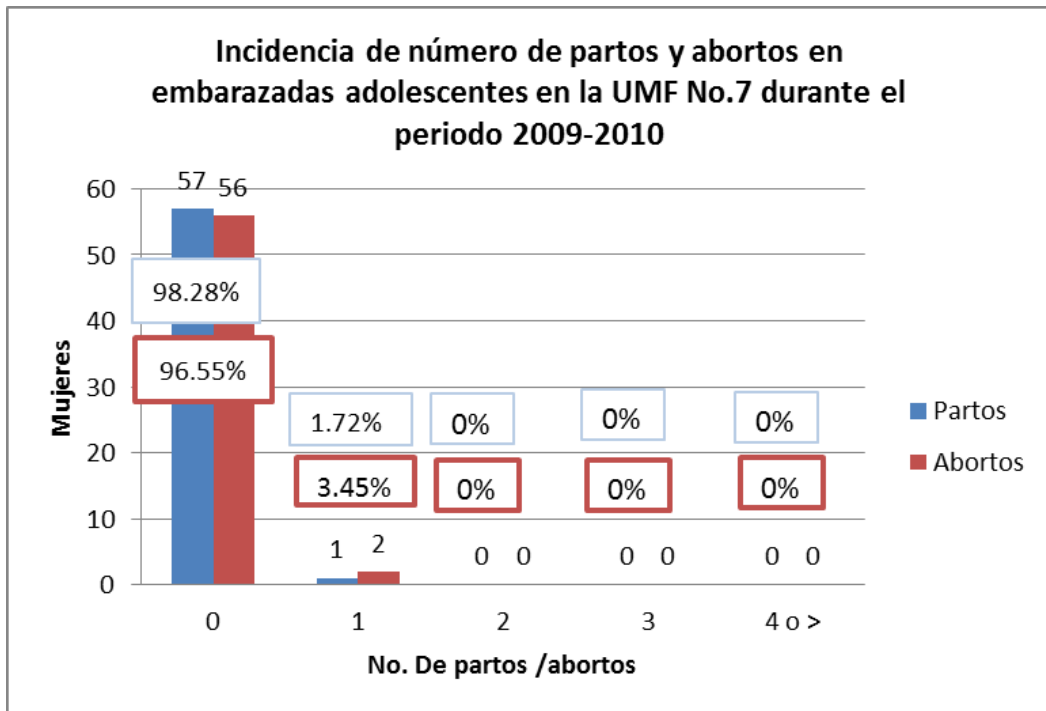
GRAFICA No. 7.- INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

