



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES BIOLÓGICOS Y SOCIALES  
Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES

TESIS GRUPAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTAN:

GONZÁLEZ VARGAS JOHANA GABRIELA

NO. DE CUENTA 303346357

VELASCO GONZÁLEZ PENÉLOPE CONSUELO

NO. DE CUENTA 408025526

“Consejería en Salud Reproductiva de Adolescente Embarazada y su Influencia  
de control de riesgos en un Hospital de la Ciudad de México: un estudio de intervención”

PAPIIT IN307811-3 Comité de Investigación ENEO-UNAM 054

DIRECTORA DE TESIS

M.C.E. ARACELI JIMENEZ MENDOZA



MÉXICO, D.F

2012



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.

## **AGRADECIMIENTOS**

*A la Universidad Nacional Autónoma de México por ser mi casa mater y la mejor casa de estudios. A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por darme la oportunidad de pertenecer a ella ya que fue la base más importante para la construcción de mi conocimiento, por permitirme lograr mis metas y convertirme hoy en día en una profesionista.*

*A mis maestros por llevarme siempre de la mano, por orientarme para tomar las mejores decisiones y llevarme hacia el camino del éxito, dedicarme su tiempo y transmitirme su conocimiento de la mejor manera.*

*A la M.C.E Araceli Jiménez por su gran apoyo en mi formación académica, por invitarme a ser parte de su equipo y abrirme nuevas oportunidades para desarrollarme como investigadora, por ser la principal guía de este exitoso trabajo, también por los días y las horas de dedicación al mismo, por su paciencia y sobre todo su confianza. Gracias maestra.*

*Al M.C.E Hugo Tapia por invitarme a ser parte del proyecto de investigación, por ser una persona comprensiva y humana, uno de los testigos de mi crecimiento profesional, por todo el tiempo compartido con su enseñanza, por ser mi gran ejemplo de compromiso y entrega hacia el trabajo. Gracias maestro*

*Al Proyecto “Consejería en salud reproductiva de adolescente embarazada y su influencia en el control de riesgos en un Hospital de la Ciudad de México: Un estudio de intervención”; PAPIIT IN307811-3, comité de investigación ENEO-UNAM 054, por brindarme la experiencia de pertenecer y ser parte de la construcción de tan importante investigación.*

*Con mucho cariño: Johana Gabriela González Vargas.*

## DEDICATORIAS

*A Dios:*

*No tengo palabras para agradecer tan infinito amor, principalmente gracias por darle sentido a mi vida, marcar mi camino para ser mejor cada día, por todas las oportunidades que me brindas para crecer como ser humano, por haberme enviado a tan noble profesión como lo es la Enfermería y sobre todo por darme todo para ser feliz y lograr cada uno de mis sueños. Te amo Dios mío*

*A mi madre Elvira Vargas:*

*Por siempre estar a mi lado, por amarme tanto y que ese gran amor sea el motivo principal para que yo siga adelante, por todo lo que me das día con día, por tus sabios consejos y apoyo incondicional, por no perder ni un detalle de mí en cada etapa de mi vida, por ser mi mejor amiga y mi compañera, por permitirme con tu gran esfuerzo lograr una de mis más grandes metas. Te amo mamita.*

*A mi padre Roberto González:*

*Por darme la vida, por que con tu esfuerzo y trabajo hiciste que llegara a mi meta profesional, por que aun en la distancia sé que tu amor y cariño es incondicional. Gracias papi te amo.*

*A mi hermana Verónica González:*

*Por ser mi amiga y cuidarme desde que era pequeña, por ser uno de mis mayores ejemplos de trabajo, esfuerzo y perseverancia, estar conmigo en las buenas y en las malas, por ser un ser tan sensible y hermoso, eres única. Te amo hermanita gracias*

*A mi hermana Anabell González:*

*Por ser mi amiga y confidente, por protegerme en todo momento, por ser uno de mis más grandes impulsos y ejemplos para salir adelante y sobre todo por tener una admirable fortaleza, por siempre enseñarme a servir, amar y respetar. Te amo hermanita gracias*

*A mi hermano: Juan Carlos*

*Por cuidarme toda mi vida, por guiarme siempre por los mejores caminos, por impulsarme con tu cariño y entusiasmo para hacer las cosas de la mejor manera, por tus sabios consejos, por ser mi ejemplo de humildad, sencillez y perdón. Gracias hermanito te amo.*

*A mi novio Eder Zamora:*

*Por la paciencia en este largo camino, por tu compañía en las noches de desvelo, por cuidarme y quererme tanto, por ser una motivación más en mi vida, por enseñarme a valorar hasta los más pequeños detalles y momentos, por hacerme sonreír todo el tiempo, pero sobre todo gracias por ser un excelente ser humano. Te amo amor mío.*

*A mis amigas Penélope Velasco y Alma Vianey:*

*Gracias por compartir conmigo esta aventura, por adquirir a su lado conocimientos y experiencias, por no soltarme nunca de su mano, por ser mis amigas y hermanas. A ti Penélope gracias por compartir este trabajo conmigo es una de las mas lindas experiencias que he tenido, por nunca dejarme sola y ser una excelente amiga y compañera. Alma gracias por tu bondad que hace que aprenda de ti a ser una mejor persona, por tus consejos y por tantos años de incondicional amistad. Las amo amigubis*

*Con todo mi Amor: Johana Gabriela González Vargas*

## *Agradecimientos*

*Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por concederme una beca para participar en el proyecto “Consejería en Salud Reproductiva de Adolescentes Embarazadas y su Influencia de control de riesgos en un Hospital de la Ciudad de México: un estudio de intervención” PAPIIT IN307811-3 Comité de Investigación ENEO-UNAM 054.*

*Agradezco al Hospital General Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de la Fuente”, el cual sirvió como sede para llevar a cabo la compilación de la muestra para la realización de este trabajo, también agradezco a el personal que labora en esta institución por las facilidades otorgadas para llevar a cabo esta investigación.*

*Debo agradecer de manera especial y sincera a la Maestra Araceli Jiménez Mendoza por aceptarme para realizar esta tesis de pregrado bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigadora. Las ideas propias, siempre enmarcadas en su orientación y rigurosidad, han sido la clave del buen trabajo que hemos realizado juntas, el cual no se puede concebir sin su siempre oportuna participación. . Debo destacar, por encima de todo, su disponibilidad y paciencia que hizo que nuestras siempre agradables reuniones redundaran benéficamente tanto a nivel científico como personal. Le agradezco también el haberme facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de esta tesis. Muchas gracias Maestra.*

*Quiero expresar también mi más sincero agradecimiento al Maestro Hugo Tapia Martínez por su importante aporte y participación activa en el desarrollo de esta tesis, por invitarme a realizar el servicio social en su sede y también a formar parte del grupo de investigación. No cabe duda que su participación ha enriquecido el trabajo realizado.*

*Atentamente: Penélope Consuelo Velasco González*

## *Dedicatorias*

*La presente Tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndome paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad, sintiendo mi ausencia...*

*Les dedico y agradezco infinitamente a mis hijos Itzcóatl e Izcalotl por estar para mí en todo momento, por ser mi inspiración, mi motor, mi todo, perdón por las horas de ausencia de mi persona, son mi universo completo, los amo y esto es para ustedes mis angelitos.*

*Le dedico y agradezco a mi Madre Yolanda González Lascars por darme la vida por su apoyo incondicional, por creer en mí, por sus noches de desvelo, por ser también la mejor madre del universo tanto mía como de mis hijos durante mis ausencias, por todas sus enseñanzas, sin ti no estaría donde ahora, te amo hermosa mujer.*

*Le dedico y agradezco a mi padre Salvador Velasco López por darme la vida, por su buen ejemplo y su gran apoyo incondicional, por ser el mejor padre del universo, por acompañarme a cada paso que doy, por ser mi maestro de vida y con ello guiarme hasta donde me encuentro, te amo mi fiel compañero.*

*Le dedico y agradezco a mi hermano Mario Velasco González por ser mi gran amigo, mi confidente, mi compañero de aventuras, por siempre estar presente y aconsejarme, simplemente por ser el mejor hermano del universo, te amo.*

*Les dedico y agradezco a mis hermanitas Johana Gabriela González Vargas, Alma Vianey Figueroa Toriz, por permitirme ser parte de su historia y por seguir escribiéndola juntas, por tantas noches de desvelo, por su amistad incondicional e inigualable, las amo.*

*Les dedico y agradezco a mis amigos por su gran apoyo por todas las vivencias compartidas, por las sonrisas que me regalan día a día y por su infinita amistad, con su presencia hicieron ameno todo este proceso y alegran mi vida a cada instante.*

*Atentamente: Penélope Consuelo Velasco González.*

## INDICE

### INTRODUCCIÓN

I. Justificación.....	4
II. Planteamiento del problema.....	5
- pregunta de investigación	
III. Objetivos.....	7
IV. Variables.....	8
V. Marco teórico.....	9
5.1 Embarazo.....	9
5.1.1 Panorama actual del Embarazo.....	9
5.1.2 Panorama Internacional del embarazo la adolescencia.....	10
5.1.3 Panorama Nacional del embarazo en la adolescencia.....	10
6.2 Factores de Riesgo y Embarazo.....	11
6.2.1 Indicadores de salud.....	13
6.2.2 Población de riesgo.....	14
6.2.3 Factores de riesgo biológico.....	15
6.2.4 Factores de riesgo social.....	17
6.2.5 Vulnerabilidad.....	28
6.3 Adolescencia y Embarazo.....	30
6.3.1 Salud Prenatal.....	32
6.3.2 Salud Perinatal.....	34
6.4 Consejería de Enfermería.....	36
6.5 Servicios de asistencia social en el HGR Iztapalapa D.F.....	38



VI. METODOLOGÍA.....	41
VII. RESULTADOS.....	44
VIII. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	49
IX. PROPUESTA.....	103
CONCLUSIONES.....	105
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106
ANEXOS	

## **INTRODUCCIÓN**

A la enfermera desde su origen se le ha atribuido el cuidado y la atención de niños, mujeres embarazadas y ancianos, por lo que conforme la profesión ha avanzado en los niveles educativos ha logrado que el cuidado que otorga sea especializado de acuerdo con cada etapa de la vida.

La formación de profesionales en enfermería y obstetricia es de gran importancia ya que esta es la que tiene como misión atender y cuidar el bienestar físico, emocional y social de la mujer durante el embarazo, detectar oportunamente cualquier alteración en el estado biológico, psicológico y social con las intervenciones necesarias para que el nuevo integrante de la familia nazca en las mejores condiciones posibles.

La enfermera obstetra cuenta con una formación profesional que le permite comprender los factores que condicionan la calidad de vida, analizar la realidad nacional y los problemas de salud reproductiva para definir su participación en el desarrollo de estrategias y acciones que requieren estos problemas de salud. Así mismo, está preparada para diseñar o implementar los métodos para lograr una comunicación efectiva, con los usuarios de sus servicios y con los grupos de trabajo multiprofesional e interprofesionales.

En la atención obstétrica se ha hecho necesario un sistema de clasificación que permita distinguir a las mujeres con mayor o menor riesgo de presentar complicaciones que ocasionan tanto muertes maternas como fetales. Las enfermeras obstetras como parte del equipo del servicio de salud, conocen y aplican el sistema de evaluación de riesgo de un modo efectivo. Con los resultados que se obtienen de esta valoración, se establece un plan de cuidados ya sea para la vigilancia del estado de la salud y prevención de complicaciones o para la referencia a servicios especializados.

En el siguiente trabajo se presenta una investigación en las adolescentes donde se muestra como pueden influir los factores de tipo biológico y social durante su embarazo y los riesgos que se pueden presentar a consecuencia de estos. Se llevó a cabo en un Hospital del Distrito Federal de la delegación Iztapalapa a través del proyecto de investigación Consejería en Salud Reproductiva de Adolescente Embarazada y su Influencia de control de riesgos en un Hospital de la Ciudad de México: un estudio de intervención, con número PAPIIT IN307811-3 Comité de Investigación ENEO-UNAM 054.

Como primer apartado dentro del marco teórico se conceptualiza el tema de embarazo de manera general, dentro de este tema se aborda el panorama actual así como las estadísticas a nivel nacional e internacional en adolescentes embarazadas.

El segundo apartado, como punto muy importante se abarcan de manera general los factores de riesgo que pueden ocasionar problemas durante el embarazo en la adolescencia, los indicadores de salud para ver en qué estado de salud se encuentra la paciente, la población de riesgo más vulnerable y las causas que la ocasionan. Se abarcan de manera específica los factores de riesgo biológico (edad, menarca) y los factores de riesgo social (inicio de vida sexual activa, métodos anticonceptivos, nivel educativo, educación en salud sexual y reproductiva, estado civil, edad de la pareja y tiempo de convivencia, adicciones en la mujer embarazada, adicciones en la pareja, tipo de familia, escolaridad de los padres, ocupación, hábitos dietéticos) y por ultimo vulnerabilidad enfocada a la demografía y las características de la población de la delegación Iztapalapa.

En el tercer apartado sobre adolescencia y embarazo se explica el impacto que causa el embarazo en este grupo de edad, así como la salud prenatal y perinatal que llevan las mismas.

Como apartado cuatro se encuentra la intervención de enfermería en las adolescentes embarazadas llevando a cabo la consejería en salud reproductiva.

En el quinto apartado se explica brevemente los servicios de asistencia que se llevan a cabo en el Hospital General Regional Iztapalapa.

En la metodología se describe el tipo de investigación, la población, la muestra, el tiempo y lugar, además del instrumento elaborado por las tesis para la planeación y recolección de los datos.

En los resultados se muestran los cuadros y gráficas obtenidos en la investigación; se realiza un análisis de la información donde se estudian los datos comparados con las referencias consultadas, se muestran algunas tablas de correlación para una más profunda interpretación de los datos obtenidos. Con lo anterior se especifican algunas propuestas de enfermería a partir de las variables que se vieron mayormente alteradas.

Finalmente en las conclusiones, se precisa el cumplimiento del objetivo general y objetivos específicos de la investigación.

## I. JUSTIFICACIÓN

El embarazo en la adolescencia se considera como un problema biomédico con elevado riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto, que conlleva un incremento de las tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal; además de tener implicaciones socioculturales con elevado costo personal, educacional, familiar y social.

Si bien se conocen cuáles son los factores de riesgo biológicos y sociales existentes con relación a un embarazo dado en la adolescencia, que como se mencionó anteriormente en consecuencia tienden a aumentar los datos estadísticos de morbilidad y mortalidad materno-fetal, es importante tomar medidas con las cuales nos permitan disminuir la frecuencia de estos, por medio de una propuesta de consejería impartida por enfermería dirigida a las adolescentes embarazadas, por lo cual el proyecto “Consejería en Salud Reproductiva de Adolescente Embarazada y su Influencia de control de riesgos en un Hospital de la Ciudad de México: un estudio de intervención”, con número de PAPIIT IN307811-3 Comité de Investigación ENEO-UNAM 054, se enfocó a realizar el estudio abarcando los aspectos biopsicosociales en la adolescente embarazada.

Los resultados de esta investigación son benéficos tanto para las adolescentes como para los profesionales en Enfermería, ya que con base a esto se puede brindar más información de manera detallada y centrada a este grupo de edad, así como realizar intervenciones enfocadas en las necesidades encontradas de manera independiente. Por lo tanto ayudar a la paciente adolescente que cursa un embarazo a llevar un cuidado más específico durante esta etapa y a los estudiantes y profesionales de la salud para que brinden una mejor calidad de atención así como un cuidado holístico y de forma personalizada.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México la población adolescente se ha incrementado considerablemente a partir de la segunda mitad del siglo XX en números absolutos. En 1950, la población total de México era cerca de 25.7 millones de personas y la población adolescente y joven era de casi ocho millones, la cual representaba alrededor de 31% de la población total (22% la población adolescente y 9% la población joven). Sin embargo, el incremento en números absolutos ha sido de casi 250%. Esto significa que si en 1950 había alrededor de ocho millones de adolescentes y jóvenes, para el año 2000 tenemos cerca de 30 millones (70% adolescentes y 30% jóvenes).<sup>1</sup> Para el año 2010, 21.2 millones son adolescentes lo que equivale el 19.6% de la población.<sup>2</sup>

La etapa de la adolescencia se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que provocan que sea cada vez más necesario dedicarle atención, ya que durante ésta se producen importantes cambios fisiológicos, somáticos, mentales, emocionales y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto.

Por otra parte, la evolución de la madurez biológica, psicológica y social se ha ido separando progresivamente con el paso de los años. En lo biológico se observa claramente un descenso en la edad de la menarca, lo que le permite a la adolescente ser madre en edades tan tempranas como a los 11 años.

La madurez psicosocial, en cambio, tiende a desplazarse a edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere un adolescente para llegar a ser autosuficiente en ambos aspectos.

El embarazo en la adolescencia es un fenómeno de alto impacto y de gran importancia desde la perspectiva de sus complicaciones sociales tema

---

<sup>1</sup> Santos-Preciado José Ignacio, et al, *La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México*, Artículo especial, Salud Pública de México / vol. 45, suplemento 1 de 2003.

<sup>2</sup> Secretaría de Salud, *Perfil epidemiológico de la población adolescente 2010*, México, 2011.

trascendental en materia de política pública es el embarazo adolescente, muchas de ellas inician su actividad sexual sin la debida protección, exponiéndose no sólo a un embarazo no deseado, sino también a enfermedades de transmisión sexual.

La razón de morbilidad y mortalidad en 2006, en mujeres adolescentes en México fue de 66 por 100,000 nacidos vivos, mientras que en mujeres de 20 a 24 años fue de 43 x 100,000 nacidos vivos. Por lo tanto existe un 60% de riesgo adicional de morbimortalidad entre las adolescentes embarazadas.<sup>3</sup>

Una importante proporción de las madres adolescentes afirma que su embarazo no fue planeado, más de la mitad dice que el nacimiento si es deseado. Esto significa que la mayor parte de las adolescentes que se embarazan aceptan la maternidad sin importar que el embarazo haya sido resultado de un accidente o descuido, por no usar o el mal uso de métodos anticonceptivos.<sup>4</sup>

En el Hospital General de Iztapalapa de la Secretaria de Salud del Distrito Federal, se atienden a mujeres adolescentes embarazadas en una frecuencia muy alta, dicha es representativa de la delegación Iztapalapa, fenómeno que sin duda debe ser estudiado haciendo énfasis en las adolescentes como población vulnerable; así mismo es fundamental identificar los factores de riesgo para este grupo etario que requiere de cuidado y de orientación profesional por enfermería.

Con base en lo anterior, se planteo la pregunta de investigación que guió el desarrollo del trabajo de investigación.

### **¿Cuál es la relación entre los factores biológicos y sociales en las mujeres adolescentes embarazadas?**

---

<sup>3</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, (ENADID) 2006, *Estadísticas a propósito del día de la madre, datos nacionales*, México, 2010.

<sup>4</sup> Taracena Rosario, *Embarazo Adolescente, ¿Con que frecuencia se embarazan las adolescentes?*, Grupo de Información en Reproducción Elegida, (GIRE), A.C, Hoja Informativa, 2003.

### **III. OBJETIVOS**

#### Objetivo general

- Analizar la relación entre los factores de riesgo biológicos y sociales en las mujeres adolescentes embarazadas.

#### Objetivos específicos

- Identificar los factores biológicos que influyen en el embarazo de las mujeres adolescentes, en la población atendida en el Hospital General de la Delegación Iztapalapa Distrito Federal.
- Identificar los factores sociales que influyen en el embarazo de las mujeres adolescentes, en la población atendida en el Hospital General de la Delegación Iztapalapa Distrito Federal.
- Evaluar el riesgo que presentaron las mujeres adolescentes embarazadas.



#### **IV. VARIABLES**

Variables Independientes:

- Factores Biológicos (edad, menarca)
- Factores Sociales (IVSA, métodos anticonceptivos, nivel educativo, educación en salud sexual y reproductiva, estado civil, edad de la pareja y tiempo de convivencia, adicciones en la mujer embarazada, adicciones en la pareja, tipo de familia, escolaridad de los padres, ocupación, hábitos dietéticos).

Variable Dependiente:

- Riesgo en el Embarazo de Mujeres Adolescentes

## V. MARCO TEÓRICO

### 5.1 Embarazo

El embarazo es un proceso fisiológico que conlleva cambios anatómico-funcionales, emocionales y psicológicos, resultado del incremento hormonal que permite cumplir con las demandas metabólicas del feto y la madre. A pesar de ser un proceso natural en la mujer, genera algunas complicaciones en su salud, constituyendo una proporción considerable de la carga mundial de morbilidad y mortalidad materna.<sup>5</sup>

La Organización Mundial de la Salud lo define como el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.<sup>6</sup>

#### 5.1.1 Panorama actual del Embarazo

La Organización Mundial de la Salud muestra que aproximadamente el 80% de las muertes maternas son por causas obstétricas directas; es decir, por complicaciones del embarazo, trabajo de parto, puerperio así como por diagnósticos y tratamientos erróneos de enfermedades que se presentan durante la gestación, sin embargo la hemorragia obstétrica es la causa del 25% de las muertes maternas en todo el mundo.

En México, más de mil 235 defunciones de mujeres en periodo de embarazo se registran al año debido a la falta de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las complicaciones durante el embarazo, problemas

---

<sup>5</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), *Estadísticas a propósito del día de la madre, datos nacionales*, México, 2010.

<sup>6</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación de servicio*. Estados Unidos Mexicanos, Secretaría de Salud, Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud.

prioritarios en Salud Pública por lo que su adecuada aplicación permite evitar la muerte materna.

A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo un impedimento para mejorar las condiciones educativas, económicas y sociales de la mujer. Cada año en México, cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, lo que equivale al 27.6% del total. Lo que nos dice que 1 de cada 4 embarazos en México es en adolescentes.<sup>7</sup> Entre 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años.

### **5.1.2 Panorama Internacional del embarazo la adolescencia**

Se estima que 16 millones de mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. Esto representa el 10% de todos los nacimientos en el mundo. En América Latina los nacimientos de las adolescentes representan entre el 15 y el 20% de los nacimientos en esta región de los cuales el 70% no son planeados. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América.<sup>8</sup>

### **5.1.3 Panorama Nacional del embarazo en la adolescencia**

La mitad de los jóvenes y adolescentes (49.9%) se concentran en solo siete de las 32 entidades federativas: Estado de México (13.3%), Distrito Federal (8.4%), Veracruz (7.0%), Jalisco (6.6%), Puebla (5.1%), Guanajuato (5.1%) y Michoacán

---

<sup>7</sup> Cárdenas Cuevas Lupita, *Tercer Curso de Prevención y Atención del Embarazo en Adolescentes en Hospital Civil Universidad de Guadalajara*, México, 2011, disponible en: <http://www.udg.mx/node/19585>.