Fuente: encuesta

GRAFICA No. 8.- NUMERO DE EMBARAZOS

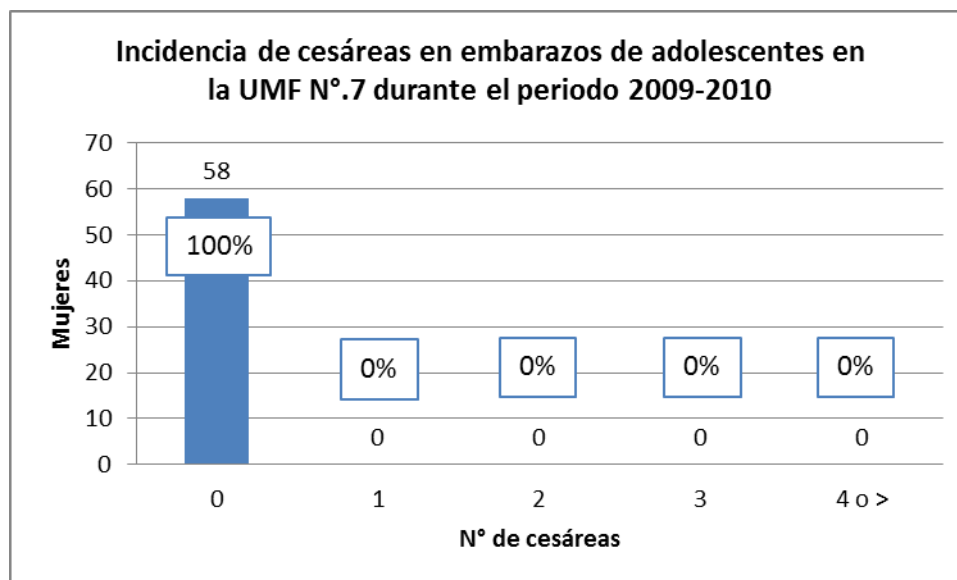
Fuente: encuesta

GRAFICA No. 9.- NUMERO DE PARTOS



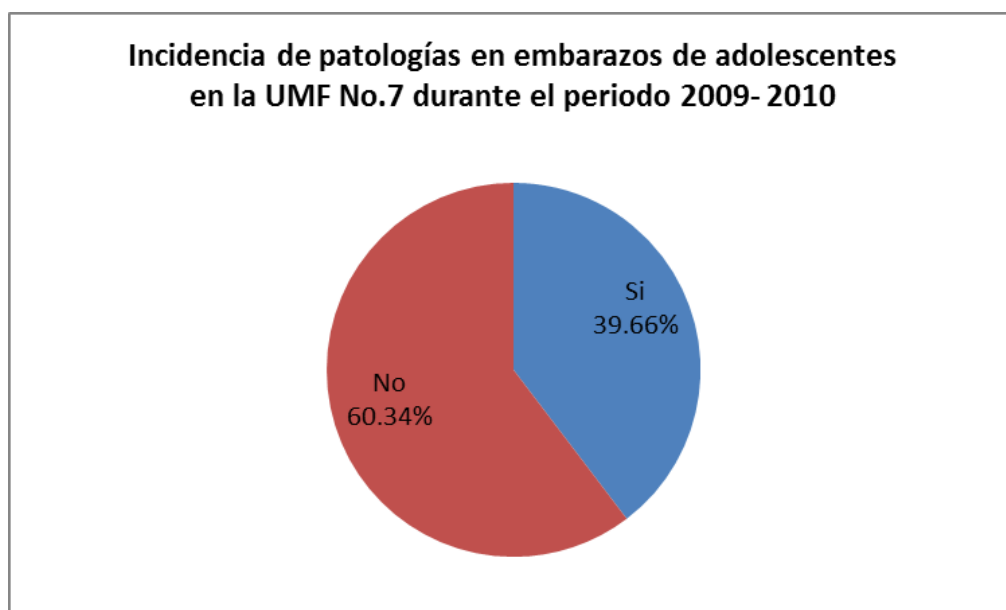
Fuente: encuesta

GRAFICA No. 10.- NUMERO DE CESAREAS



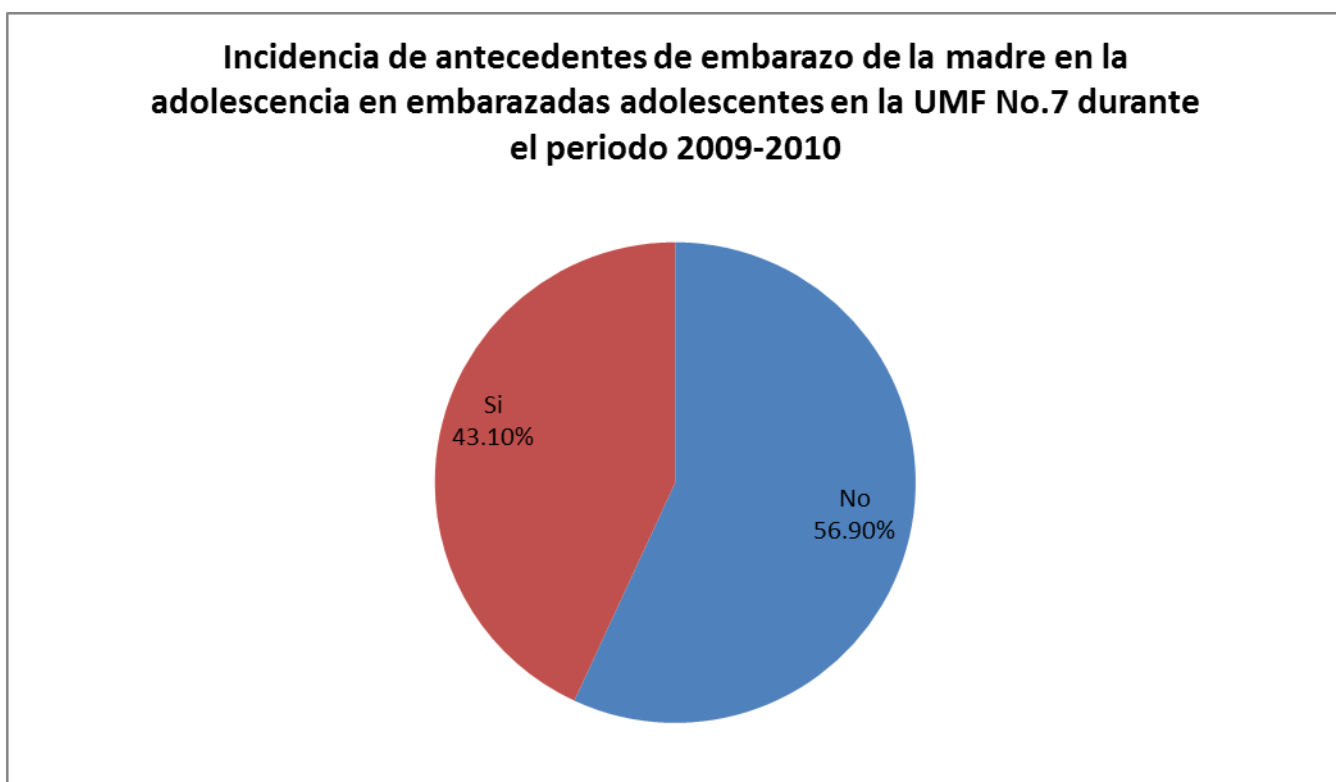
Fuente: encuesta

GRAFICA No. 11.- PATOLOGIAS DURANTE EL EMBARAZO



Fuente: encuesta

GRAFICA No. 12.- ANTECEDENTE DE EMBARAZO DE LA MADRE EN LA ADOLESCENCIA



Fuente: encuesta

DISCUSIÓN

El embarazo en la adolescente hoy en día es un problema de salud pública, en el cual están implicados factores sociales, culturales y familiares.

En nuestro estudio encontramos que en efecto la incidencia de embarazo es alta siendo un problema de salud pública. Las relaciones sexuales cada vez se inician de manera precoz, debido a un inicio de la menarca a edades más tempranas. Que el medio rural es un factor importante para que se presente el embarazo en adolescentes. El antecedente de embarazo de la madre adolescente parece ser una influencia para que la adolescente repita el mismo patrón de su madre y se embarace.

Encontramos también que el embarazo no es un factor para que la adolescente embarazada abandone sus estudios.

En nuestra investigación encontramos que la edad promedio de embarazo fue de 17.46 años ligeramente mayor a la reportada en un estudio previo en una Unidad del IMSS que fue de 17 años (16).

En lo relación al estado civil encontramos un predominio de madres solteras de 36.21% que coincide con artículo mexicano, y un porcentaje de unión libre del 31.03%, menor al reportado en dicho artículo que fue del 50% (16). En lo referente al domicilio, encontramos que el 62.7% de las adolescentes embarazadas se concentra en el medio rural, discretamente menor a lo referido en la literatura mexicana que habla de un 70% (22). Observamos un alto porcentaje de embarazadas adolescentes que continúan estudiando con un 70.69%, que estudian el bachillerato, siendo mayor que otros estudios que reportan un 59% (2), todo lo anterior nos indica que el embarazo no ha sido motivo de deserción escolar y que