<sup>8</sup> Organización Mundial de la Salud, Boletín de la OMS, *Embarazo en Adolescentes: un tema culturalmente complejo*, volumen 87, 2009, disponible en: [http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09\\_020609/es/index.ht](http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09_020609/es/index.ht)

(4.4%). En el grupo de edad de 15 a 24 años, 74 % viven en áreas urbanas y el 26 % viven en áreas rurales.<sup>9</sup>

En México, dan a luz cada año alrededor de 450 mil madres que tienen entre 15 y 19 años.<sup>10</sup> De esta forma, en nuestro país la incidencia del embarazo en la adolescencia es aproximadamente del 19.6 % estimado hasta el año 2010.<sup>11</sup>

Por otra parte el Distrito Federal, que tenía la tasa específica de fecundidad más baja en 2000, para 2008 se incrementa a tres nacimientos por cada 100 mujeres adolescentes.<sup>12</sup>

**México. Evolución de la tasa específica de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años de edad por entidad federativa 2000-2008.**

Entidad federativa	2000	2004	2008	Tasa específica 2006-2010
<b>Nacional</b>	6,0	4,9	6,1	69,5
<b>Aguascalientes</b>	7,3	5,8	6,3	70,9
<b>Baja California</b>	6,2	4,8	5,7	77,3
<b>Baja California Sur</b>	5,6	4,6	5,6	77,8
<b>Campeche</b>	7,2	5,5	5,5	69,4
<b>Coahuila</b>	6,0	5,0	5,4	77,3
<b>Colima</b>	5,2	4,4	5,4	59,9
<b>Chiapas</b>	8,0	6,2	6,6	89,1
<b>Chihuahua</b>	6,3	5,3	6,0	76,0
<b>Distrito Federal</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>4,7</b>	<b>64,2</b>
<b>Durango</b>	7,0	5,5	6,2	78,7
<b>Guanajuato</b>	7,0	5,3	6,0	68,6
<b>Guerrero</b>	8,8	7,1	6,7	72,4
<b>Hidalgo</b>	6,4	5,3	5,8	72,1
<b>Jalisco</b>	6,3	5,0	5,8	75,4

<sup>9</sup> Salud Pública de México, *La salud de las adolescentes en cifras*, Scielo, vol.45 suppl.1, México, 2010.

<sup>10</sup> Hernández Vargas Clara Ivette, *Embarazo en Adolescentes*, México, 2006-2009, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Acatlán, Sexualidad, disponible en: <http://www.acatlan.unam.mx/medicos/sexualidad/16/>

<sup>11</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Natalidad, Población, hogares y vivienda, *Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años)*, México, 1990 a 2010, disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo28&s=est&c=17527>

<sup>12</sup> Observatorio de Mortalidad Materna, Muerte Materna, Indicadores 2010, *Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)*, Situación de Salud en México. Indicadores Básicos, Secretaría de Salud (SSA).

<b>México</b>	5,4	4,6	5,6	72,8
<b>Michoacán</b>	6,6	5,0	5,8	67,0
<b>Morelos</b>	5,9	5,0	5,8	61,5
<b>Nayarit</b>	6,3	5,3	5,8	89,5
<b>Nuevo León</b>	5,4	4,4	5,5	63,8
<b>Oaxaca</b>	7,8	6,1	6,1	61,9
<b>Puebla</b>	7,0	5,5	6,2	59,8
<b>Querétaro</b>	6,3	5,0	5,6	57,0
<b>Quintana Roo</b>	6,3	5,2	5,7	96,4
<b>San Luis Potosí</b>	7,4	5,2	6,2	59,5
<b>Sinaloa</b>	6,2	5,0	5,7	68,0
<b>Sonora</b>	6,3	5,0	5,9	65,2
<b>Tabasco</b>	6,0	5,0	5,6	69,5
<b>Tamaulipas</b>	5,6	4,6	5,7	66,5
<b>Tlaxcala</b>	6,1	5,0	5,9	70,7
<b>Veracruz</b>	5,9	4,8	5,7	59,6
<b>Yucatán</b>	5,9	5,0	5,4	72,1
<b>Zacatecas</b>	6,7	5,5	6,0	52,3

Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), Situación de Salud en México, Indicadores Básicos, Secretaría de Salud (SSA). Estimación del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID en CONAPO, Principales indicadores de Salud Reproductiva.

## 6.2 Factores de Riesgo y Embarazo

Existen diversos factores que influyen y afectan a las adolescentes como el inicio de la actividad sexual sin contar con información y recursos preventivos a su alcance; resistencia al uso de los métodos anticonceptivos; sentimiento de omnipotencia característico de la adolescencia como pensar que no le pasara lo que ha sucedido con las demás; falta de interés en la escuela, familia o actividades comunitarias; escape de grupos familiares disfuncionales; influencia del alcohol y otras drogas, que limitan el control de los impulsos; inexistencia de un proyecto de vida; percepción de pocas o ninguna oportunidad para el éxito y falta de expectativas diferentes a la maternidad; cumplimiento de asignaciones de género construidas en su contexto, “como la necesidad de tener hijos para probar la feminidad o de probar la virilidad a través de la iniciación sexual y la procreación”; convivencias comunitarias en las escuelas donde los embarazos

tempranos son comunes y se consideran como algo natural; crecer en condiciones de pobreza; o simplemente el ser hija de madre adolescente.<sup>13</sup>

El inicio temprano de la maternidad aumenta la probabilidad de tener más hijos que las mujeres que comienzan a procrear más tarde. Esto influye en el tamaño de las familias y en el total de la población mundial. Así, si en vez de 18 años se aumentara a 23 años la edad de la madre en su primer alumbramiento, podría reducirse el impulso demográfico en más del 40%.<sup>14</sup>

Por otra parte es considerado de alto riesgo, ya que representa consecuencias orgánicas que afectan notablemente al binomio madre e hijo, como serían las alteraciones de peso, el crecimiento uterino inferior a lo normal, el aborto espontáneo, además de las complicaciones durante el parto y el posparto dando como consecuencia que las tasas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal se vuelvan más elevadas. Esto con base en la inmadurez biológica inherente a la edad de la madre, así como por factores de tipo nutricional y el escaso o nulo control prenatal que hubiera podido llevar.<sup>15</sup>

### **6.2.1 Indicadores de salud**

Los indicadores de salud representan medidas que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud; vistos en conjunto intentan reflejar la situación sanitaria de una población, permitiendo vigilarla. Son instrumentos de evaluación que pueden determinar, directa o indirectamente, modificaciones. Así, brindan una idea del estado que guarda una condición de salud, por ejemplo, la ocurrencia de una enfermedad u otro evento relacionado con la salud o de un factor asociado con la

---

<sup>13</sup> Beltrán Molina Luz, *Embarazo en adolescentes*, Fundación Escuela de Gerencia Social Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo, Venezuela, 2006.

<sup>14</sup> *Ibíd.*, Beltrán Molina Luz.

<sup>15</sup> *Ibíd.*, Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993

misma.<sup>16</sup> La OMS los ha definido como "variables que sirven para medir los cambios".<sup>17</sup>

La Secretaría de Salud en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud, presentan la Situación de salud en México para el periodo 2000-2008.

La selección de indicadores básicos son el producto de una identificación de la información de salud disponible, agrupados en 5 grandes categorías: indicadores demográficos; sociales, y económicos; de recursos, acceso y cobertura; así como morbilidad y mortalidad. El conjunto de indicadores se presentan desagregados para cada uno de los Estados de la República Mexicana.<sup>18</sup>

Los indicadores utilizados principalmente en mujeres adolescentes en situación de embarazo, parto y puerperio son:

- ✓ Porcentaje de ocupación hospitalaria
- ✓ Promedio de días de estancia hospitalaria
- ✓ Porcentaje de partos por cesárea
- ✓ Porcentaje de embarazadas captadas en el primer trimestre
- ✓ Promedio de consultas prenatales

### **6.2.2 Población de riesgo**

Lamentablemente la población de mayor riesgo son los adolescentes ya que no están preparados adecuadamente para asumir la sexualidad y llegan a ella sin haber adquirido los conocimientos y valores suficientes que le aseguren una vida sexual equilibrada y responsable. Estos jóvenes son portadores de una conducta

---

<sup>16</sup> Secretaría de Salud, *Manual de Indicadores de Servicio de Salud*, Dirección General de Evaluación del Desempeño, Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud.

<sup>17</sup> Organización Mundial de la Salud, Instrumentales Introdutorios, *Indicadores de Salud*, 2007, disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/PDF/INSINTROD6.pdf>.

<sup>18</sup> Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), *Indicadores, Situación de Salud en México*, Indicadores Básicos, 2010, disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/indicadores/basicos.html>

sexual de riesgo, que pueden concluir en un embarazo no deseado, a las infecciones de transmisión sexual entre muchas otras consecuencias.<sup>19</sup>

La Organización Mundial de la Salud estima que para las mujeres de 15 a 19 años el riesgo de morir como consecuencia de problemas relacionados con el embarazo, es el doble de lo que enfrentan las mujeres de mayor edad. En adolescentes de 10 a 14 años, se eleva cinco veces más el riesgo.

La maternidad precoz se asocia a escasa o falta de control prenatal, complicaciones del parto y una probabilidad muy elevada de paternidad inadecuada o no responsable.<sup>20</sup>

### **6.2.3 Factores de riesgo biológico**

#### **Edad**

La edad es una cuestión ampliamente reconocida en el campo de la salud el hecho que la fecundidad presenta mayores riesgos asociados, tanto para la madre como para su hijo, cuando se ejerce en la adolescencia.

Aunque las circunstancias de los embarazos en adolescentes varían mucho, destacan algunos rasgos comunes: los cuerpos más jóvenes no están plenamente desarrollados para pasar por el proceso del embarazo y el parto sin consecuencias adversas. Las madres adolescentes se enfrentan a un riesgo más alto de parto obstruido que las mujeres de veinte y tantos años. Sin una atención obstétrica de urgencia adecuada, esto puede conducir a la ruptura del útero, que conlleva un alto riesgo de muerte tanto para la madre como para el bebé. Para aquellas que sobreviven, el trabajo prolongado de parto puede causar una fístula obstétrica, que

---

<sup>19</sup>Alarcón Argota Rodolfo, et al., *Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia*, Revista Cubana de Enfermería, 25(1-2), Cuba, 2009.

<sup>20</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social, *Alarmante el número de embarazos en adolescentes*, Artículo 7 Expresión Libre con Responsabilidad, México, 2010, disponible en: <http://a7.com.mx/vida/salud/2827-imss-alarmante-el-numero-de-embarazos-en-adolescentes.html>



es un desgarro entre la vagina y la vejiga o el recto, que provoca fuga de orina o heces.<sup>21</sup>

En esta etapa el mayor riesgo comparativo observado no parece ser debido tanto a las especiales condiciones fisiológicas, sino más bien, a las variables socioculturales y a las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione.

El embarazo irrumpe en la vida de los adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas, como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.<sup>22</sup>

## **Menarca**

En lo biológico también se observa claramente un descenso en la edad de la menarca, por lo tanto es más vulnerable, lo que le permite a la adolescente ser madre en edades muy tempranas. Recién después de 5 años de edad ginecológica, la joven alcanza su madurez reproductiva; por esta razón los embarazos que se inician en los primeros 5 años de posmenarca adquieren especial prioridad por los mayores riesgos maternos y perinatales que conllevan.<sup>23</sup>

Muchos autores coinciden en que el embarazo es más vulnerable a mayor cercanía de la menarca, pero esto se asocia con el aumento de apetito sexual, por lo que a medida que ocurre en edades más tempranas, y las lleva a la búsqueda de relaciones sexuales. En general, el deseo sexual, la libido y la actividad sexual no se mantienen constantes a lo largo del ciclo y es mayor en la primera parte, durante la fase preovulatoria y ovulatoria, es el tiempo de preparación para que se lleve a cabo la fecundación y todos los cambios favorecen en ese sentido. En la

---

<sup>21</sup> Ibídem, Organización Mundial de la Salud, Boletín de la OMS.

<sup>22</sup> Rodríguez Gázquez María de los Ángeles, *Factores de riesgo para embarazo adolescente*, Redalyc, Sistema de Información Científica, Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, Medicina UPB, Vol. 27, Núm. 1, enero-junio, Colombia, 2008.

<sup>23</sup> Peláez Mendoza Jorge, *Adolescente embarazada: características y riesgos*, Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia; 23(1) Cuba, 1997.

segunda fase del ciclo, después de la ovulación, disminuye con un pequeño aumento unos días antes de la menstruación, se han evidenciado cambios en la elección de una pareja, así como en la posibilidad de la mujer de ser elegida.<sup>24</sup>

#### **6.2.4 Factores de riesgo social**

##### **Inicio de Vida Sexual Activa (IVSA)**

La edad promedio de la iniciación de la vida sexual activa es de 15.4 años; para el área rural 13.8 y para el área urbana 16.7. Existe una correlación directa entre el grado de escolaridad que se encuentra dentro del nivel secundaria y el inicio de la vida sexual activa.<sup>25</sup>

Los adolescentes son libres de tomar decisiones con respecto a su sexualidad, que va desde la abstinencia total, hasta la máxima promiscuidad. Se ha demostrado que en los adolescentes hay interés por conocer más sobre las enfermedades de transmisión sexual, y temas como el aborto, planificación familiar, fisiología humana, salud reproductiva, tienen un fuerte impacto sobre el desarrollo de la sexualidad en los adolescentes.

Un gran porcentaje de adolescentes, es atendido por alguna problemática de tipo sexual en los servicios de salud, ya sea enfermedad de transmisión sexual, embarazo o sus complicaciones.

En México diversos estudios muestran que la actividad sexual en los adolescentes es relativamente común; se señala que los jóvenes con baja escolaridad, con menores expectativas académicas y laborales, con menor autoestima y asertividad, tienden a iniciar a más temprana edad su vida sexual activa, a hacer menos uso de anticonceptivos, y en el caso de las jóvenes, a embarazarse con el

---

<sup>24</sup> Villanueva Luis Alberto, *Características Obstétricas de la Adolescente Embarazada*, Pérez Fajardo María del Milagro, et al; Revista de Ginecología y Obstetricia de México, Hospital General Dr. Manuel Gea González, 67:356, México, 1999.

<sup>25</sup> *Ibíd*em, Santos-Preciado José Ignacio.

riesgo de llegar al aborto ante la falta de condiciones y conocimientos que faciliten una mejor decisión.

Las bebidas alcohólicas y el nivel socioeconómico también son asociados como riesgo para el inicio de vida sexual activa en adolescentes en diversos estudios.<sup>26</sup>

Otros factores que tienden a influir en el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes incluyen: el desarrollo de la pubertad a edades tempranas, alguna historia de abuso sexual, daño y agresiones por parte de los padres, curiosidad sobre la sexualidad y la información que obtienen en la escuela a veces no es transmitida de manera correcta o es deficiente.<sup>27</sup>

Otra dimensión social, uno de los elementos asociados a la actividad sexual precoz, con consecuente riesgo de embarazo es la erotización de los medios de comunicación, lo que ha contribuido a una declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad.<sup>28</sup>

### **Métodos anticonceptivos**

El aumento de la población sexualmente activa a edades tempranas no está acompañada al incremento proporcional en el uso de métodos anticonceptivos adecuados; en relación con los anticonceptivos se ponen de manifiesto los miedos frente a los efectos secundarios de los métodos químicos y el rechazo al condón.

También manifiestan que a pesar de existir muchas veces información disponible en muchos lugares, el principal obstáculo se encuentra en la falta de normalidad

---

<sup>26</sup> Gamez Herrera Andrés, *Factores asociados al inicio de relaciones sexuales en adolescentes de 14 a 17 años*, Medigraphic, Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Vol.50 No.2 Marzo-Abril, México, 2007.

<sup>27</sup> Ayala Aguilar María I, García Posada Lucero D., *Factores socioeconómicos y culturales relacionados con el embarazo en adolescentes de una comunidad rural*, Revista Salud en Tabasco, junio, año/Vol. 7 número 002, Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, México, 2001.

<sup>28</sup> Baeza W. Bernardita, *Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región*, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 72(2); Chile 2007.

para hablar sobre temas de sexualidad; en concreto, en sociedades como la mexicana, la sexualidad es un tema tabú, lo cual provoca que los jóvenes tengan vergüenza para preguntar o acercarse a otras personas para resolver sus problemas.<sup>29</sup>

Por otra parte, la disponibilidad de servicios de salud que atiendan las demandas en materia de sexualidad y anticoncepción de las adolescentes afecta las tasas y modalidades de embarazo y fecundidad de esa población. La existencia de estos servicios depende en gran medida de la existencia de una política gubernamental en tal sentido, no solo para establecer su legalidad, sino para que alcancen sus estratos más pobres, que solo tienen acceso a los servicios públicos de salud.<sup>30</sup> Existen también inadecuados programas de educación sexual.

Las adolescentes no suelen usar métodos anticonceptivos en sus primeras relaciones sexuales. A pesar de que 9 de cada 10 adolescentes conoce los métodos anticonceptivos, sólo 1 de cada 10 los usa y solamente 1 de cada 5 adolescentes conoce su período fértil, lo que toma mucho riesgo en los tan usados métodos del ritmo y coito interrumpido.<sup>31</sup>

## **Nivel educativo**

La mayoría de los autores coincidía en que la maternidad en la adolescencia explicaba el menor nivel de educación de las jóvenes que han tenido hijos tempranamente.

Hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que los jóvenes, aun

---

<sup>29</sup> Juárez, Fátima y Gayet Cecilia, *Salud sexual y reproductiva de los adolescentes En México: Un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de Políticas*, Papeles de población, julio-septiembre. número 045, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.

<sup>30</sup> Pantelides Edith Alejandra, *Aspectos Sociales del Embarazo y la Fecundidad Adolescente en América Latina*, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Centro de Estudios de Población (CENEP), 2008.

<sup>31</sup> *Ibíd*em, Beltrán Molina Luz.

teniendo relaciones sexuales, adopten una prevención efectiva del embarazo. Los adolescentes con historia de frustraciones educativas, años perdidos y bajo rendimiento escolar, pueden encontrar en el embarazo una salida a una insatisfecha historia dentro del sistema escolar.<sup>32</sup> Quedando así la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas, cuidarse a sí mismas y cuidar a sus hijos.

No obstante esta realidad, existe escasa investigación sistemática sobre el efecto del embarazo precoz en la deserción escolar. Existen aún menos estudios en el grupo de adolescentes que ha desertado antes del embarazo.<sup>33</sup>

Cuando la adolescente tiene estudios su proyecto de vida se amplia y hay una tendencia tanto a la postergación del inicio de vida sexual como a la práctica de un sexo más seguro ya que está más sensibilizada en la importancia de métodos anticonceptivos.

### **Educación en salud sexual y reproductiva**

La Organización Mundial de la Salud ha definido a la salud reproductiva como el estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción. Sobre la base de esta definición se puede interpretar que el objetivo de la salud reproductiva no solamente es evitar que la madre y el producto enfermen o mueran durante el proceso de gestación, sino que el mismo se lleve a cabo en un estado de completo bienestar físico, mental y social de la madre y el padre que permita la obtención de un recién nacido saludable.

---

<sup>32</sup> Op. Cit, Rodríguez Gázquez María de los Ángeles

<sup>33</sup> Molina S. Martha, et al; *Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar*, Revista Médica, 132: 65-70, Chile 2004.

La educación sexual en México es aún insuficiente. Los aproximadamente 10 millones de jóvenes que asisten a la escuela secundaria aprenden un poco acerca de anatomía y fisiología de la reproducción y tal vez algo a cerca de las enfermedades de transmisión sexual, pero no hay programas que atiendan las principales dudas e inquietudes de los jóvenes respecto de su sexualidad y la forma de ejercerla sin riesgos.<sup>34</sup>

La salud sexual es definida por la misma organización como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud.<sup>35</sup>

En México apenas se empieza a reconocer la necesidad de contar con servicios de salud sexual y reproductiva dirigidos especialmente a la población joven y adolescente. Para lograr una buena cobertura, los servicios deben de tener un bajo costo, ser confidenciales y respetar el consentimiento informado y estar disponibles de manera inmediata.

La Organización Mundial de las Naciones Unidas ha recomendado a México que examine la situación de la población adolescente con prioridad y le exhorta a adoptar medidas para que se garantice el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y se preste atención a las necesidades de información a los adolescentes, incluso mediante la aplicación de programas y políticas conducentes a incrementar los conocimientos sobre los diferentes métodos anticonceptivos y su disponibilidad.<sup>36</sup>

---

<sup>34</sup> Rivera Montiel Angelina, Hernández Rodríguez Leticia, *Material de apoyo para el curso de: "Importancia del Programa de Reanimación Neonatal"*, Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, División de educación continua y desarrollo profesional, México, 2006.

<sup>35</sup> Organización Mundial de la Salud, *Definición de Salud sexual*, Archivo de Sexología, 2002, disponible en: [http://zeus4.cms.hu-berlin.de/sexology/ECS5/definicion\\_4.html](http://zeus4.cms.hu-berlin.de/sexology/ECS5/definicion_4.html)

<sup>36</sup> *Ibíd.*, Taracena Rosario

## Estado civil

Uno de los principales cambios que trae ser madre a temprana edad es el cambio en el estado civil. Desde nuestro enfoque, una cantidad de adolescentes embarazadas se unen o casan legalmente a raíz del embarazo o algunas otras adolescentes que se unen o casan tienen como proyecto la maternidad inmediata, lo cierto es que más de la mitad de las adolescentes madres son casadas o unidas y, por tanto, la mayoría de los nacimientos de madres adolescentes provienen de mujeres que viven en pareja al momento de registrar el nacimiento.<sup>37</sup>

Por tradición cultural la mujer embarazada tenía que entablar una relación matrimonial prematura, pues la sociedad veía a la mujer únicamente en su papel de producción de hijos, por tanto, su función era darlos a luz y criarlos dando por hecho una unión matrimonial con el padre biológico. Sin embargo, la situación actual presenta cambios importantes: la función social de la mujer ya no es únicamente tener hijos y criarlos, sino que ella ha cambiado su estilo de vida, su desarrollo personal antes que una unión sentimental. Esta situación se ve agravada por su condición de madre soltera en que queda la mayoría de estas adolescentes, debido a que la pareja es generalmente un adolescente o joven que no asume su responsabilidad paterna, provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre y el niño.<sup>38</sup>

Sin embargo, por más que la mujer sea madre adolescente, es capaz de criar y mantener a su hijo por sí sola, sin la necesidad indispensable de contraer matrimonio. La aceptación de ser madre soltera por parte de la sociedad es cada vez mayor.<sup>39</sup> Además que el embarazo en la adolescencia en la mayoría de los casos es aceptado o termina siéndolo por parte de los padres, lo cual asegura un ambiente estable y de protección para ambos.

---

<sup>37</sup> Pantelides Edith Alejandra y Binstock Georgina, *La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del siglo XXI*, CONICET-CENEP, Revista Argentina de Sociología Año 5 No. 9, Argentina 2007.

<sup>38</sup> Molina S. Martha, et al; *Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar*, Revista Médica, 132: 65-70, Chile 2004.

<sup>39</sup> *Ibidem*, Rodríguez Gázquez María de los Ángeles

En general en los países de América Latina ha venido ocurriendo un cambio pausado pero continuo de valores, actitudes y comportamientos, pasando de una sociedad tradicional que colocaba la actividad sexual dentro del matrimonio a una donde el sexo premarital se practica en secreto, pero ya es admitido.<sup>40</sup>

### **Edad de la pareja y tiempo de convivencia**

En la mayoría de los casos las parejas afectivas de las adolescentes suelen tener el mismo rango de edad o son adultos jóvenes, para ellas asumir una responsabilidad tan importante es difícil, ya que como anteriormente se menciona, no se encuentran preparadas para ser madres, para el hombre aun suele ser más preocupante el rol de ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el hombre se desligue de su papel y los hijos pasan a ser criados por las mujeres. Sin embargo, en otros casos cuando suceden embarazos inesperados tienden a darse relaciones prolongadas de noviazgo y suelen tener el efecto de precipitar su independencia y por lo tanto la convivencia en unión libre.

Por otra parte, el adolescente al recibir la noticia de su paternidad, se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir de manera más a prisa. A todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y demanda su atención, cuando él se encuentra en una fase de desesperación por la necesidad de procurar a su nueva familia; se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados.<sup>41</sup>

---

<sup>40</sup> Op Cit, Juárez, Fátima y Gayet Cecilia

<sup>41</sup> Issler Juan R. *Embarazo en la Adolescencia*, Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 107 - Agosto/2001, disponible en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html?iframe=true&](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html?iframe=true&)



## **Adicciones en la mujer embarazada**

Las toxemias durante el embarazo siguen presentando en la actualidad, además de un relevante problema de salud pública, caracterizado por su alta prevalencia en las mujeres gestantes de diferentes ámbitos geográficos y su impacto en la morbilidad y mortalidad perinatal y materna.<sup>42</sup>

El consumo de drogas durante el embarazo puede provocar parto prematuro, desprendimiento prematuro de placenta, presión sanguínea alta y la muerte del feto. Los niños nacidos de madres que consumen drogas, pueden correr un mayor riesgo de síndrome de muerte súbita. El bajo peso al nacimiento en los lactantes de las adolescentes también aumenta por esta causa además de nutrición deficiente.

Entre otros efectos de las adicciones pueden provocar en el feto, defectos del crecimiento, anomalías intestinales, hiperactividad, temblores incontrolables, y más adelante problemas de aprendizaje.

La mayoría de los bebés experimentan síntomas de abstinencia, conocidos como síndrome de abstinencia neonatal, cuyos síntomas pueden durar de cuatro a seis meses, los síntomas pueden variar entre: temblores, aumento de la sensibilidad a los ruidos y otros estímulos, problemas para alimentarse, coordinación deficiente, llanto excesivo o irritabilidad.<sup>43</sup>

## **Adicciones en la pareja**

En las sociedades modernas, las drogas constituyen la manifestación de experiencias que expresan las modalidades de relación del individuo consigo mismo y con los demás.

---

width=95%&height=95%

<sup>42</sup> Salvador Moysén Jaime, et al, *Situación psicosocial de las adolescentes y toxemias del embarazo*, Salud Pública de México, Instituto Nacional de Salud Pública, marzo-abril, Vol.42, No. 2, México, 2000.

<sup>43</sup> FERTILAB, *Complicaciones en el uso de drogas duras*, Enciclopedia temática embarazo, Venezuela, 2008, disponible en: [http://fertilab.net/EMBARAZO/CUIDADOS\\_GENERALES/03\\_drogas\\_duras.html](http://fertilab.net/EMBARAZO/CUIDADOS_GENERALES/03_drogas_duras.html).

La droga no es el problema en sí, la causa, sino la consecuencia de diferentes problemas sociales e individuales como: sociedad en situación de crisis, ruptura de las estructuras familiares y problemas de inserción laboral, deterioro de la calidad de vida, incremento de la violencia social, falta de modelos o modelos equívocos, cuadros psicopatológicos del medio familiar y propios, por ejemplo el aumento de los cuadros depresivos.

La edad de comienzo del consumo, cada vez es más baja, en nuestro medio, las estadísticas que pude recoger de la asistencia, en los últimos 20 años, muestran que el comienzo se da entre los 11 y 15 años.

Cuando el resultado de una relación sexual genera un embarazo, a esta edad, la mayoría de las veces es no buscada. Es entonces cuando el adolescente se enfrenta de golpe, sin tiempo para pensar, tanto la mujer como el hombre, con una responsabilidad para la cual no estaba preparado.

Este es un problema que se les plantea, para resolver con ellos mismos, con las familias respectivas y con el hijo por venir. La prevención primaria no solamente falta en el tema de las adicciones, sino que también es escasa o nula en cuanto a información sexual.<sup>44</sup>

### **Tipo de familia**

Se ha postulado que el tipo de familia en el que la adolescente se ha socializado o 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, sin embargo la separación de los padres y la crianza de las adolescentes por la madre solamente, favorece la

---

<sup>44</sup> Calero Susana, *Las adicciones y embarazo adolescente*, Centro de Asistencia Capacitación e Investigación de las Socioadicciones, Congreso Mundial de Psiquiatría, México, 2010, disponible en: [http://www.cacis.com.ar/glosario-notas/adicciones\\_y\\_embarazo\\_adolescente.html](http://www.cacis.com.ar/glosario-notas/adicciones_y_embarazo_adolescente.html)

presencia del embarazo en sus hijas con mayor frecuencia, ya que se está comprobado que las familias donde la autoridad moral es débil, pobremente definida, de padres sin casarse, padres múltiples o ausentes, donde las jóvenes han sido criadas por diferentes personas o en diferentes momentos de su vida presentan con más frecuencia embarazos en la adolescencia.<sup>45</sup>

El intento de escapar a situaciones conflictivas en el hogar también es un detonante del embarazo temprano ya que el deseo en la adolescencia de tener hijos propios aumenta, esto para no seguir cuidando de los hermanos pequeños, tarea comúnmente asignada a las adolescentes mujeres en los estratos más pobres, o para ser tratada como adulta por los padres.<sup>46</sup>

Puede explicarse también por la importancia de la figura masculina en la educación de la adolescente, ya sea por el rigor que impone en ocasiones el padre a la hija en la sexualidad, o por la necesidad afectiva de esta, que necesita la figura masculina, y en estos casos tiende a buscarla en otro hombre.<sup>47</sup>

Otro aspecto de la calidad de vida familiar que afecta las conductas reproductivas es la comunicación con los padres. La madre parece ser la figura clave en este sentido, aún para los adolescentes hombres.<sup>48</sup>

### **Escolaridad de los padres**

La deserción escolar en las adolescentes no solamente ocurre durante el embarazo, sino también en un porcentaje importante antes del embarazo.

La baja escolaridad de los padres de las adolescentes y la desvalorización de la educación por parte de ellos, coinciden con los hallazgos que se han presentado

---

<sup>45</sup> Ávila Gálvez Elena, et al, *Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia*, Scielo, Revista Cubana de Pediatría, Vol. 74, No. 4, Cuba, 2002, disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312002000400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312002000400008)

<sup>46</sup> Op Cit, Pantelides Edith Alejandra

<sup>47</sup> Ibídem, Ávila Gálvez Elena

<sup>48</sup> Ibídem, Pantelides Edith Alejandra

en otras investigaciones en donde señalan que la baja escolaridad de los padres es un potencial factor de deserción escolar. Sin embargo no hay datos específicos ni estudios sobre este tema.

## **Ocupación**

Se han estudiado algunos peligros en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud reproductiva de una mujer, su capacidad de quedar embarazada o la salud de los bebés en el vientre de la madre. El trabajo entraña peligros que son circunstanciales al ambiente laboral, a los medios de trabajo, a las características de las tareas a realizar, a la actividad y esfuerzo que se exige de la persona que trabaja.

Estos peligros propios de cada ocupación o de cada puesto de trabajo se expresan en las diferentes probabilidades de influir nocivamente sobre la salud de la gestante y del neonato. A las sustancias o agentes que se encuentran en el trabajo que afectan la salud reproductiva de las mujeres o la capacidad de tener hijos sanos, se les llama riesgos para la reproducción en el trabajo, y entre los más estudiados están la radiación, algunos productos químicos, factores del ambiente físico y de las características de la tarea que realiza la trabajadora embarazada.

En cuanto a otros peligros o riesgos laborales, han sido señalados con asociaciones positivas de ocurrencia de los problemas de salud que nos ocupan, y son los siguientes: ruido en sectores manufactureros con el bajo peso al nacer; el trabajo por turnos y las cargas pesadas con el retardo del crecimiento fetal y el parto pretérmino y el bajo peso al nacimiento; las elevadas demandas del trabajo, la inseguridad laboral, la duración de las jornadas y particularmente el número de

horas trabajadas durante el primer trimestre del embarazo se asoció al riesgo de aborto espontáneo.<sup>49</sup>

### **Hábitos dietéticos**

Las necesidades de nutrimentos durante la adolescencia se incrementan por existir aumento de la tasa de crecimiento y cambios en la composición corporal, que son diferentes para cada sexo. La atención a la mujer gestante requiere de una cuidadosa y estrecha vigilancia alimentaria y nutricional que permita la detección oportuna de riesgo y el desarrollo de intervenciones que contribuyan a la salud del binomio madre hijo.

El déficit nutricional en la adolescencia se encuentra muy elevado ya que por causas como el nivel socioeconómico y malos hábitos alimenticios tienden a descuidar la etapa del embarazo trayendo como consecuencia el bajo peso pregestacional y la inadecuada ganancia de peso en la gestación, incrementan el riesgo de insuficiencia cardiaca para la madre y el feto, parto prematuro, defectos del tubo neural y bajo peso al nacer a este último le genera en etapas posteriores de la vida consecuencias irreversibles como trastornos del aprendizaje, alteraciones en el desarrollo psicomotor y de crecimiento y mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas en la edad adulta.

Por todo lo anterior, la atención a la mujer gestante requiere de una cuidadosa vigilancia alimentaria y nutricional que permita la detección oportuna de riesgo y el desarrollo de intervenciones que contribuyan a la salud del binomio madre hijo.<sup>50</sup>

### **6.2.5 Vulnerabilidad**

La pobreza significa no tener los medios suficientes para satisfacer necesidades básicas, tales como alimentación, vivienda, accesos a la educación básica y a los

---

<sup>49</sup> Marrero Santos María de Lourdes, *Embarazo y trabajo. Factores que los relacionan*, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, Revista Cubana de salud y trabajo, 9(2), Cuba, 2008

<sup>50</sup> Restrepo M. Sandra Lucia, et al, *Evaluación del estado nutricional de mujeres gestantes que participaron de un programa de alimentación y nutrición*, Revista Chilena de Nutrición, Vol. 37, N°1, 2010.

servicios de salud. Una familia es pobre si no posee los medios para satisfacer estas necesidades. Por otro lado, ser vulnerable significa, de acuerdo con el diccionario, ser susceptible de ser lastimado, recibir un golpe físico o moral. La vulnerabilidad social implica que esta susceptibilidad no es determinada de manera individual, sino socialmente.

La vulnerabilidad social, es un sentido amplio, es un concepto complejo, comprende la interacción de condiciones y situaciones tanto estructurales como circunstanciales; por lo que involucra varias dimensiones: la económica, la social y la cultural, y se manifiesta en varios niveles.

De hecho, es cierto que, en la mayoría de los casos, la vulnerabilidad social, se asocia empíricamente con la pobreza, pero esta relación es contingente y no necesaria.<sup>51</sup> En la delegación Iztapalapa en el D.F la mayoría de la población carece de recursos económicos, aun se encuentran zonas y población de áreas rurales.

### **Características de la población de la delegación Iztapalapa**

Iztapalapa es una de las 16 delegaciones del Distrito Federal de México. Posee una superficie algo mayor a 116 km<sup>2</sup> y se localiza en el oriente de la capital mexicana, ocupando la porción sur del vaso del lago de Texcoco. Es la demarcación más poblada de todo el país, con una población de casi un millón 900 mil personas en 2010.

En comparación con el resto del Distrito Federal, Iztapalapa presenta indicadores socioeconómicos menos favorables. Si bien alberga a la quinta parte de los capitalinos, su participación en la economía es mucho menor. El sector de los servicios constituye el componente más importante, y un número importante de sus habitantes deben trasladarse fuera de la demarcación para conseguir trabajo.

---

<sup>51</sup> Stern Claudio, *Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México*, Papeles de Población, Universidad Autónoma del Estado de México, enero-marzo No, 039, México, 2004.

La infraestructura y los servicios urbanos se encuentran menos desarrollados o son deficientes, particularmente en el caso de la distribución del agua potable, que es uno de los retos más importantes para los gobiernos locales. En términos generales, la delegación posee un desarrollo humano alto, pero hay muchos contrastes en su interior.

Posterior al desastre ocasionado por los sismos de Septiembre de 1985. Ante el colapso de Unidades Hospitalarias y con la consecuente pérdida de camas para la Atención Médica, la Comunidad Económica Europea, ofrece construcción de una Unidad Hospitalaria que solventa en parte dicha pérdida. Fue puesta a disposición del Gobierno del Distrito Federal, para participar en la tramitación y vigilancia de la construcción de dicha unidad.

La construcción inicia a finales del año de 1986 para ser terminada en 1989, contando con el equipo necesario para ser inaugurada el 22 de noviembre, con el nombre “Hospital General Iztapalapa” y abriendo sus puertas a la población el día 1° de diciembre del de 1989.

En 2006 tiene una remodelación y ampliación para cubrir las necesidades de los pacientes, debido a que es una de las Delegaciones con más índices de problemas de salud, accidentes y conducta delictiva.<sup>52</sup>

### **6.3 Adolescencia y Embarazo**

#### **Impacto del embarazo en la adolescente**

Según diversas publicaciones es importante destacar que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas. El primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica en la adolescente embarazada.

---

<sup>52</sup> Secretaria de Salud Publica, Red de Hospitales, *Nuestras Raíces Hospital General Iztapalapa*, disponible en: <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/hospitales/index.php#>, 3/12/11.

El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación con la pareja entre otros; además de representar costos para el Estado, por concepto de atención en salud por las complicaciones que el parto y el recién nacido puedan presentar, así como por la atención y el apoyo social de los niños en situación de desventaja: educación, hogares de guarda, programas de nutrición infantil, programas alimentarios y viviendas subsidiadas por el gobierno, así sea de las demandas generadas por niños con problemas psicosociales asociados a rechazo o abandono físico o afectivo.<sup>53</sup>

## **Adolescencia**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.<sup>54</sup>

## **Embarazo**

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud OMS como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.

---

<sup>53</sup> Ibídem, Beltrán Molina Luz

<sup>54</sup> Op Cit, Villanueva Luis Alberto, Pérez Fajardo María del Milagro



Ruoti plantea que el embarazo en cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atender tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y construirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, si no del futuro, por las complicaciones que acarrea.<sup>55</sup>

La OMS considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto. Los abortos peligrosos practicados por personas no preparadas en condiciones de falta de higiene contribuyen en gran medida a este problema en la población adolescente.<sup>56</sup>

### **6.3.1 Salud Prenatal**

Se define como: “la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con alguno de los integrantes del equipo de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo del recién nacido”.

Debido a los problemas sociales descritos anteriormente, se debe llevar a cabo un cuidado específico en la población de adolescentes en la etapa del embarazo ya que, las adolescentes no asisten a su control prenatal o lo hacen ya en las últimas semanas de gestación lo que conlleva a altos riesgos de morbilidad materno-fetal, e incrementa probables daños en el recién nacido.

Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son:

- ✓ Elaboración de historia clínica

---

<sup>55</sup> Op Cit, Peláez Mendoza Jorge

<sup>56</sup> Organización Mundial de la Salud, Centro de Prensa, Salud de la Mujer, Nota descriptiva N°334 Noviembre de 2009, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/index.html>.

- ✓ Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales)
- ✓ Medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración
- ✓ Medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración
- ✓ Valoración del riesgo obstétrico
- ✓ Valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto
- ✓ Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo)
- ✓ Determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil D<sub>u</sub>)
- ✓ Examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36
- ✓ Detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo, bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad
- ✓ Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico
- ✓ Prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo)
- ✓ Aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales
- ✓ Orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada
- ✓ Promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada
- ✓ Promoción de la lactancia materna exclusiva
- ✓ Promoción y orientación sobre planificación familiar

- ✓ Medidas de autocuidado de la salud
- ✓ Establecimiento del diagnóstico integral.

Con el apoyo de los datos anteriores, se deben establecer los criterios de referencia para la atención de las gestantes a las unidades de primero, segundo y tercer niveles.

Por lo tanto la promoción a la salud, en el control prenatal por parte de los profesionales de Enfermería es de vital importancia para prevenir futuras repercusiones.<sup>57</sup>

### **6.3.2 Salud Perinatal**

Como concepto tenemos que es el lapso que se inicia el primer día de la semana 22 (154 días) de gestación y termina veintiocho días completos después del nacimiento. La salud perinatal se lleva a cabo a través de la atención prenatal que identifica a mujeres embarazadas que presentan ciertos factores que pueden propiciar daño perinatal, lo que permite brindarle una atención médica más cuidadosa durante la gestación y para lo cual existe una clasificación del riesgo perinatal en el embarazo en base a los factores de riesgo detectados.

- **Riesgo Bajo:** En él se ubican las pacientes en las cuales no se detectaron factores que pongan en riesgo la salud de la mujer o del feto; por lo que estas pacientes pueden ser controladas con los recursos del primer nivel de atención.
- **Riesgo Medio:** En este parámetro se enlistan las mujeres que presentan actualmente o presentaron uno o varios factores de riesgo que aumentan la probabilidad de daño para la concepción ya sea durante el período preconcepcional y/o gestacional en el cual incluiría al feto.

---

<sup>57</sup> Op Cit., Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993

- **Riesgo Alto:** En este nivel se encuentran las mujeres en las cuales se han identificado factores de riesgo, ya sean previos y/o actuales que aumenten la probabilidad de daño para la mujer en el momento de la concepción el cual incluirá al producto. Lo cual implica brindar atención al binomio en una institución de tercer nivel para su control.

Cualquier alteración que se produzca en el período gestacional tendrá efectos no solo en la salud de la madre sino en el crecimiento y desarrollo del niño, disminuyendo sus aptitudes físicas y mentales, su capacidad de aprendizaje y su futuro rendimiento laboral. Estas secuelas significarán una mayor carga y tensión a la familia, a la comunidad y a las diversas instituciones sociales.

La atención a la salud perinatal, incluyendo orientación pregestacional, atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, así como la detección y atención de riesgos que puedan complicar la gestación y el puerperio, constituyen un componente básico del Programa de Salud Reproductiva; tiene como misión garantizar una maternidad saludable y sin riesgos a todas las mujeres mexicanas, y contribuir a la disminución de la mortalidad materna y perinatal.

La atención a la salud perinatal, comprende acciones de información y servicios desde la etapa pregestacional, durante el embarazo, el nacimiento, el puerperio y el periodo neonatal temprano; éstas tienen un enfoque esencialmente preventivo, un adecuado equilibrio con intervenciones terapéuticas orientadas a evitar alteraciones y/o complicaciones de la gestación, su detección temprana y en caso necesario el manejo apropiado a efecto de contribuir efectivamente a la disminución de la mortalidad materna.<sup>58</sup> Las complicaciones más frecuentes en los embarazos de adolescentes son infecciones graves, anemia, preeclampsia, eclampsia, parto prolongado, desproporción céfalo pélvica, óbito fetal y fístulas recto vaginales o cisto vaginales.

---

<sup>58</sup> *Ibídem*, Rivera Montiel Angelina, Hernández Rodríguez Leticia, UNAM-ENEO

Estos embarazos por lo general son resultado de relaciones sexuales sin protección, falta de información sobre anticonceptivos, falla anticonceptiva por uso incorrecto, alcoholismo, drogadicción o un ambiente familiar deteriorado.

Otros riesgos médicos asociados con el embarazo en las madres adolescentes, son el bajo peso al nacer, el parto prematuro, la nutrición insuficiente, etcétera, determinan elevación de la morbilidad y mortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de edades entre 20-29 años.<sup>59</sup>

La unidad de atención debe proporcionar a la mujer embarazada un carnet perinatal que contenga los siguientes datos: identificación, antecedentes personales patológicos, evolución del embarazo en cada consulta, resultados de exámenes de laboratorio, estado nutricional, evolución y resultado del parto, condiciones del niño al nacimiento, evolución de la primera semana del puerperio, factores de riesgo y mensajes que destaquen la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo. Se utilizará éste, como documento de referencia y contrarreferencia institucional.<sup>60</sup>

#### **6.4 Consejería de Enfermería**

Los profesionales de la salud debemos incrementar nuestras capacidades para realizar acciones en consejería en el grupo de adolescentes, ya que como se ha estado puntualizando las características propias de la etapa de la adolescencia, experimentan cambios biopsicosociales, que requieren de un abordaje integrado desarrollado en un ambiente adecuado para que todos los adolescente se sienta en confianza de externar sus necesidades e inquietudes.

En la salud reproductiva, la Consejería permite conocer y entender las necesidades de las y los adolescentes para favorecer la toma decisiones. La

---

<sup>59</sup> Ibídem, Peláez Mendoza Jorge

<sup>60</sup> Ibídem, Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993

Consejería es un proceso de comunicación interpersonal que parte del diálogo y análisis conjunto de las motivaciones, dudas, expectativas y sentimientos de una persona.