el promedio de escolaridad es mayor a 6 años (16). Encontramos un promedio de inicio de la menarca de 12.87 años, que coincide con estudios previos que indican un inicio entre 12.2 y 12.8 años (23) lo cual se traduce que a menor inicio de la menstruación mayor riesgo de embarazo. La edad promedio de inicio de las relaciones sexuales fue de 16.79 años, que resultó mayor a lo reportado en estudios previos en México que indican un inicio a los 15 años (18) y en el Reino Unido a los 16 años (10). Encontramos un porcentaje mayor 84.48% que inicia su vida sexual activa entre los 16 y 19 años a la que reporta un estudio en México que reporta el 67.7%(18). La presencia de patologías durante el embarazo adolescente en nuestro estudio fue menor a la que se reporta en la literatura, ya que solo se observó en un 39.66% (22). Encontramos una tasa de aborto de 6.13 por mil contra el 29.2 observada en E.E.U.U. (9). Observamos una menor incidencia de antecedentes de madre embarazada en la adolescencia con un 43.10% a lo referido en la literatura mexicana, la cual reporta hasta un 85% (16).

CONCLUSIONES

En nuestro estudio encontramos que la edad promedio de embarazo en nuestra población adolescente fue de 17.46 años.

Que las edades en que se presenta con mayor frecuencia el embarazo fue entre los 17 y 18 años con un 60.34%, el estado civil observado con mayor frecuencia fue el de madre soltera con un 36.21% y el de unión libre con un 31.03%, la mayoría de las adolescentes embarazadas viven en el medio rural con un 62.07%.

La escolaridad observada fue de que el 70.69% actualmente cursa la preparatoria, por lo que el embarazo no ha sido impedimento para dejar sus estudios. Que la menarca se inicia a temprana edad con un promedio a los 12.87 años. Que la edad de inicio de su vida sexual activa fue a los 16.79 años. Que el 94.83 % cursaba con su primer embarazo, que el número de abortos observados fue casi nulo, observándose 1 aborto que representó el 3.45%. Que el 60.34% no presento patología durante el embarazo y que solo el 43.10% tuvo como antecedente embarazo de su madre en la Adolescencia.

Todos los resultados anteriores nos indican que la educación sexual en las escuelas no ha sido suficiente para concientizar a los adolescentes de que las relaciones sexuales iniciadas a temprana edad y sin protección pueden cambiar su futuro drásticamente.

Considero que el gobierno no le ha tomado la importancia que merece al embarazo en adolescentes implementando programas que abarquen el ámbito familiar, educativo y social, por lo cual considero importante implementar las siguientes acciones:

1. Fomentar la comunicación familiar para que el adolescente tenga la confianza de hablar con sus padres de todos los problemas que le aquejen y con ello tratar de resolverlos en familia.
2. Determinar los factores que influyen para que se presente el embarazo en adolescentes e intervenir en ellos para disminuir su incidencia. fomentar la abstinencia sexual y el uso del preservativo
3. Brindar información al adolescente acerca del conocimiento de su cuerpo y su reproducción en todos los ámbitos, no solo en el nivel educativo.
4. Hacer partícipe a los medios de comunicación para la difusión de spots educativos donde se hable del embarazo en adolescentes, sus repercusiones en el ámbito, personal, familiar y social, haciendo hincapié en las medidas preventivas para evitarlo.
5. Implementar sesiones educativas en forma grupal, donde se invite a la reflexión de todos los problemas relacionados con la adolescencia.

6. Instruir en forma adecuada a todo el personal que tiene contacto con adolescentes, para que detecten en forma oportuna a todos los adolescentes en riesgo de presentar un embarazo e implementar acciones tendientes a evitarlo.

7. Implementar programas educativos y de capacitación a todos los jóvenes desprotegidos socialmente y que no acuden a la escuela, para integrarlos nuevamente a la sociedad.

Para concluir, el médico familiar es una pieza importante en toda la maquinaria destinada a tratar de disminuir el embarazo en adolescentes, debe estar capacitado para detectar en forma oportuna los factores de riesgo que pueden condicionar un embarazo en esta etapa y otorgar toda la información que contribuya a evitar este suceso, considero que se debe incluir a los padres de los adolescentes para hacerlos partícipes en la toma de decisiones que serán en beneficio de la adolescente, la familia y la sociedad.