Su función es crear las condiciones para que la paciente pueda tomar decisiones libres e informadas de acuerdo con sus convicciones y situación, y así ejercer sus derechos humanos. Es útil para explorar los sentimientos de la mujer que vive una situación específica, valorar su capacidad de respuesta ante la situación que enfrenta, disminuir el grado de ansiedad o temor que esto le pueda ocasionar, e identificar a las mujeres que requieren de atención especializada por padecer angustia extrema o depresión.

La comunicación interpersonal efectiva es indispensable para la consejería, por lo que es importante que los prestadores de los servicios de salud desarrollen habilidades para comprender los sentimientos y puntos de vista de las mujeres, comunicarse con sensibilidad y empatía, y que aprendan a no emitir juicios de valor.

La atención en general y la consejería en particular deben darse dentro de un marco ético que requiere poner en el centro las necesidades de las mujeres. Son el espacio concreto de respeto a los derechos humanos de:

- Derecho a la información completa, veraz, imparcial y útil;
- Respeto a la dignidad, privacidad y confidencialidad;
- Libertad de conciencia y expresión; y
- Respeto a la voluntad y elección.

Las técnicas empleadas para lograr este objetivo son:

- ✓ **La escucha activa**, que involucra la comunicación no verbal, es decir, una actitud y comportamiento corporal empático.

- ✓ **Parafrasear**, que consiste en repetir con otras palabras lo que la usuaria ha informado acerca de sus emociones y temores; la consejera o consejero deberá mostrarle a la mujer que la escucha y la comprende.
- ✓ **Formular preguntas significativas** que le permitan recabar información importante y que estimule a la usuaria a hablar sobre sí misma.
- ✓ **Identificar sentimientos**. Al observar y escuchar a la mujer, podrá identificar cuáles son sus sentimientos, comprenderla y actuar en la contención en caso de crisis.
- ✓ **Dar validez a la usuaria**, implica creer en ella y evitar la influencia de los prejuicios de la consejera.
- ✓ **Proveer información**, es una parte importante de la consejería, que ayuda a la usuaria a tomar una decisión informada.
- ✓ Se debe terminar al **resumir y llegar a un acuerdo**, que verbalice la consejera para verificar la decisión que tomó la usuaria y hacer planes para su implementación.<sup>61</sup>

Cabe resaltar que para desarrollar la habilidad en el manejo de la consejería es necesario de la práctica continua de ésta para apropiarse adecuadamente de la técnica.

## 6.5 Servicios de asistencia social en el HGR Iztapalapa D.F

Existen diversos factores que determinan por qué las mujeres no llegan a la atención calificada durante el embarazo, el parto y después del nacimiento, incluyendo la calidad y disponibilidad de los servicios, así como los costos, la distancia, el transporte disponible, los procesos de toma de decisiones de la familia y la falta de apoyo. Para responder mejor a las mujeres y los recién nacidos de las necesidades de salud y aumentar la utilización de los servicios de salud disponibles, los programas deben implementar intervenciones para mejorar la salud en el hogar y para involucrar a las mujeres, las familias y los actores de la

---

<sup>61</sup> Sotelo Núñez María Dolores, et al, *Consejería en la atención a mujeres en situación de aborto*, Ipas México.

comunidad, incluyendo otros sectores, para identificar los principales problemas y soluciones para llegar a los centros.<sup>62</sup>

Hay muchas formas en que la vulnerabilidad puede ser minimizada aun dentro de la pobreza. El acceso universal a los servicios básicos de salud, a una educación básica y a la seguridad social es una de esas formas. El desarrollo o reforzamiento de redes de apoyo social es otro.<sup>63</sup>

En el Hospital General Regional Iztapalapa desde 2005, el Gobierno del Distrito Federal incorpora como programa de salud al Seguro Popular, como un aseguramiento público y voluntario, mediante el cual se busca ampliar la cobertura de servicios de salud para aquellas personas de bajos recursos que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social.

El Seguro Popular favorece el acceso efectivo, de calidad y sin costo para atención médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria de la población no derechohabiente con una oferta de servicios establecidos en el Catalogo Universal de Servicios de Salud para una atención integral.

Solo se integrara a la población que reúna alguno de los requisitos:

- Tengan hijos nacidos a partir del 1 de diciembre del 2006
- Familias de zonas altas y muy alta marginación
- **Se encuentren embarazadas**
- Cuenten con tarjeta Liconsa

---

<sup>62</sup> World Health Organization, *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC)*, Maternal, newborn, child and adolescent health, disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/impac/en/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/impac/en/index.html)

<sup>63</sup> Op Cit, Stern Claudio



- Personas cuyo padecimiento se encuentra considerado como gasto catastrófico<sup>64</sup>

Esto se estableció con el objetivo de brindar más y mejores servicios en salud en el HGR Iztapalapa y todos los hospitales de la red de la Secretaría de Salud.

---

<sup>64</sup> Secretaría de Salud, *Seguro Popular*, Sistema de protección social en salud, Gobierno del Distrito Federal, México, 2009, disponible en: [http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro\\_popular/](http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro_popular/)

## **VI. METODOLOGÍA**

*Tipo de estudio:* Cuantitativo

Para esta investigación se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal, donde se consideró:

*Universo de trabajo:* Adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de edad que asisten a su control prenatal en el Hospital General Regional Iztapalapa, pertenecientes a la delegación Iztapalapa en el Distrito Federal.

*Muestra:* Es convencional, se tomaron 99 adolescentes embarazadas que asisten a su control prenatal a al Hospital General Regional Iztapalapa, Distrito Federal.

*Criterios de inclusión:* Madres adolescentes ente los 10 y 19 años, entre 20 y 36.6 semanas de gestación.

*Criterios de exclusión:* Madres mayores de 19 años de edad, embarazo de menos de 20 SDG o embarazo mayor de 36.6 SDG.

*Lugar:* México, Distrito Federal, Delegación Iztapalapa en el Hospital General Regional Iztapalapa, consultorio 8.

*Equipo de investigación:*

Encargados del proyecto

M.C.E Araceli Jiménez Mendoza

M.C.E Hugo Tapia Martínez

Pasantes del Servicio Social

Alejandra Rivera Santiago

Alma Vianey Figueroa Toriz

Diana Layla Ibáñez López

Israel Martínez García

Johana Gabriela González Vargas

Penélope Velasco González

*Planeación:* Se realizó la recolección de datos con el equipo de investigación en el consultorio 8 perteneciente a la consulta externa, temporalmente asignado para uso exclusivo de “Consejería en salud reproductiva de adolescente embarazada”, que nos autorizaron los directivos del Hospital General Regional de Iztapalapa, para poder llevar a cabo esta investigación y los objetivos propuestos. Las pacientes llegaban a su consulta de control prenatal y se referían por el personal de enfermería que daba la consulta al consultorio 8 solo si cumplían con los criterios de inclusión. Ahí se valoró a la paciente, se le dio la consejería y se aplicaron los diversos instrumentos, de las diferentes tesis a realizar para abordar los aspectos biopsicosociales de la adolescente embarazada.

*Tiempo:* Datos recabados de septiembre del 2011 a febrero del 2012.

*Instrumento:* La información se obtuvo de la aplicación de un instrumento el cual se diseñó a partir de 17 reactivos dentro de los cuales se abordan dos factores de tipo biológico y 15 de tipo social, que pueden ser desencadenantes de riesgo durante su embarazo, parto o puerperio, en la parte biológica se integró edad y menarca y en la parte social, IVSA, Métodos anticonceptivos, nivel educativo de la adolescente embarazada y de los padres de la misma, ocupación, horas de trabajo y distancia, estado civil, edad de la pareja y tiempo de convivencia, tipo de familia de la que proviene la adolescente, adicciones que puede tener la adolescente embarazada y/o su pareja, por último los hábitos dietéticos. (Anexo 2)

Cada uno consta de una escala del 0 al 3 en donde 0 es un riesgo bajo, 1-2 son un riesgo medio y 3 son un riesgo alto, así se fueron realizando las preguntas y calificando según la respuesta de la paciente, los resultados finales fueron determinados por la sumatoria de los puntos de los 17 reactivos que se establecieron, quedando la escala con un total de 17 puntos o menos tiene un

riesgo bajo en su embarazo, de 18 a 25 puntos tiene un riesgo medio y por último de 26 a 51 puntos un riesgo alto.

Se realizó una prueba piloto con el instrumento de valoración sobre riesgos biológicos y sociales en 5 pacientes, en el cual se vieron alterados algunos de estos factores, sin embargo, se realizaron modificaciones conforme las necesidades de la entrevista y del instrumento de valoración. Por lo tanto los datos arrojados por este instrumento no se encuentran validados.

#### *Aspectos Éticos y Legales: Consentimiento Informado (Anexo 1)*

La investigación se realizó con base en los principios éticos de beneficencia y no maleficencia, veracidad, privacidad y confidencialidad, señalados en el Código de Ética de Enfermería.

Se obtuvo el consentimiento informado de las pacientes antes de llevar a cabo las entrevistas, brindando una clara explicación sobre los objetivos del estudio y se les describió claramente en qué consiste su participación. Se dió lectura al formato de el mismo, proporcionándole a la mujer las facilidades para expresar sus dudas y debiendo aclarárselas hasta que quedara satisfecha.

Se hizo énfasis en que su participación es completamente voluntaria, que el empleo de la información es confidencial y que no se verán afectados los servicios por los que acude realmente al Hospital.

Análisis de resultados: Se realizaron en el programa SPSS versión 15.

## VII. RESULTADOS

Tabla 1  
Edad de las adolescentes embarazadas  
2012

n=99

Edad	Fo	%
19 años	36	36.4
17 - 18 años	40	40.4
16 - 15 años	20	20.2
< 15 años	3	3.0
Total	99	100.0

Fuente. Datos recolectados por Penélope C. Velasco González, Johana G. González Vargas,  
Hospital General Iztapalapa, DF, 2012.

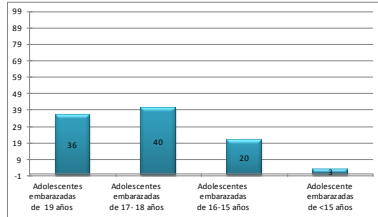
# Gráfica 1

## Edad de las adolescentes embarazadas

### 2012

%

n=99



Fuente. Datos recolectados por Penélope C. Velasco González, Johana G. González Vargas, Hospital General Iztapalapa, DF, 2012.

Descripción: Se observa que de las 99 adolescentes embarazadas, 40 tienen entre 17 y 18 años de edad, 36 de ellas tienen 19 años, 20 tienen entre 15 y 16 años de edad y 3 son menores de 15 años.

Tabla 2

Edad en que se presento la menstruación en las adolescentes embarazadas  
2012

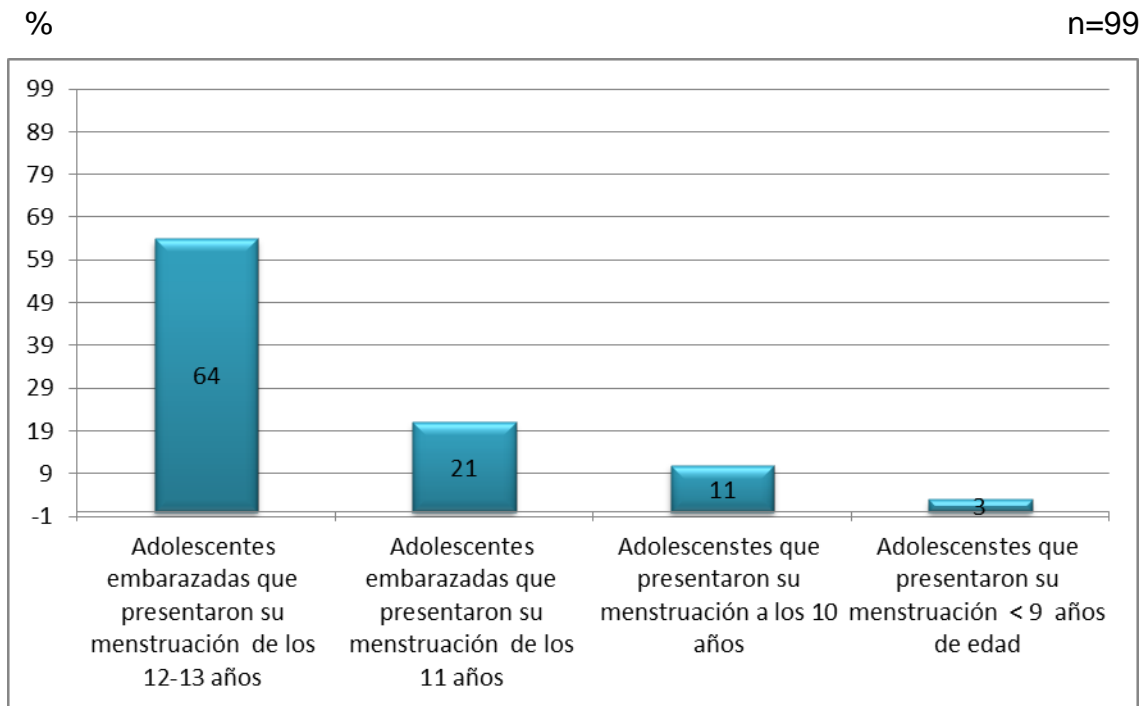
n=99

Edad	Fo	%
12 - 13 años	64	64.6
11 años	21	21.2
10 años	11	11.1
< 9 años	3	3.0
Total	99	100.0

Fuente. Misma que Tabla 1

Gráfica 2

Edad en que se presentó la primera menstruación en las adolescentes embarazadas  
2012



Fuente. Misma que Grafica 1

Descripción: De las 99 mujeres encuestadas, 64 adolescentes presentaron su menstruación entre los 12-13 años de edad, 21 adolescentes presentaron su menstruación a los 11 años, 11 adolescentes presentaron su menstruación a los 10 años de edad y 3 adolescentes presentaron su menstruación con menos de 9 años de edad.



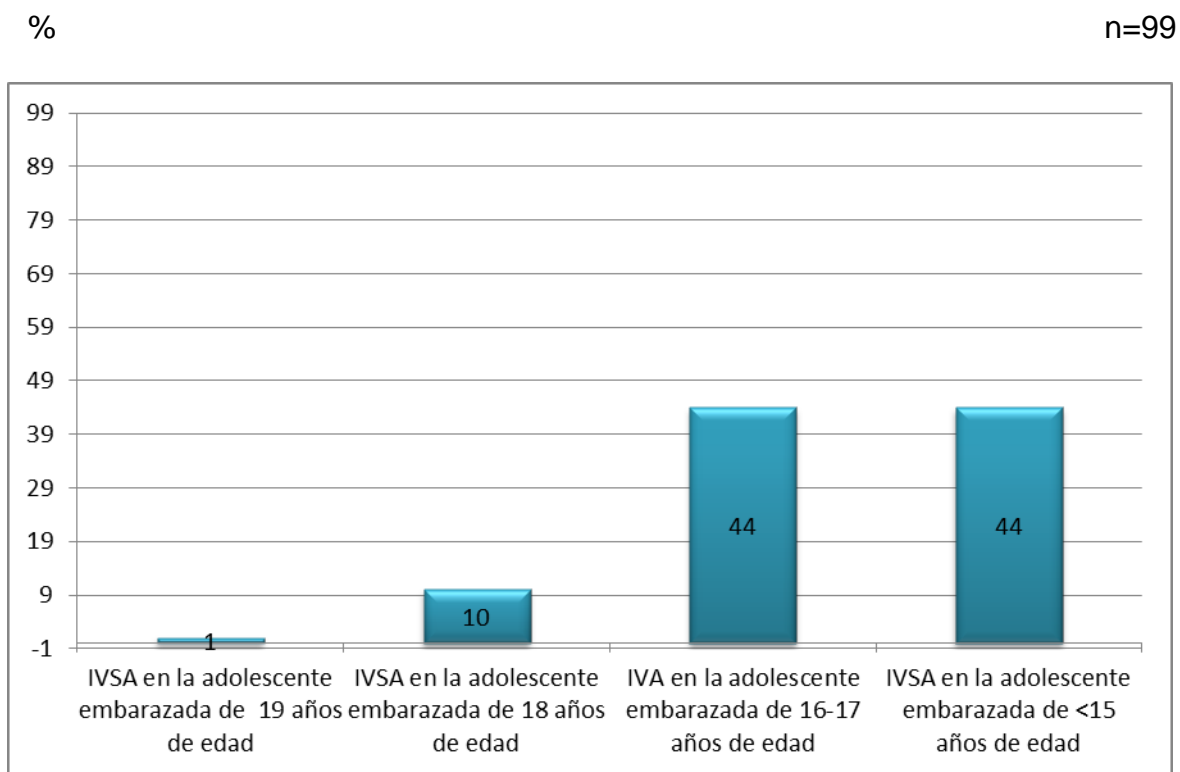
Tabla 3  
 Inicio de vida sexual activa en las adolescentes embarazadas  
 2012

n=99

Edad	Fo	%
19 años	1	1.0
18 años	10	10.1
16 - 17 años	44	44.4
< 15 años	44	44.4
Total	99	100.0

Fuente. Misma que Tabla 1

**Gráfica 3**  
**Inicio de vida sexual activa en las adolescentes embarazadas**  
**2012**



Fuente. Misma que Grafica 1

Descripción: Se observa que de las 99 adolescentes embarazadas, 44 adolescentes iniciaron su vida sexual activa con menos de 15 años de edad, 44 adolescentes iniciaron su vida sexual activa entre los 16 y 17 años de edad, 10 adolescentes iniciaron su vida sexual activa a los 18 años de edad, 1 adolescente inicio su vida sexual activa a los 19 años de edad.

Tabla 4  
 Uso de método anticonceptivo por parte de las adolescentes embarazadas  
 2012

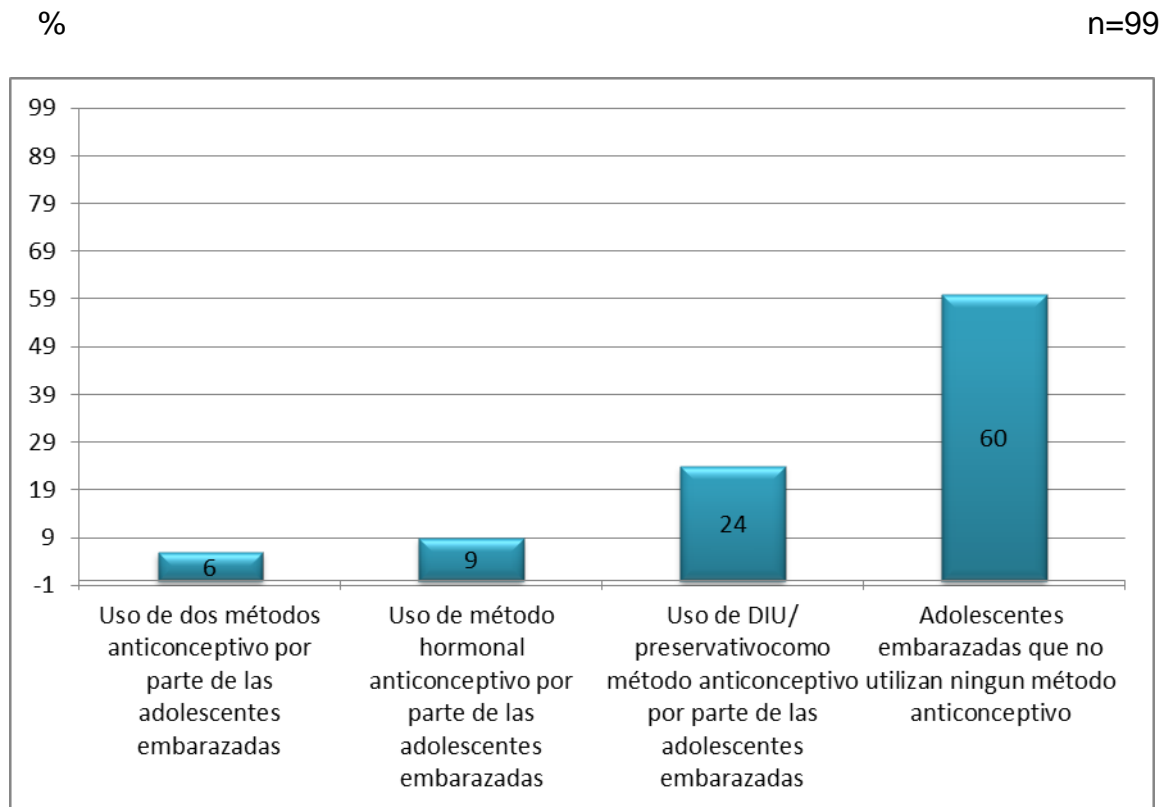
n=99

Tipo de método utilizado	Fo	%
Dos métodos	6	6.1
Hormonal	9	9.1
DIU / Preservativo	24	24.2
No utiliza	60	60.6
Total	99	100.0

Fuente. Misma que Tabla 1

Gráfica 4

Uso de método anticonceptivo por parte de las adolescentes embarazadas  
2012



Fuente. Misma que Grafica 1

Descripción: De las 99 adolescentes embarazadas, 60 adolescentes no utilizan ningún método de planificación familiar, 24 adolescentes utilizan DIU/preservativo, 9 adolescentes utilizan como método de planificación familiar hormonales, 6 adolescentes utilizan dos métodos anticonceptivos.

Tabla 5  
Grado de estudios concluidos por parte de las adolescentes embarazadas  
2012

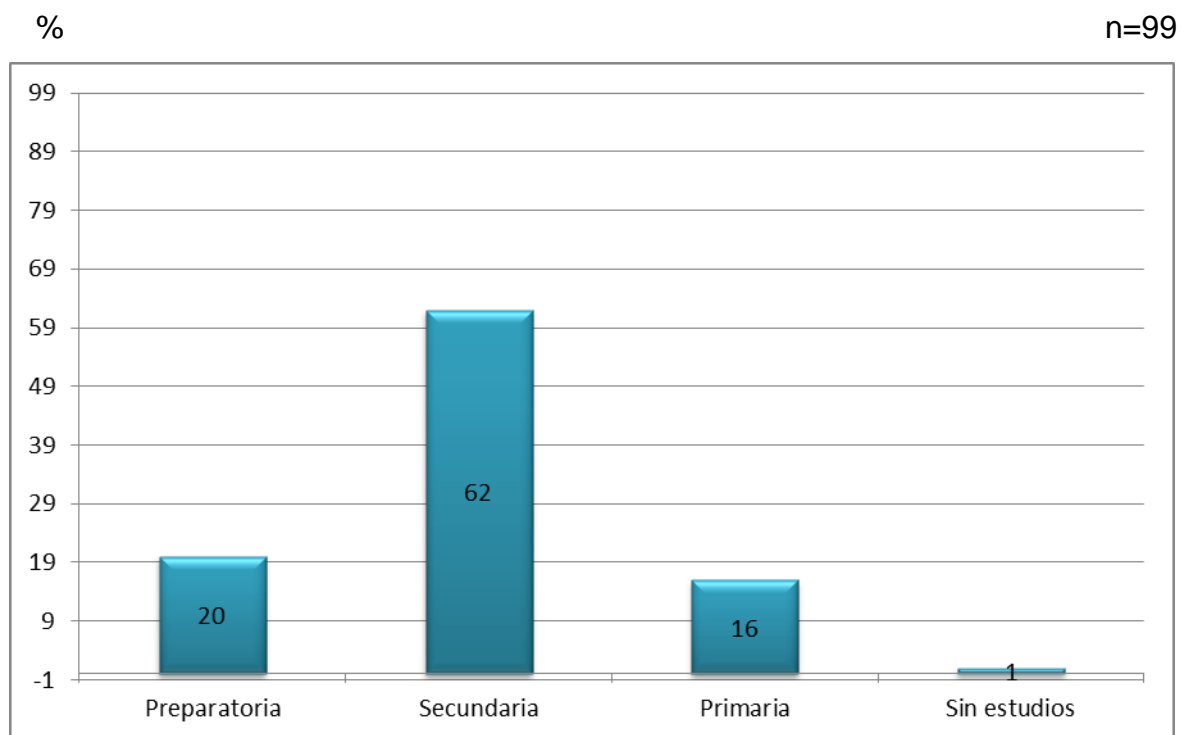
n=99

Grado de estudios concluidos	Fo	%
Preparatoria	20	20.2
Secundaria	62	62.6
Primaria	16	16.2
Sin estudios	1	1.0
Total	99	100.0

Fuente. Misma que Tabla 1

Gráfica 5

Grado de estudios concluidos por parte de las adolescentes embarazadas  
2012



Fuente. Misma que Grafica 1

Descripción: Se observa que de las 99 adolescentes embarazadas encuestadas, 62 adolescentes refieren secundaria concluida como grado de estudios, 20 adolescentes concluyeron preparatoria, 16 adolescentes cuentan con primaria concluida como grado de estudios, 1 adolescente no tiene estudios de ningún tipo.

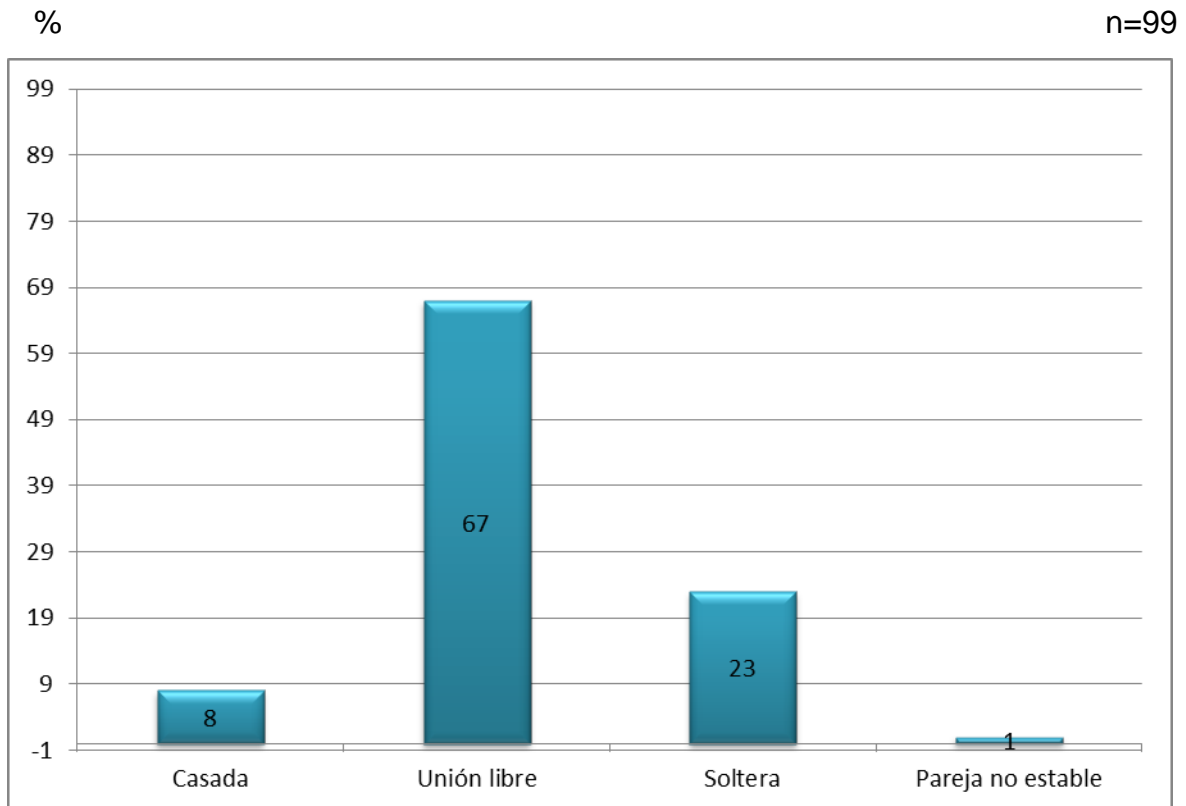
Tabla 6  
 Estado civil en mujeres adolescentes embarazadas  
 2012

n=99

Estado Civil	Fo	%
Casada	8	8.1
Unión libre	67	67.7
Soltera	23	23.2
Pareja no estable	1	1.0
Total	99	100.0

Fuente: Misma que Tabla 1

Gráfica 6  
Estado civil en adolescentes embarazadas  
2012



Fuente: Misma que Grafica 1

Descripción: De las 99 adolescentes embarazadas encuestadas, 67 adolescentes viven en unión libre con su pareja, 23 adolescentes refieren ser solteras, 8 adolescentes refieren ser casadas, 1 adolescente refiere no tener pareja estable.



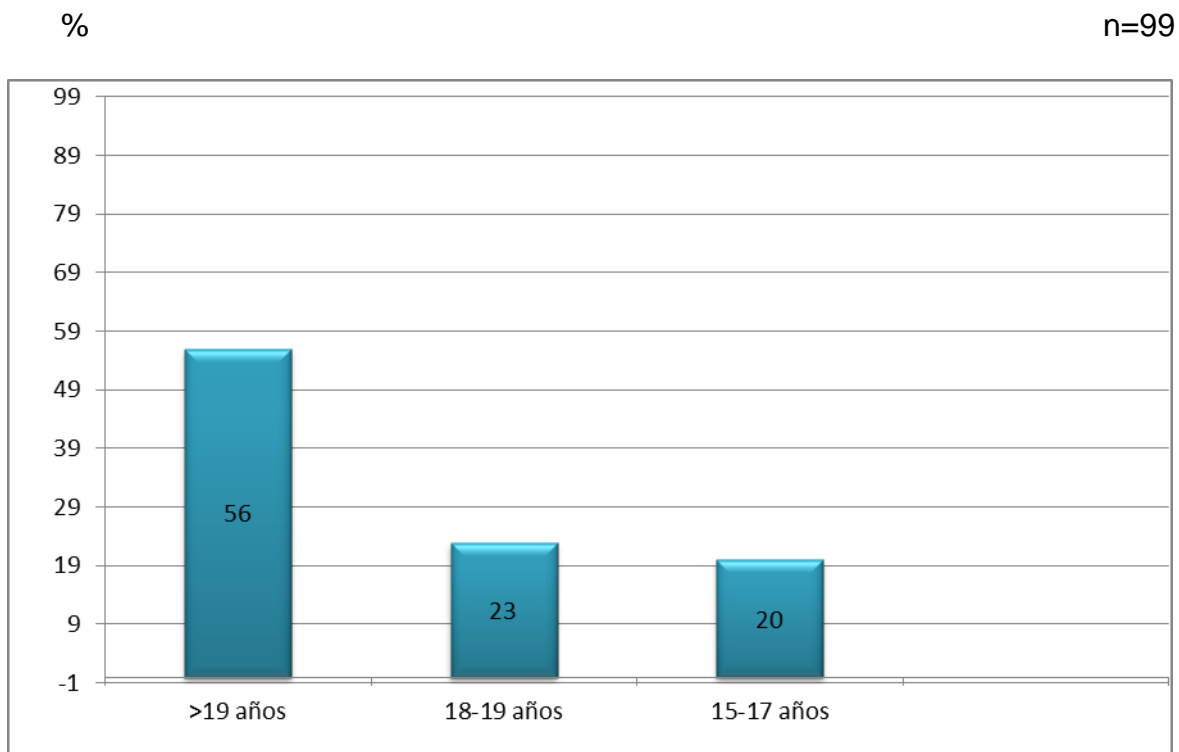
Tabla 7  
 Edad de la pareja de la adolescente embarazada  
 2012

n=99

Edad	Fo	%
> 19 años	56	56.6
18 - 19 años	23	23.2
15 - 17 años	20	20.2
Total	99	100.0

Fuente: Misma que Tabla 1

Gráfica 7  
Edad de la pareja de la adolescente embarazada  
2012



Fuente: Mismo que Grafica 1.

Descripción: De las 99 adolescentes embarazadas encuestadas, 56 adolescentes sostienen una relación con una pareja mayor 19 años de edad, 23 adolescentes refieren tener una pareja que tiene entre 18 y 19 años de edad, 20 adolescentes tienen una pareja que tiene entre 15 y 17 años de edad.

Tabla 8  
 Tiempo de convivencia entre la adolescente embarazada y su pareja  
 2012

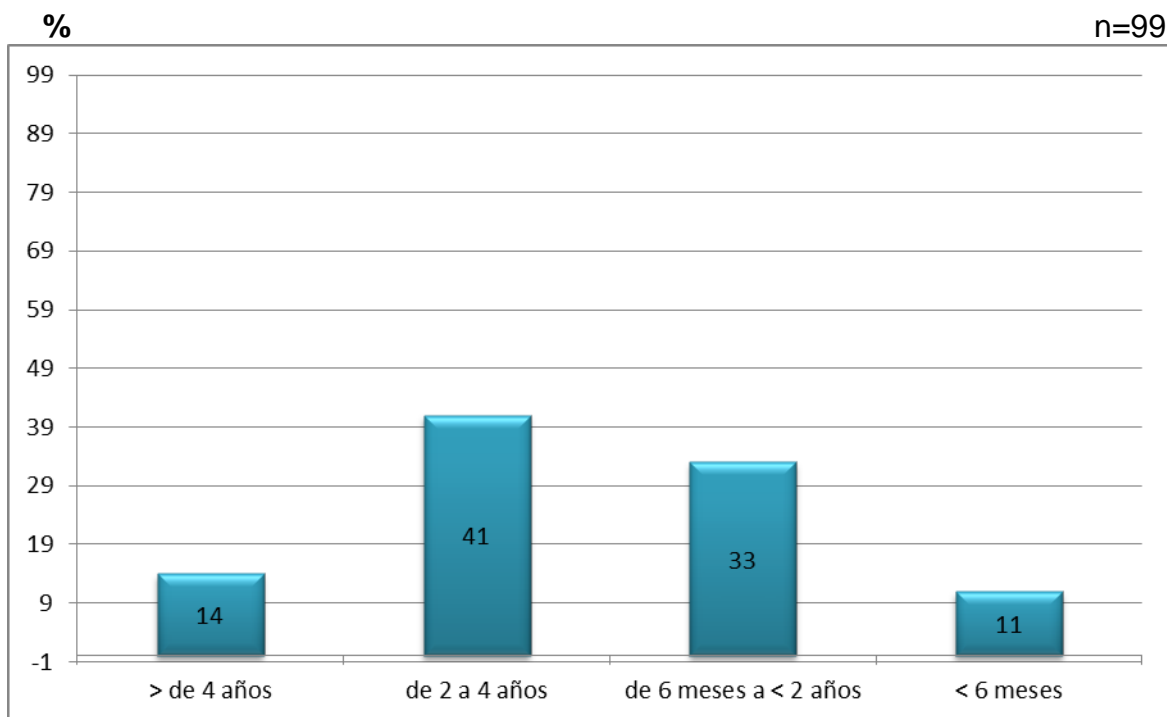
n=99

Tiempo de convivencia	Fo	%
> De 4 años	14	14.1
De 2 a 4 años	41	41.4
De 6 meses a < 2 años	33	33.3
< 6 meses	11	11.1
Total	99	100.0

Fuente: Mismo que Tabla 1

Gráfica 8

Tiempo de convivencia entre la adolescente embarazada y su pareja  
2012



Fuente: Mismo que Gráfica 1.

Descripción: Se observa que de las 99 adolescentes embarazadas, 41 adolescentes refieren haber convivido con su pareja antes de embarazarse de 2 a 4 años, 33 adolescentes convivieron con su pareja antes de embarazarse de 6 meses a 2 años, 14 adolescentes convivieron con su pareja más de 4 años antes de embarazarse, 11 adolescentes refieren haber convivido menos de 6 meses con su pareja antes de embarazarse.

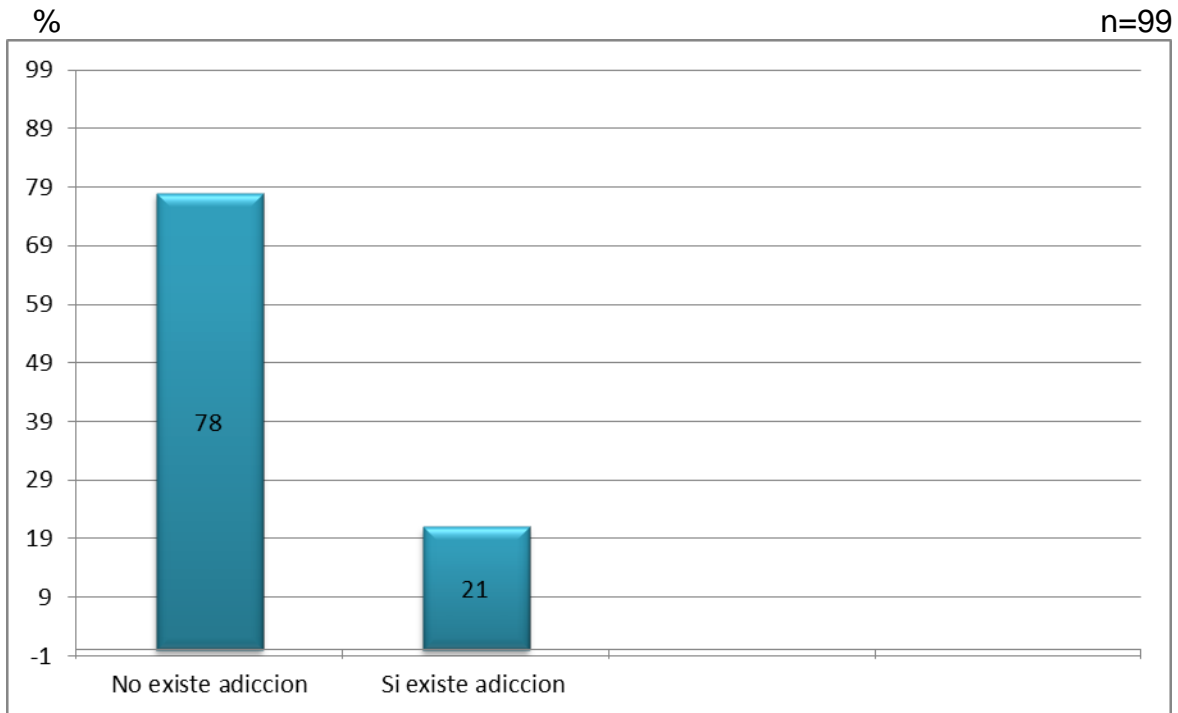
Tabla 9  
Adicciones de la pareja de la adolescente embarazada  
2012

n=99

Presencia de adicción	Fo	%
No	78	78.8
SI	21	21.2
Total	99	100.0

Fuente: Mismo que Tabla 1.

Gráfica 9  
Adicciones de la pareja de la adolescente embarazada  
2012



Fuente: Mismo que Gráfica 1.

Descripción: De las 99 adolescentes embarazadas encuestadas, 78 adolescentes refieren que la pareja con la que conviven no tienen ningún tipo de adicción, 21 adolescentes refirieron convivir con una pareja que tiene algún tipo de adicción.

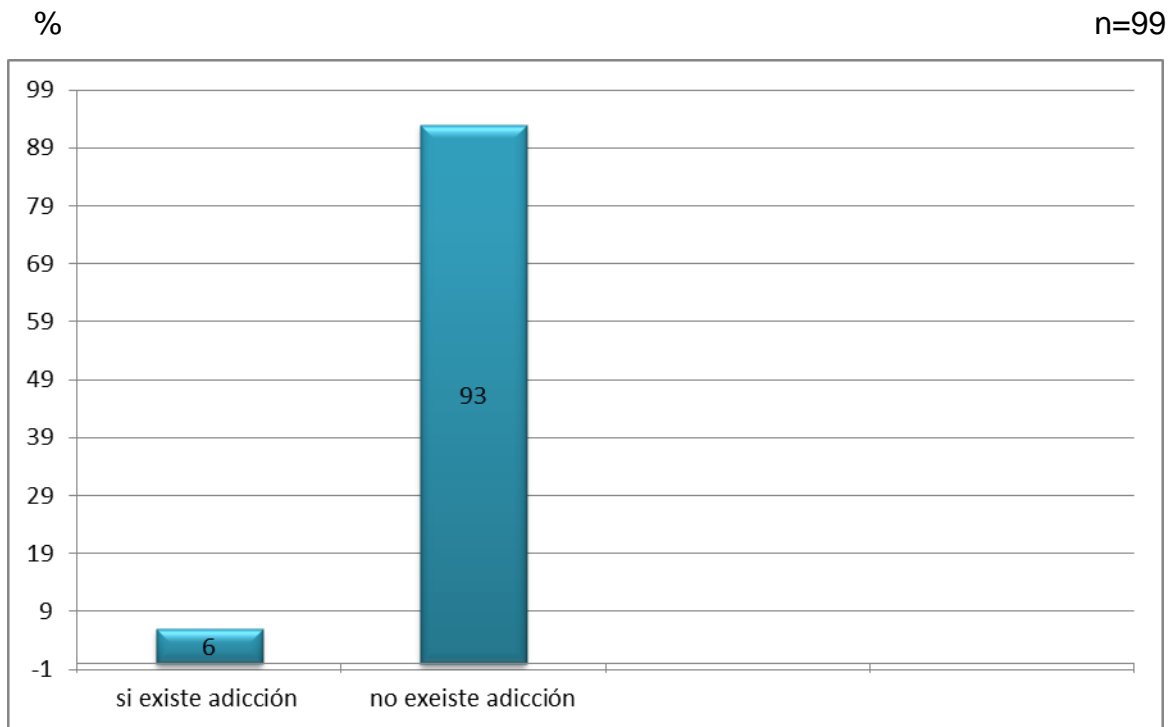
Tabla 10  
Adicciones de la adolescente embarazada  
2012

n=99

Presencia de adicción	Fo	%
NO	93	93.9
SI	6	6.1
Total	99	100.0

Fuente: Mismo que Tabla 1

Gráfica 10  
Adicciones de la adolescente embarazada  
2012



Fuente: Mismo que Gráfica 1

Descripción: Se observa que de las 99 adolescentes embarazadas encuestadas, 93 adolescentes no tienen adicciones, 6 adolescentes refieren haber consumido ocasionalmente (tabaco, alcohol).



Tabla 11  
 Tipo de familia de donde proviene la adolescente embarazada  
 2012

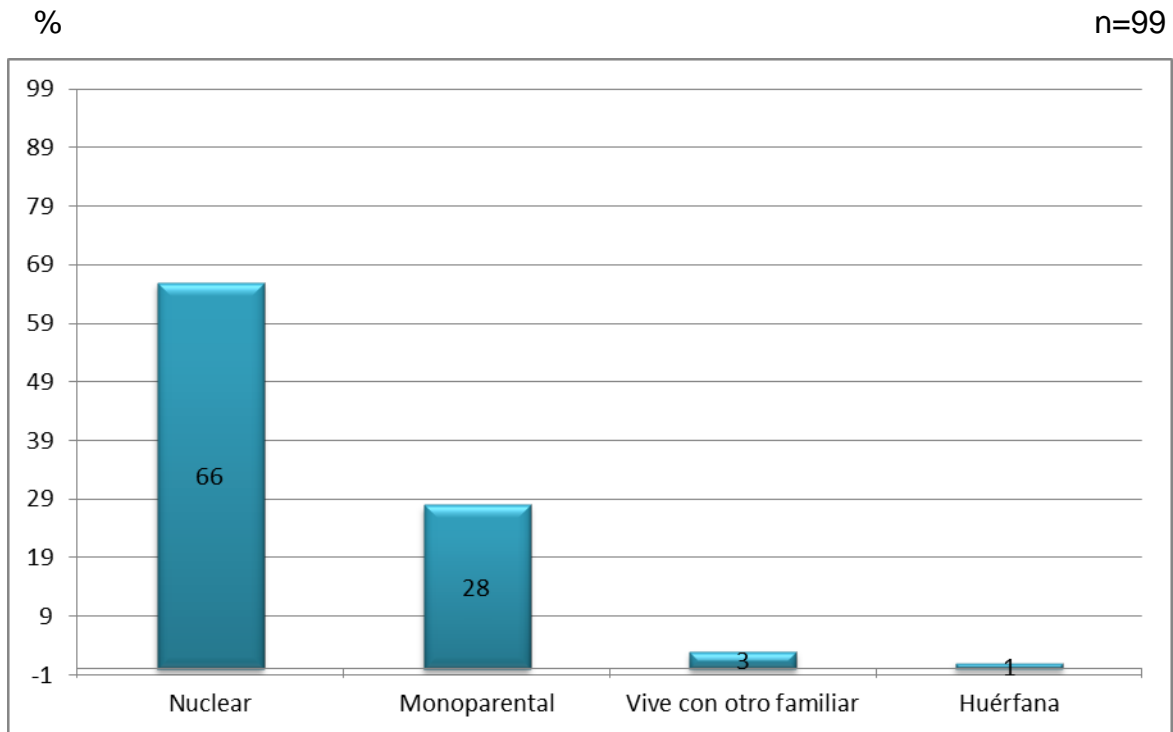
n=99

Tipo de Familia	Fo	%
Validos	1	1.0
Nuclear	66	66.7
Monoparental	28	28.3
Vive con otro familiar	3	3.0
Huérfana	1	1.0
Total	99	100.0

Fuente: Mismo que Tabla 1.