“Puedo concluir que el embarazo en adolescente, si presenta una alta incidencia en la U.M.F. No.7, por lo cual se deben implementar las estrategias que permitan disminuir este problema de salud pública, para lo cual ya mencioné las medidas que considero que pueden influir para mejorar esta situación en mi unidad de trabajo y en mi comunidad”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Días Franco Edgar Cuauhtémoc. "Percepción de las Relaciones Familiares y Malestar Psicológico en Adolescentes Embarazadas". Perinatol Reprod Hum. México, D.F., Vol. 20, No.4- Octubre-Diciembre 2006. p. 80-90.
- 2.- Diaz Sánchez Vicente." El Embarazo de las Adolescentes en México". Gaceta Médica de México. México, D.F., Vol. 139. Suplemento 1, Jul-Ago 2003. p.23-28.
- 3.- Msc. Haydee Morales. "Madres Adolescentes.Una visión integradora del cuidado humano". Informe Médico. España, 2008:10(4): p. 203-210.
- 4.-García Sánchez M. H."Embarazo y Adolescencia" Rev. Sobre Salud Sexual y Reproductiva. Argentina, No.2 año 2, Junio 2000. p. 10-12.
- 5.- Marta Molina S. "Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar". Rev Med de Chile. Santiago de Chile, v. 132,- Ene-2004. p. 65-70.
- 6.- John S. Santelli. "Explaining Recent Declines in Adolescent Pregnancy in The United States: The Contribution of Abstinence and Improved Contraceptive Use". American Journal of Public Health. U.S.A., Volume 97 (1), January 2007, p. 150-156.
- 7.- Alan Guttmacher." U.S. Teenage Pregnancy Statistics National and State Trends and Trends by Race and Ethnicity". Guttmacher Institute. New York, USA, September 2006. p 4-20.
- 8.-Susheela Singh and Jacqueline E. Darroch. "Adolescent Pregnancy and Childbearing: Levels and Trend in Developed Countries". Guttmacher Institute. USA. Family Planning Perspectives, vol. 32, Number 1, January-February 1999.
- 9.- Bacon, Janice L."Adolescent Sexuality and Pregnancy". Obstetrics and Gynecology. USA, Volume 12 (5), October 2000, p. 345-347.
- 10.-John Tripp, Russell Viner. "Sexual Health, Contraception and Teenage Pregnancy". BMJ. United Kingdom, March, 2005; 330. p. 590-593.
- 11.-Colmer Revuelta J. "Prevención de Embarazo no Deseado e Infecciones de Transmisión Sexual en Adolescentes" PrevInfad/PAPPS. España, Octubre 2003.
- 12.-Sociedad Española de Contracepción. Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia. 1ra. Edición, Zaragoza, España, INO Reproducciones S.A , Enero 2001.
- 13.-Dr. Juan R Isser "Embarazo en la Adolescencia". Clínicas Perinatológicas Argentinas. Argentina, No. 4, 1997. p. 11-23