Gráfica 11

Tipo de familia de donde proviene la adolescente embarazada  
2012



Fuente: Mismo que Gráfica 1

Descripción: De las 99 adolescentes embarazadas encuestadas se observa que 66 adolescentes provienen de una familia de tipo nuclear, 28 adolescentes provienen de una familia de tipo mono parental, 3 adolescentes viven con otro familiar, 1 adolescente refirió ser huérfana.

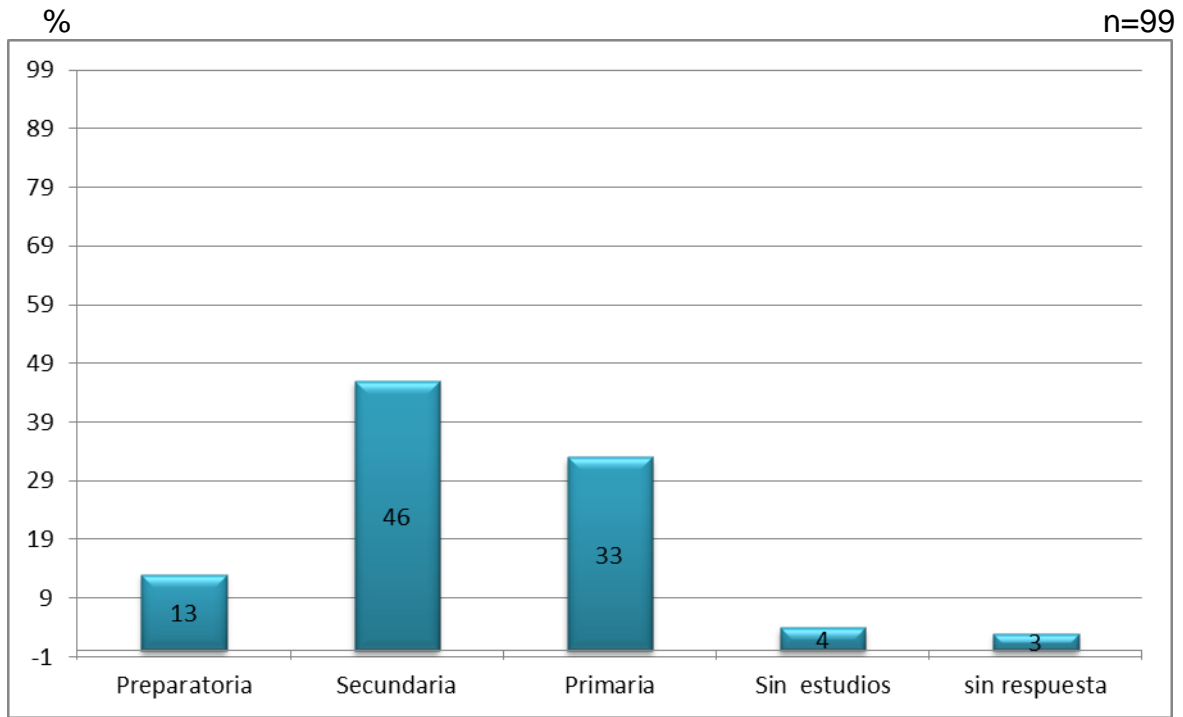
Tabla 12  
 Escolaridad de la madre de la adolescente embarazada  
 2012

n=99

Escolaridad de la madre	Fo	%
Validos	1	1.0
Preparatoria	13	13.1
Secundaria	46	46.5
Primaria	33	33.3
Sin estudios	4	4.0
Sin respuesta	2	2.0
Total	99	100.0

Fuente: Mismo que Tabla 1

Gráfica 12  
Escolaridad de la madre de la adolescente embarazada  
2012



Fuente: Mismo que Gráfica 1

Descripción: Se observa que de las 99 adolescentes embarazadas encuestadas, 46 adolescentes refieren que su madre cuenta con secundaria concluida como grado ultimo de estudios, 33 adolescentes refiere que su madre cuenta con primaria concluida como grado ultimo de estudios, 13 adolescentes refieren que su madre cuenta con preparatoria concluida como grado ultimo de estudios, 3 adolescentes no refieren respuesta a la cuestión.

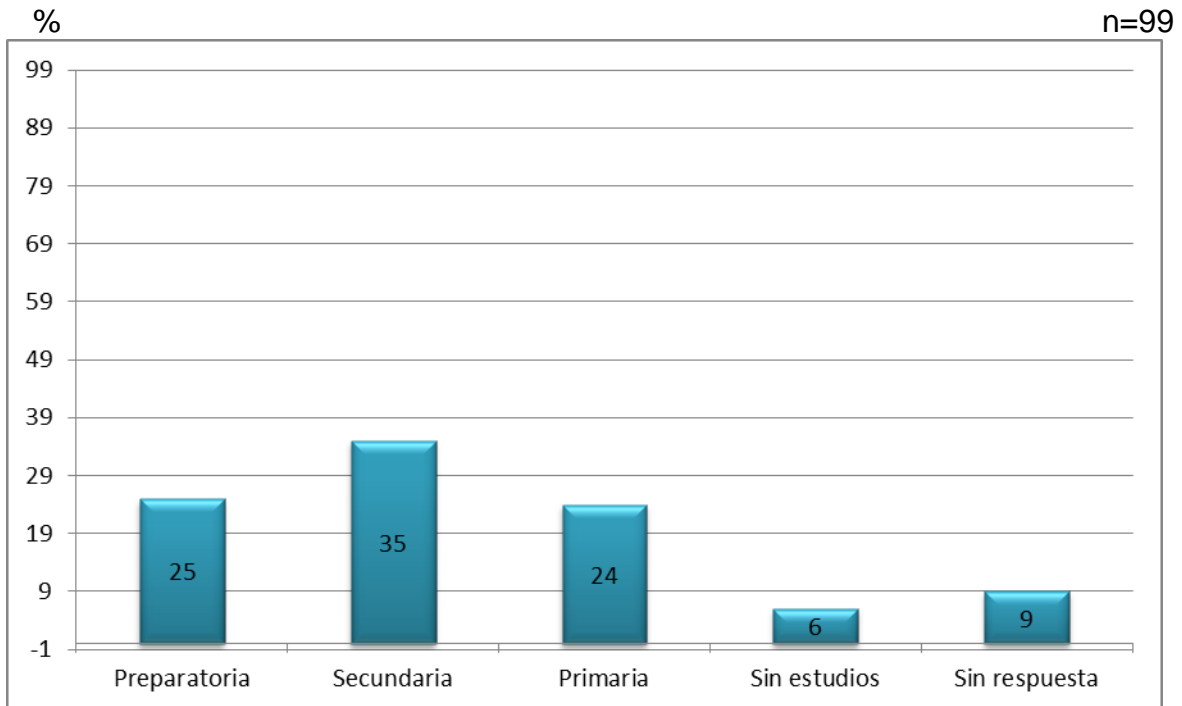
Tabla 13  
Escolaridad del padre de la adolescente embarazada  
2012

n=99

Escolaridad	Fo	%
Preparatoria	25	25.3
Secundaria	35	35.4
Primaria	24	24.2
Sin estudios	6	6.1
Sin respuesta	9	9.1
Total	99	100.0

Fuente. Mismo que Tabla 1.

Gráfica 13  
Escolaridad del padre de la adolescente embarazada  
2012



Fuente. Mismo que Gráfica1

Descripción: De las 99 adolescentes embarazadas encuestadas se observa que 35 adolescentes refieren que su padre cuenta con secundaria concluida como grado ultimo de estudios, 25 adolescentes refieren que su padre cuenta con preparatoria concluida como grado ultimo de estudios, 24 adolescentes refieren que su padre cuenta con primaria como grado ultimo de estudios, 9 adolescentes no contestaron la cuestión, 6 adolescentes refieren que su padre no cuenta con ningún tipo de estudio.

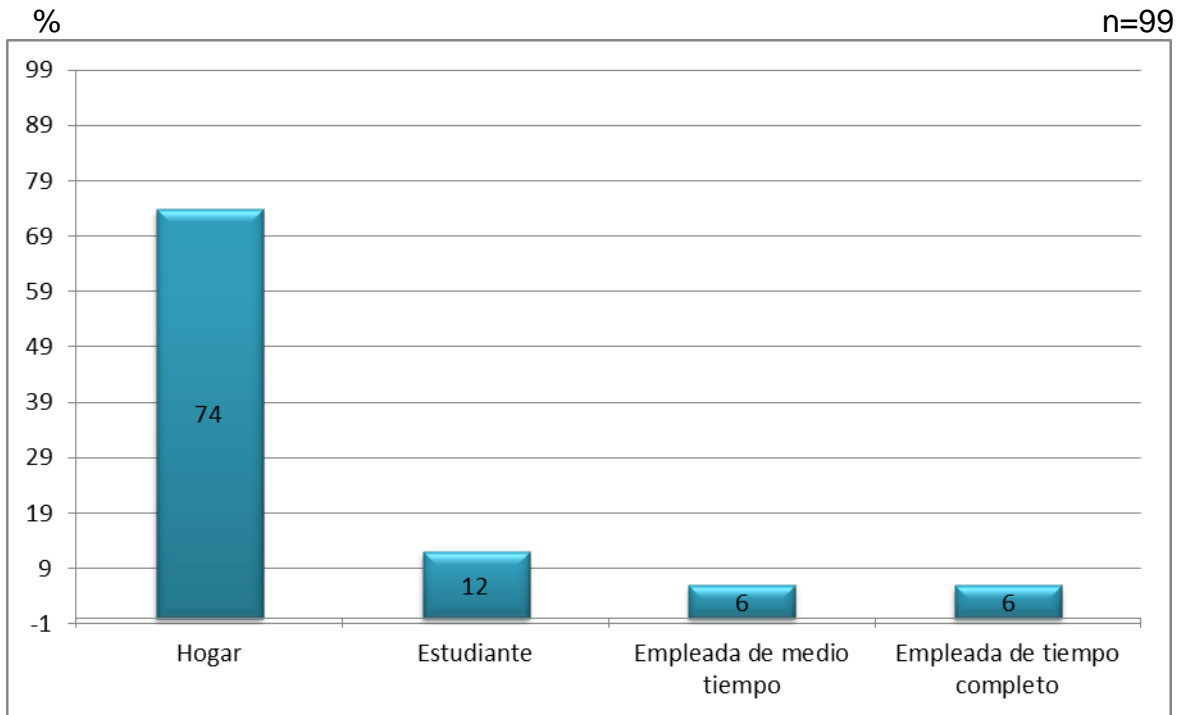
Tabla 14  
 Tipo de ocupación de la adolescente embarazada  
 2012

n=99

Ocupación	Fo	%
Validos	1	1.0
Hogar	74	74.7
Estudiante	12	12.1
Empleada de medio tiempo	6	6.1
Empleada tiempo completo	6	6.1
Total	99	100.0

Fuente: Misma que Tabla 1

Gráfica 14  
Ocupación de la adolescente embarazada  
2012



Fuente: Mismo que Grafica 1.

Descripción: Se observa que de las 99 adolescentes embarazadas encuestadas, 74 adolescentes se dedican a su hogar, 12 adolescentes refirieron ser estudiantes, 6 adolescentes refirieron ser empleadas de medio tiempo, 6 adolescentes refirieron ser empleadas de tiempo completo.



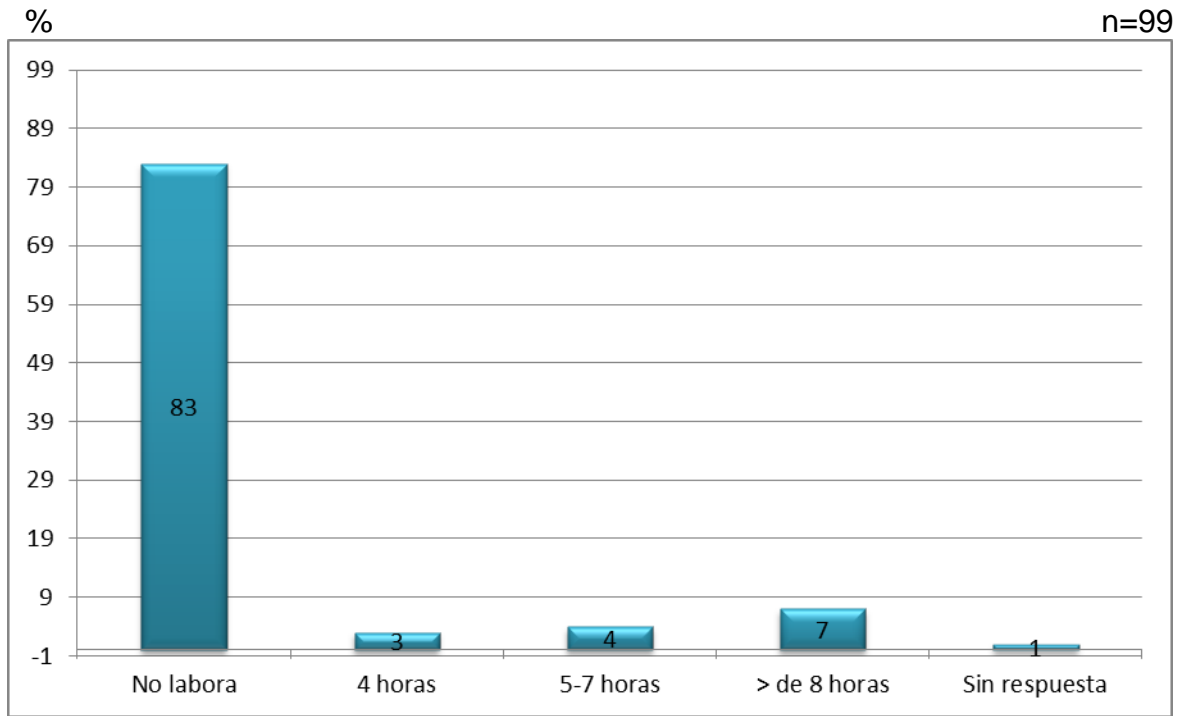
Tabla 15  
Horas de trabajo de la adolescente embarazada  
2012

n=99

Horas de Trabajo	Fo	%
Validos	1	1.0
No labora	83	83.8
4 horas	3	3.0
5 - 7 horas	4	4.0
> de 8 horas	7	7.1
Sin respuesta	1	1.0
Total	99	100.0

Fuente: Mismo que Tabla 1

Gráfica 15  
Horas de trabajo de la adolescente embarazada  
2012



Fuente: Misma que Gráfica 1

Descripción: Se observa que de las 99 adolescentes embarazadas encuestadas 83 adolescentes no laboran, 7 adolescentes refirieron trabajar > de 8 horas, 4 adolescentes refirieron laborar de 5 a 7 horas, 4 adolescentes refirieron trabajar 4 horas.

Tabla 16  
 Tiempo de traslado del trabajo al domicilio de la adolescente embarazada  
 2012

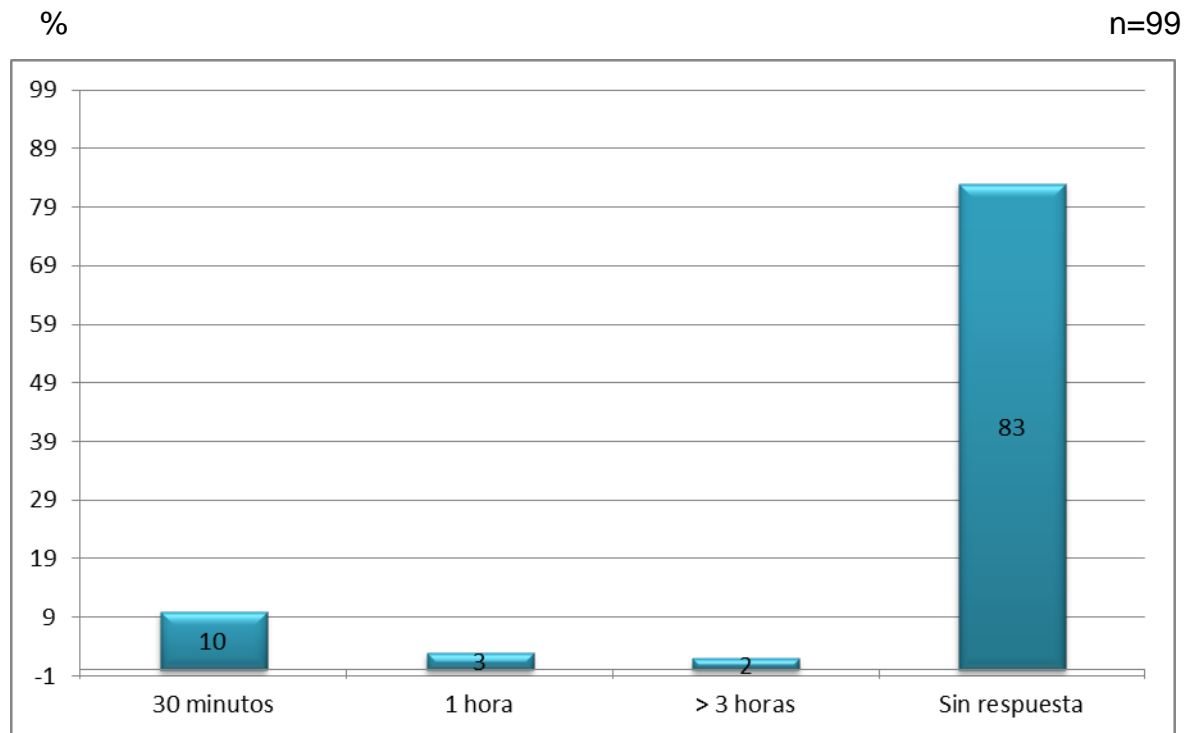
n=99

Tiempo de traslado	Fo	%
Validos	1	1.0
30 minutos	10	10.1
1 hora	3	3.0
> 3 horas	2	2.0
Sin respuesta	83	83.8
Total	99	100.0

Fuente: Mismo que Tabla 1

Gráfica 16

Tiempo de traslado del trabajo al domicilio de la adolescente embarazada  
2012



Fuente: Misma que Gráfica 1

Descripción: De las 99 mujeres adolescentes embarazadas encuestadas se observa que 83 adolescentes no respondieron a la cuestión, 10 adolescentes respondieron que su tiempo de traslado de lugar donde laboran a su domicilio es de 30 minutos, 3 adolescentes respondieron que su tiempo de traslado de donde laboran a su domicilio es de una hora, 2 adolescentes respondieron que su tiempo de traslado del lugar donde labora a su domicilio es de >3 horas.

Tabla 17

Número de veces que la adolescente embarazada se alimenta al día  
2012

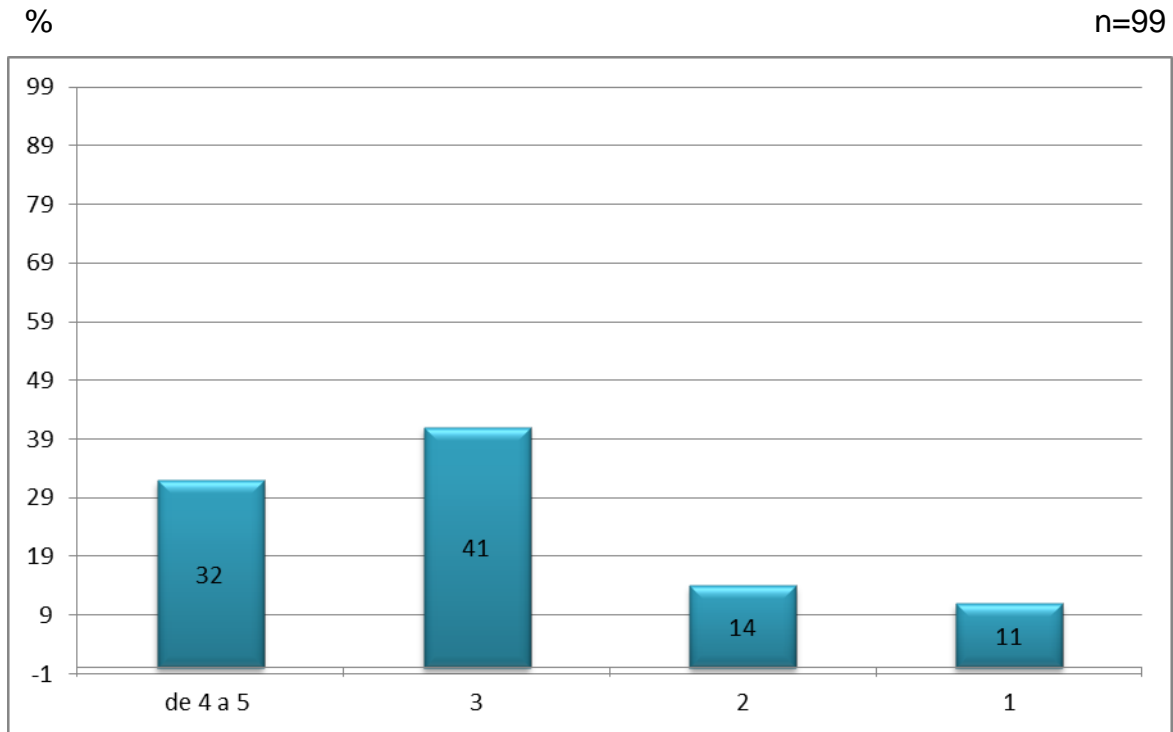
n=99

Numero de comidas al día	Fo	%
Datos validos	1	1.0
4 - 5	32	32.3
3	41	41.4
2	14	14.1
1	11	11.1
Total	99	100.0

Fuente: Misma que Tabla 1

Gráfica 17

Número de veces que la mujer adolescente embarazada se alimenta al día  
2012



Fuente: Misma de Gráfica 1

Descripción: De las 99 adolescentes embarazadas encuestadas se observa que 41 adolescentes refieren alimentarse 3 veces al día, 32 adolescentes refieren alimentarse de 4 a 5 veces al día, 14 adolescentes refieren hacer solo 2 alimentos al día, 11 adolescentes refieren que solo hacen una comida al día.

Perfil de factores de riesgo de las 99 adolescentes embarazadas encuestadas  
2012

n=99

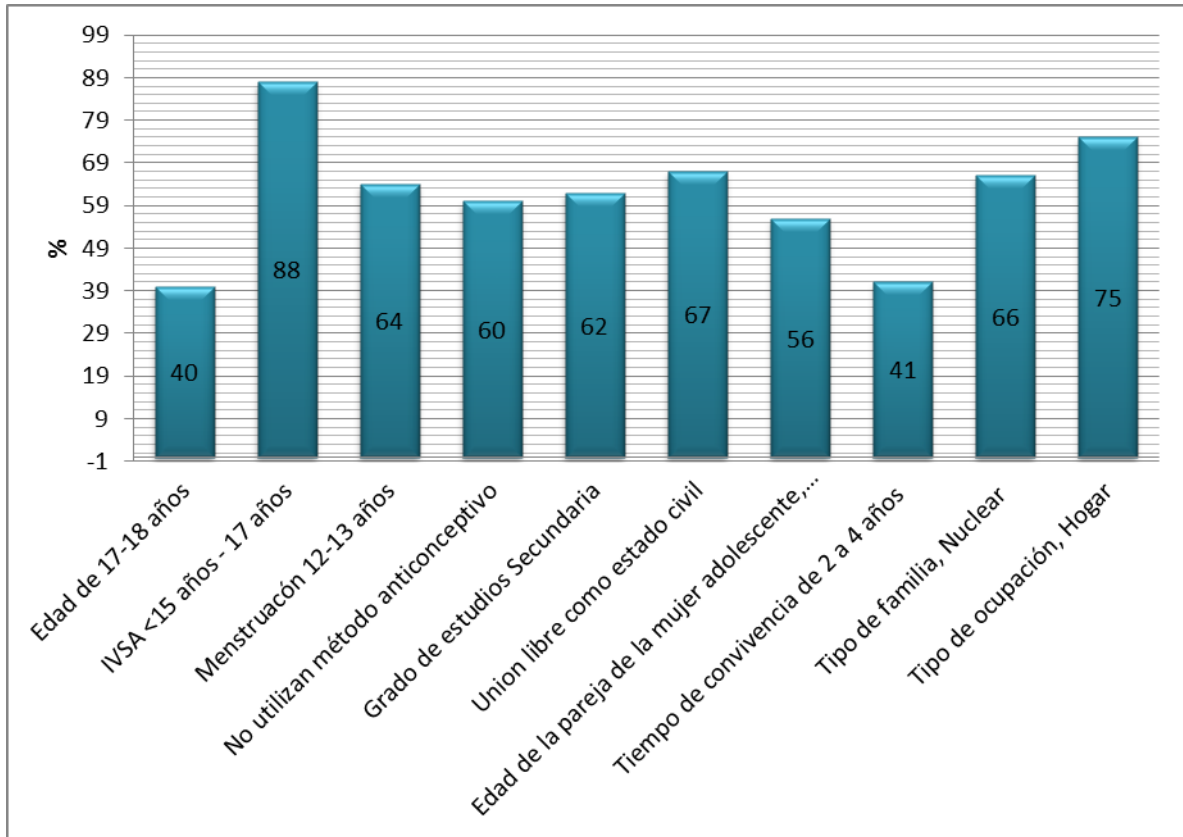


Tabla 18

Relación entre edad de la adolescente embarazada y la edad en que se presentó su menarca

2012

n=99

<b>Edad</b>	<b>19 años</b>	<b>17-18 años</b>	<b>15-16 años</b>	<b>&lt;15 años</b>
<b>Menstruación</b>				
<b>12-13 años</b>	28	26	9	2
<b>11 años</b>	5	8	7	0
<b>10 años</b>	1	5	4	0
<b>&lt;9 años</b>	2	1	0	0

Fuente: Misma que Tabla 1

Se observa que 54 adolescentes de entre 17-19 años de edad que refieren haber presentado su menstruación a los 12-13 años de edad.

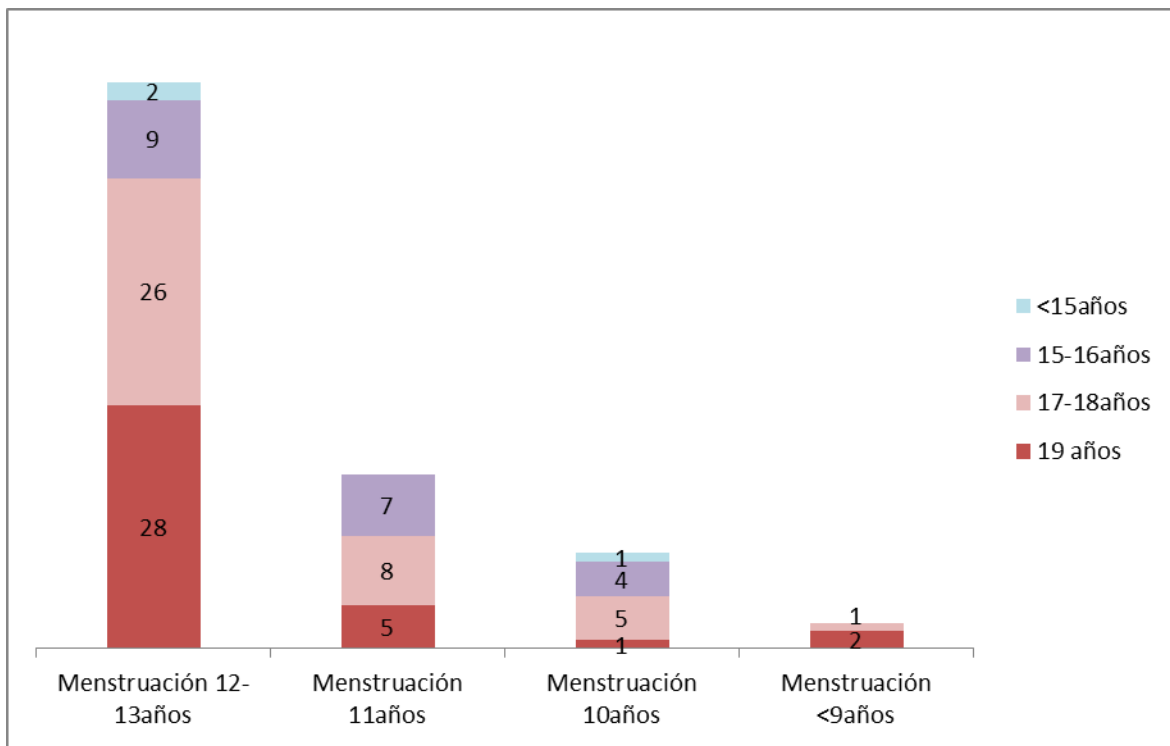


Gráfica 18

Relación entre edad de la adolescente embarazada y la edad en que se presentó su menarca

2012

n=99



Fuente: Misma que Gráfica 1

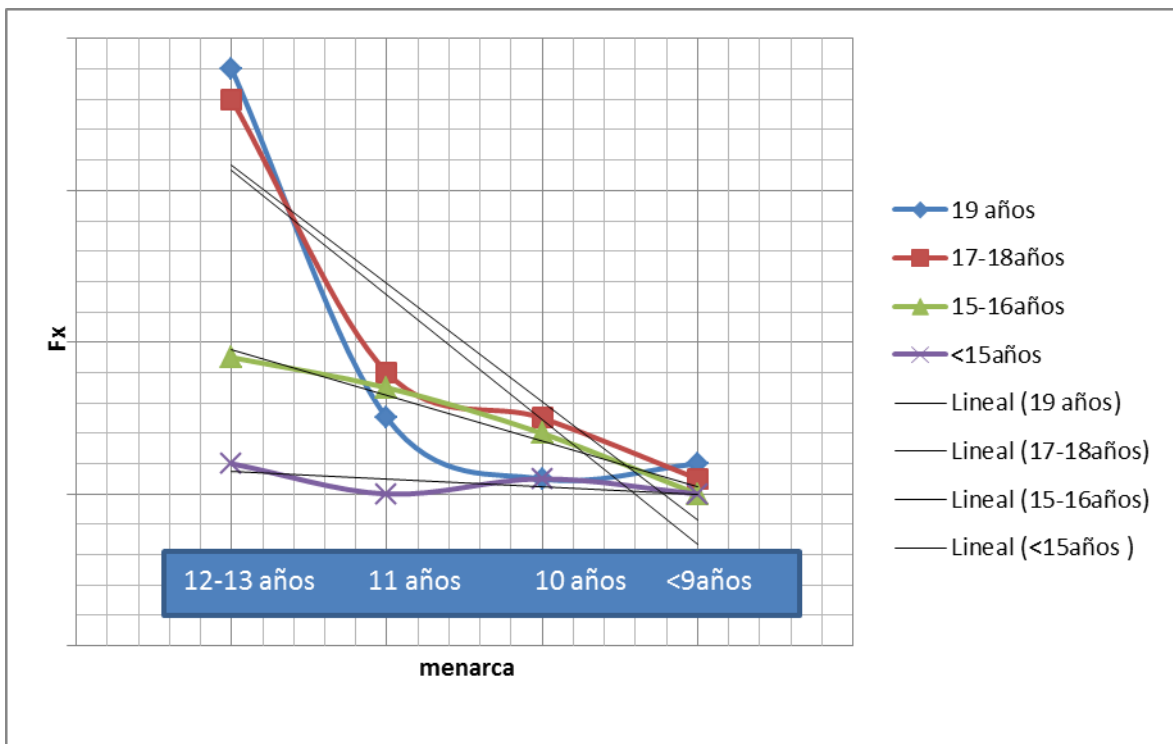
Descripción: De las 99 adolescentes embarazadas encuestadas 28 adolescentes de 19 años de edad refirieron que la edad en que se presentó su menstruación fue a de los 12-13 años de edad, 26 adolescentes de 17-18 años de edad respondieron que la edad en que se presentó su menstruación fue a los 12-13 años.

## Gráfica de correlación 1

Relación entre edad de la adolescente embarazada y la edad en que se presentó su menarca

2012

n=99



Fuente: Misma que Gráfica 1

En esta gráfica se observa que las mujeres adolescentes embarazadas de 17 a 19 años de edad refirieron haber presentado su menarca entre los 12 y 13 años de edad, representando así más de la mitad de la muestra total. (ver tabla 18)

Tabla 19

Relación entre edad de la adolescente y la edad en que inicio su vida sexual activa

2012

n=99

<b>Edad</b> <b>IVSA</b>	<b>19 años</b>	<b>17-18 años</b>	<b>15-16 años</b>	<b>&lt;15años</b>
<b>19 años</b>	1	0	0	0
<b>18 años</b>	8	2	0	0
<b>16-17 años</b>	17	24	3	0
<b>&lt;15 años</b>	12	13	16	3

Fuente: Misma que Tabla 1

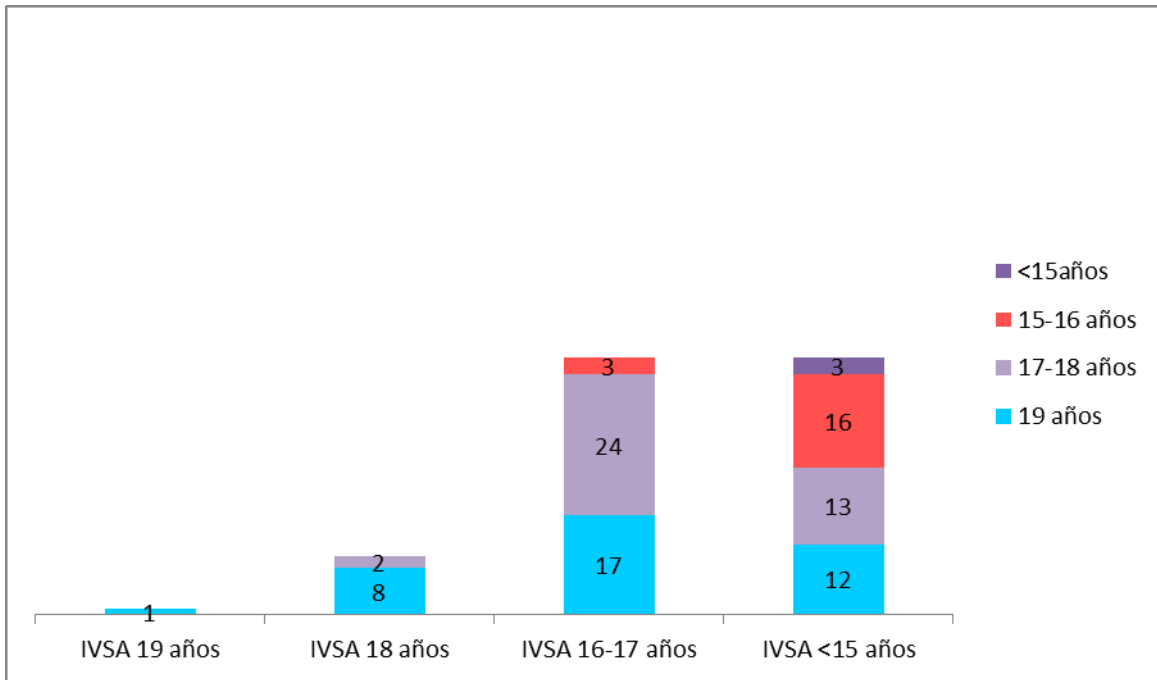
Observamos que 41 adolescentes de entre 15-19 años de edad refirió iniciar su vida sexual activa a los <15 años.

Gráfica 19

Relación entre edad de la adolescente y la edad en que inicio su vida sexual activa

2012

n=99



Fuente: Misma que Gráfica 1

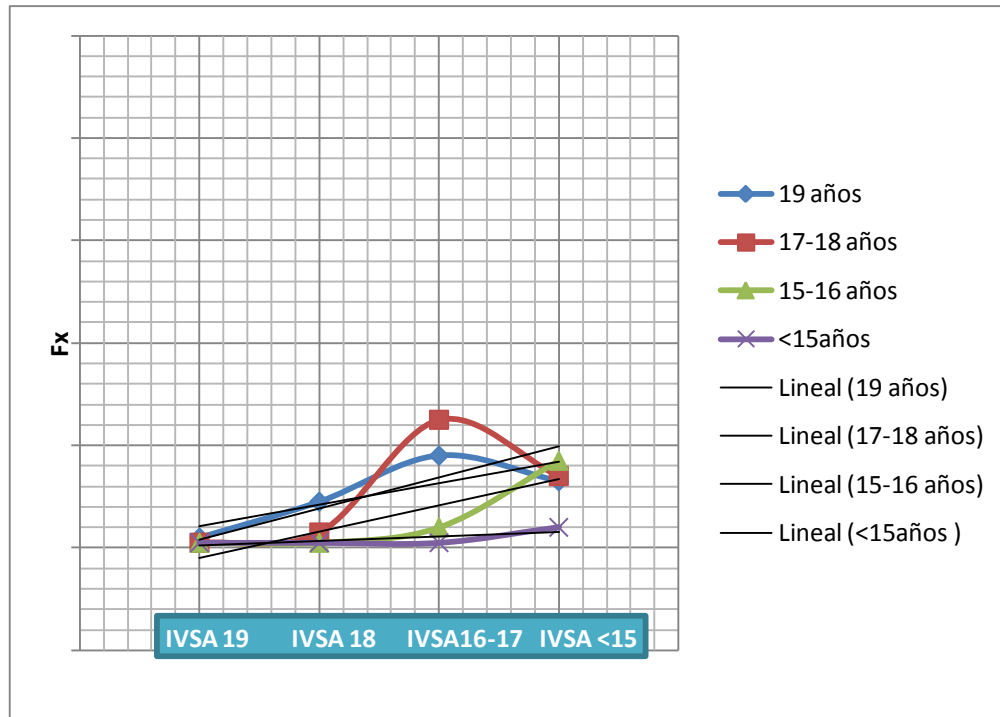
Descripción: De las 99 adolescentes embarazadas encuestadas, 12 adolescentes de 19 años de edad refieren haber iniciado su vida sexual activa a la edad de <15 años, 13 adolescentes de 17-18 años de edad refieren haber iniciado su vida sexual activa a la edad de <15 años, 16 adolescentes de 15-16 años de edad refieren haber iniciado su vida sexual activa a la edad de <15 años, 3 adolescentes de <15 años de edad refieren haber iniciado su vida sexual activa a la edad de <15 años.

## Gráfica de correlación 2

Relación entre edad de la adolescente y la edad en que inicio su vida sexual activa

2012

n=99



Fuente: Misma que Gráfica 1

En esta gráfica de se observa que las mujeres adolescentes embarazadas entre 15 y 19 años de edad refirieron en su mayoría haber iniciado con su vida sexual activa a la edad de 15 a 17 años de edad. (ver tabla 19)

Tabla 20

Relación entre la edad de la adolescente y el método de planificación que utiliza  
2012

n=99

<b>Edad</b> <b>MPF</b>	<b>19 años</b>	<b>17-18 años</b>	<b>15-16 años</b>	<b>&lt;15 años</b>
<b>Dos métodos</b>	3	0	3	0
<b>Hormonal</b>	3	3	3	0
<b>DIU/preservativo</b>	13	11	0	0
<b>No utiliza</b>	17	26	14	3

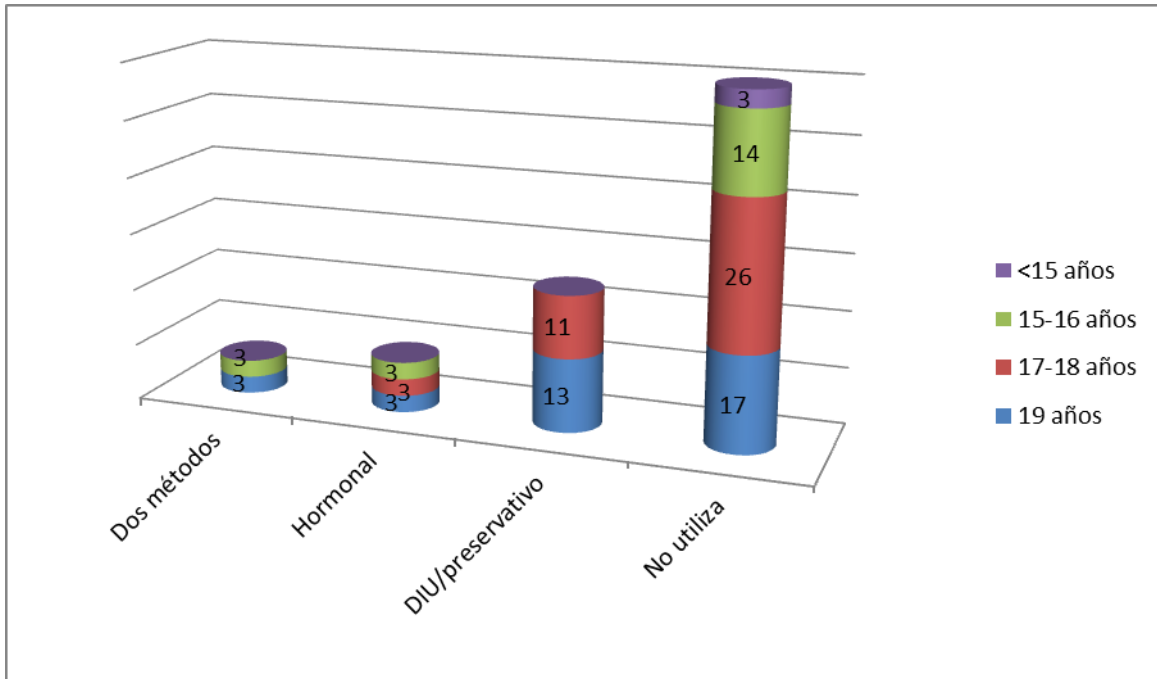
Fuente: Misma que Tabla 1

Se observa que 26 adolescentes de 17–18 años de edad no utilizan métodos de planificación familiar.

Gráfica 20

Relación entre la edad de la adolescente y el método de planificación que utiliza  
2012

n=99



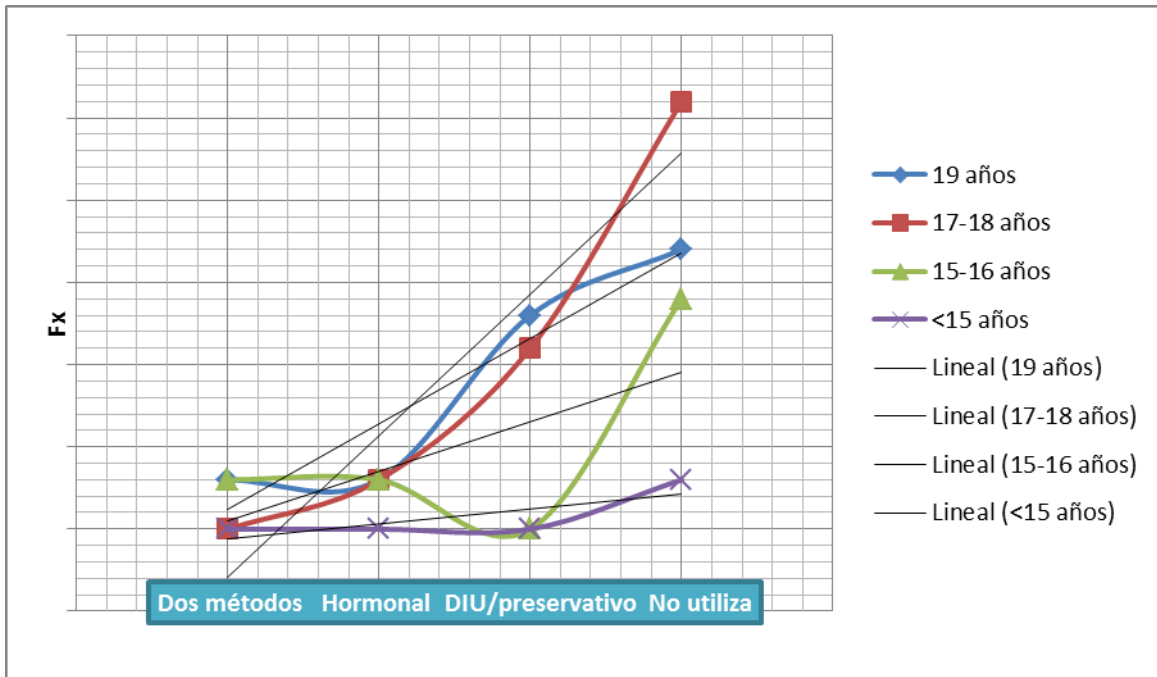
Fuente: Misma que Gráfica 1

Descripción: Se observa que de las 99 adolescentes embarazadas, 17 adolescentes de 19 años respondieron que no utilizan método de planificación familiar, 26 adolescentes de 17-18 años de edad refieren no utilizar método de planificación familiar, 14 adolescentes de 15-16 años de edad refieren no utilizar método de planificación familiar, 3 adolescentes de <15 años refieren no utilizar método de planificación familiar.