- 14.-Candia X."El Embarazo Adolescente". CLAP, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano-OMS OPS. Argentina, Ministerio de Salud y Acción Social. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta población (PRONATASS), 1994. p 45.
- 15.- Catherine Menkens y Leticia Suárez. "Sexualidad y Embarazo Adolescente en México. Papeles de Población No. 35 CIEAP/UAEM, México, Enero- Marzo, 2003. p. 234-262
- 16.- Victoria Cueva Arana, Jesús Fernando Olvera G."Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo". Rev Med IMSS, México, Marzo 2005; 43 (3):p. 267-271.
- 17.- Carreón Vázquez J, Mendoza Sánchez H "Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes". Archivos de Medicina Familiar. Jalapa, Ver. México Vol. 6, No. 3, Septiembre-Diciembre 2004. p. 71-73
- 18.-Carlos González Garza, MC, Rosalba Rojas-Martínez, MC, "Perfil del comportamiento en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de ENSA 2000". Salud Pública de México, México, D.F. No.3, Vol. 47, Año 2005.
- 19.- Edith A. Pantelides, Georgina Binstock. "La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del siglo XXI. Revista Argentina de sociología. Buenos Aires, Argentina, Vol. 5, No. 009, 2007, p.24-43
- 20.- Committee on Adolescent Health Care. "Strategies for adolescent pregnancy prevention". The American College of Obstetricians and Gynecologists.Washington, D:C, USA, 2007, p. 3-23
- 21.- Sigfrido Valdés Dacal, John Essien. "Embarazo en la Adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones". Rev Cubana Obstet Ginecol, Camagüey, Cuba, No. 28(2), 2002. p. 21-8
- 22.- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT). Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud. México, D.F. p. 70.
- 23.- Julio García-Baltazar, Juan Guillermo Figueroa-Perea. Características reproductivas de adolescentes y jóvenes en la Ciudad de México. Salud Pública, Mexico; Vol. 35 (6), p. 682-691.

ANEXO 1
HOJA DE CONCENTRACIÓN DE DATOS PARA EMBARAZADAS
ADOLESCENTES EN LA U.M.F. No. 7 DE HIGUERA DE
ZARAGOZA, AHOME, SINALOA

N° de encuesta	E	E.C	D	ESC	D.E	M	V.S. A	N.D.E	N.D.P	N.D.C	N.D.A	P.E	A.M
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													

E.- Edad
 E.C.- Estado civil
 D.- Domicilio
 ESC.- Escolaridad
 D.E.- Deserción escolar
 M.- Menarca

N.D.E.- Número de Embarazos
 N.D.P.- Número de Partos
 N.D.C.- Número de Cesareas
 N.D.A.- Número de Abortos
 PE.- Patologías en el Embarazo
 A.M.- Antecedentes de emb. de la madre en la adolescencia

V.S.A.- Vida sexual activa

ANEXO 2
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE _____

No. ENCUESTA _____

1. ¿Cuál es su edad?

- a). 14 años
- b). 15 años
- c). 16 años
- d). 17 años
- e). 18 años
- f). 19 años

2. ¿Cuál es su estado civil?

- a). Unión libre
- b). Madre soltera
- c). Casada
- d). Viuda

3. ¿Dónde vive actualmente?

- a). Medio rural
- b). Medio urbano

4. ¿Actualmente qué año cursa en la escuela?

- a). Primaria completa
- b). Primaria incompleta
- c). Secundaria completa
- d). Secundaria incompleta
- e). Preparatoria completa
- f). Preparatoria incompleta

5. ¿Fue el embarazo motivo para abandonar sus estudios?

- a). Si
- b). No

6. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación?

- a). Antes de los 10 años
- b). 10 a 12 años
- c). 13 a 15 años
- d). Después de los 16 años

7. ¿A qué edad inició sus relaciones sexuales?

- a). Antes de los 14 años
- b). 14 a 15 años
- c). 16 a 17 años
- d). 18 a 19 años

8. ¿Cuántos embarazos ha tenido?

- a). 1
- b). 2
- c). 3
- d). 4
- e). 5 o más

9. ¿Cuántos partos ha tenido?

- a). 0
- b). 1
- c). 2
- d). 3
- e). 4 o más

10. ¿Cuántas cesáreas ha tenido?

- a). 0
- b). 1
- c). 2
- d). 3
- e). 4 o más

11. ¿Cuántos abortos ha tenido?

- a). 0
- b). 1
- c). 2
- d). 3
- e). 4 o más

**12. ¿Ha presentado alguna enfermedad durante su embarazo?
(presión elevada, amenaza de aborto, infección vaginal o de vías
urinarias)**

- a). Si
- b). No

**13. ¿Su mamá se embarazó durante su adolescencia? (entre los
14 y 19 años)**

- a). Si
- b). No