### Gráfica de correlación 3

Relación entre la edad de la adolescente y el método de planificación que utiliza  
2012

n=99



Fuente: Misma que Gráfica 1

En esta gráfica de se observa que las mujeres adolescentes embarazadas en su mayoría no utilizan ningún método de planificación familiar. (ver tabla 20)



Tabla 21

Relación entre edad de la adolescente embarazada y su grado de estudios  
concluidos  
2012

n=99

<b>Edad</b> <b>Escolaridad</b>	<b>19 años</b>	<b>17-18 años</b>	<b>15-16 años</b>	<b>&lt;15 años</b>
<b>Preparatoria</b>	12	7	1	0
<b>Secundaria</b>	19	30	14	1
<b>Primaria</b>	4	3	5	2
<b>S/estudios</b>	1	0	0	0

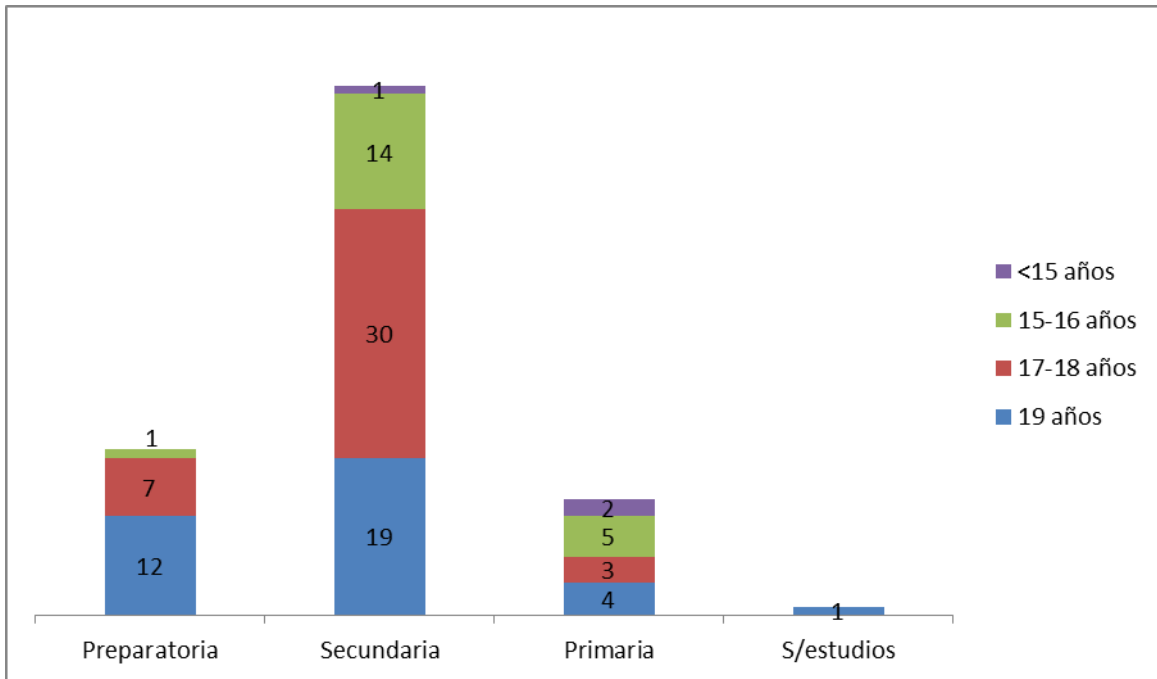
Fuente: Misma que Tabla 1

Se observa que 30 adolescentes de entre 17- 18 años de edad refirieron tener secundaria completa como grado ultimo de estudios.

Gráfica 21

Relación entre edad de la adolescente embarazada y su grado de estudios  
concluidos  
2012

n-99



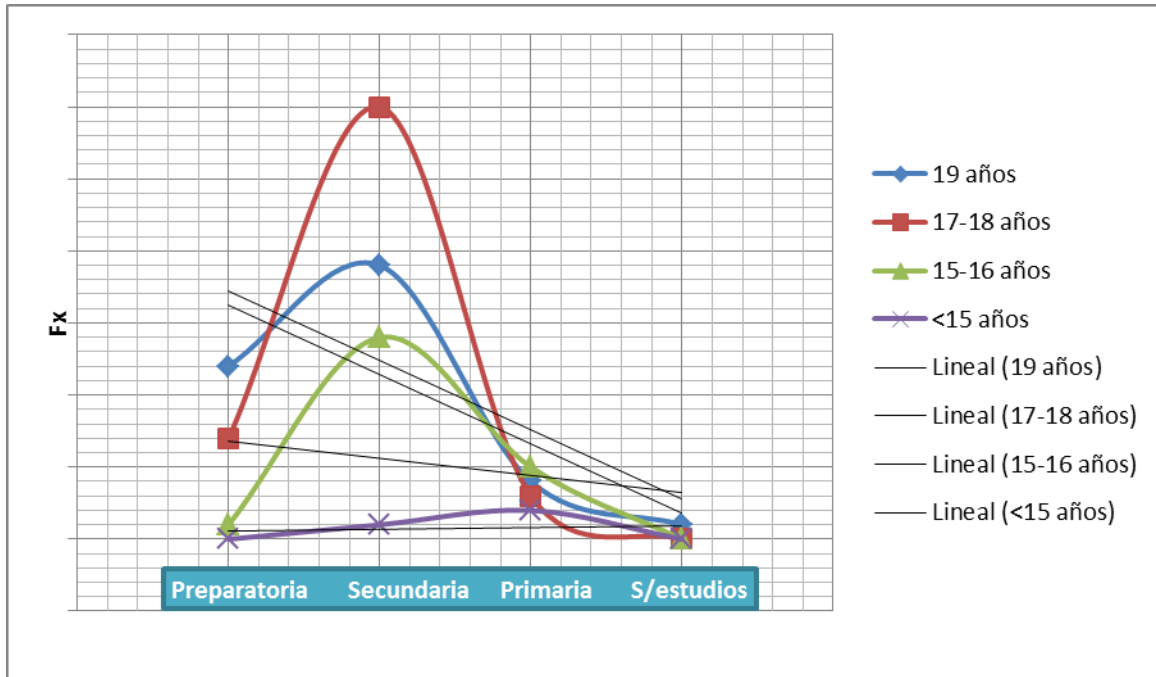
Fuente: Misma que Gráfica 1

Descripción: De las 99 adolescentes embarazadas encuestadas 19 adolescentes de 19 años de edad refieren secundaria como grado último de estudios, 30 adolescentes de 17-18 años de edad refieren haber concluido la secundaria, 14 adolescentes de 15-16 años de edad refieren tener secundaria concluida.

### Gráfica de correlación 4

Relación entre edad de la adolescente embarazada y su grado de estudios  
concluidos  
2012

n=99



Fuente: Misma que Gráfica 1

En esta gráfica se observa como las adolescentes entre 15 a 19 años de edad tienen como grado ultimo de estudios la secundaria, siendo en su mayoría las de 17 y 18 años. (ver tabla 21)

Tabla 22

Relación entre edad de la adolescente y su estado civil

2012

n=99

<b>Edad</b> <b>Edo. Civil</b>	<b>&gt;19 años</b>	<b>17-18 años</b>	<b>15-16 años</b>	<b>&lt;15 años</b>
<b>Casada</b>	3	4	1	0
<b>Unión Libre</b>	27	25	14	1
<b>Soltera</b>	6	10	5	2
<b>Sin conyugue</b>	0	1	0	0

Fuente: Misma que Tabla 1

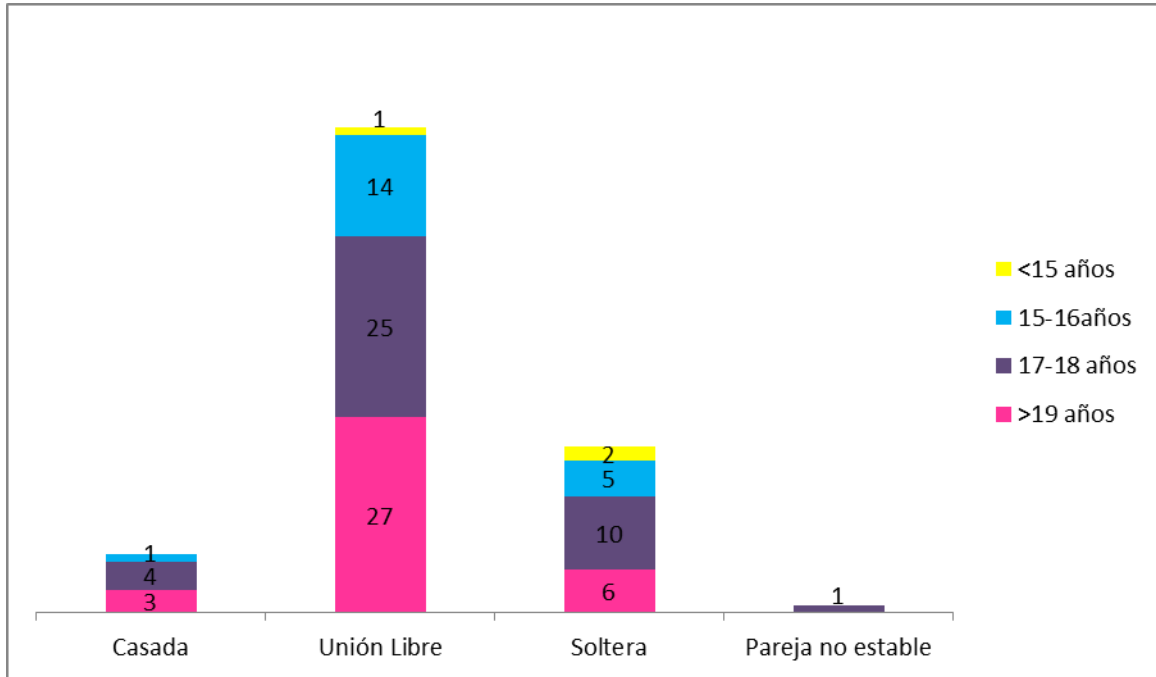
Se observa que 27 adolescentes de 19 años de edad refirieron vivir en unión libre.

Gráfica 22

Relación entre edad de la adolescente y su estado civil

2012

n=99



Fuente: Misma que Gráfica 1

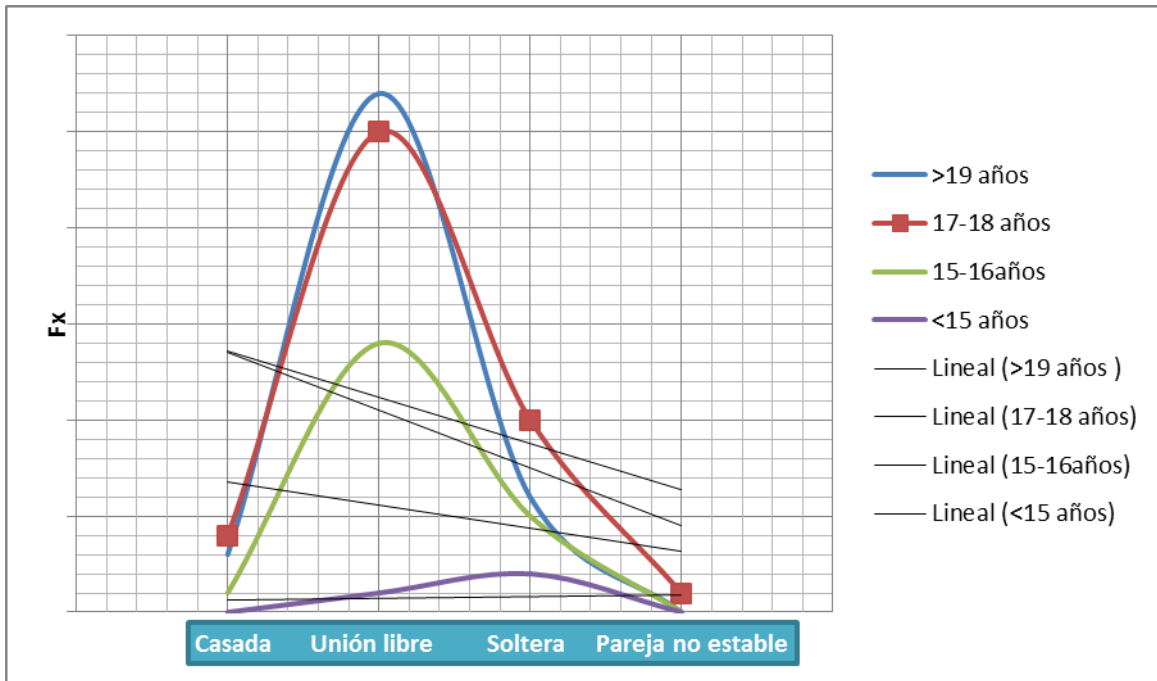
Descripción: De las 99 adolescentes embarazadas 27 adolescentes de 19 años de edad viven en Unión libre con su pareja, 25 adolescentes de entre 17-18 años de edad viven en unión libre con su pareja, 14 adolescentes de 15-16 años de edad viven en unión libre con su pareja.

### Gráfica de correlación 5

Relación entre edad de la adolescente y su estado civil

2012

n=99

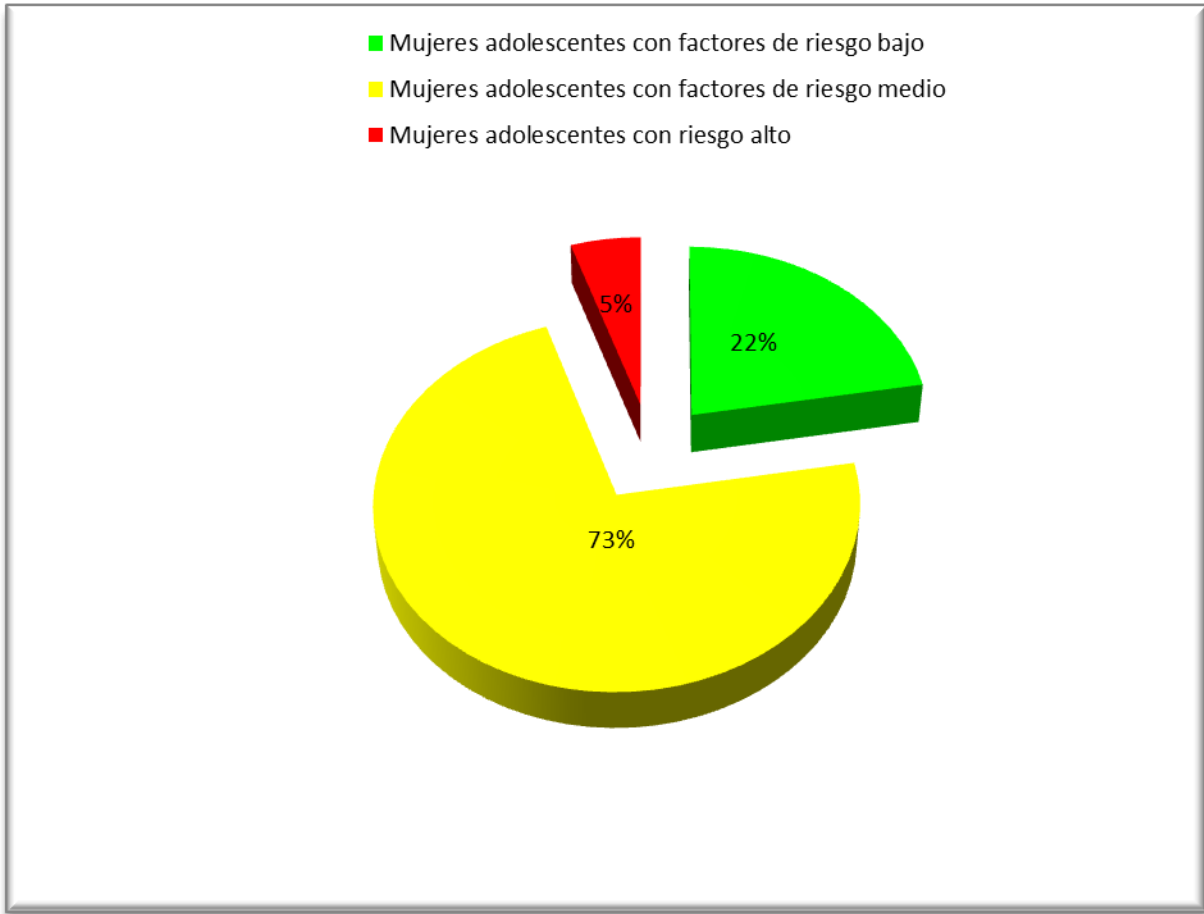


Fuente: Misma que Gráfica 1

En esta gráfica de se observa que las mujeres adolescentes embarazadas entre 15 y 19 años de edad refirieron en su mayoría vivir en unión libre con su pareja. (ver tabla 22)

Gráfica 23  
Riesgo en las adolescentes embarazadas  
2012

n=99



Fuente: Misma que Gráfica 1

Descripción: de las 99 adolescentes embarazadas encuestadas podemos observar que de acuerdo a la puntuación obtenida de la suma del puntaje de cada factor de riesgo que refirieron tener 72 adolescentes tienen factores de riesgo medio, 22 adolescentes tienen un riesgo bajo, 5 adolescentes tienen un riesgo alto.

Tabla 24  
Riesgo en el embarazo  
2012

n=99

Riesgo en el embarazo		Fo	%
Válidos	Bajo	37	37.4
	Medio	29	29.3
	Alto	8	8.1
	Total	74	74.7
Perdidos	Sin respuesta	25	25.3
Total		99	100.0

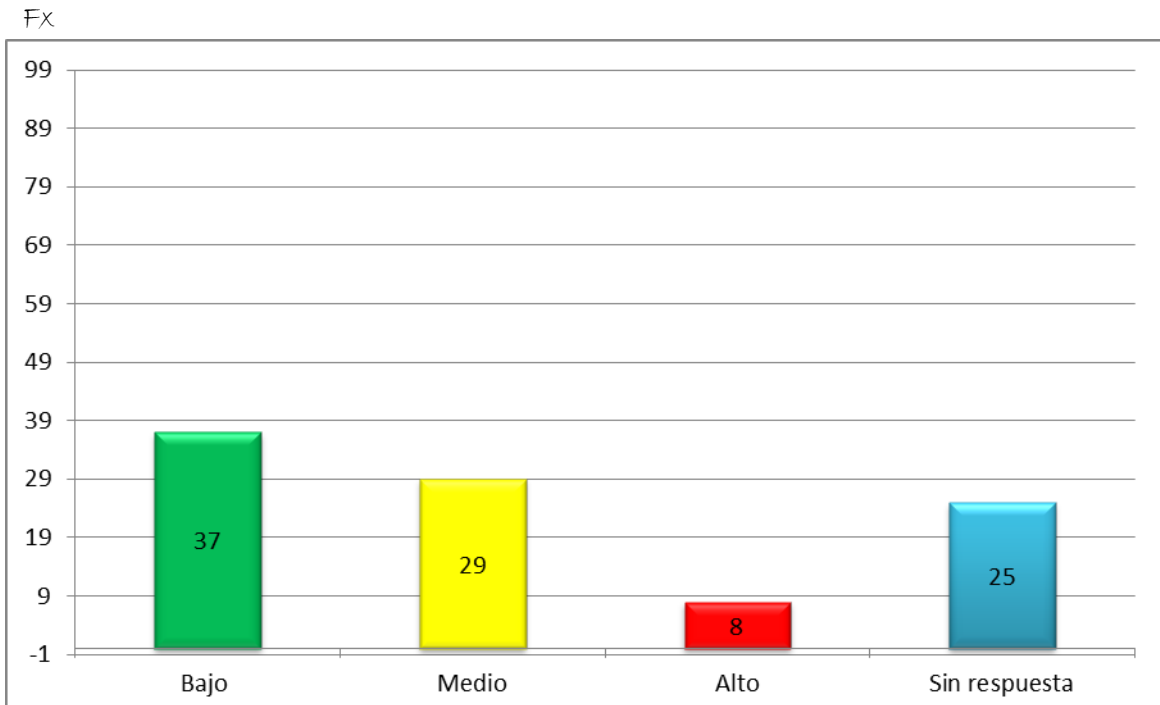
Fuente: Datos recolectados por PSS para la investigación Consejería en Salud Reproductiva de Adolescente Embarazada y su Influencia de control de riesgos en un Hospital de la Ciudad de México: un estudio de intervención "PAPIIT IN307811-3  
Comité de Investigación ENEO-UNAM 054 2012

Se observa que 37 de las adolescentes embarazadas tuvieron riesgo bajo en el embarazo, 29 adolescentes embarazadas tuvieron un riesgo medio en el embarazo y solo 8 adolescentes presentaron un riesgo alto en el embarazo.



Gráfica 24  
Riesgo en el embarazo  
2012

n=99



Fuente: Datos recolectados por PSS para la investigación Consejería en Salud Reproductiva de Adolescente Embarazada y su Influencia de control de riesgos en un Hospital de la Ciudad de México: un estudio de intervención "PAPIIT IN307811-3 Comité de Investigación ENEO-UNAM 054 2012

Descripción: Se observa que de las 99 adolescentes embarazadas encuestadas, 37 adolescentes entraron en el rango de riesgo bajo de acuerdo a la puntuación obtenida en la escala de valoración Previgen IV, 29 adolescentes se catalogaron como riesgo medio, 8 adolescentes entraron en el rango de riesgo alto y 25 adolescentes no se catalogaron en algún riesgo debido a la falta de información del instrumento con que se valoró.

Tabla 25  
Riesgo en el parto  
2012

n=99

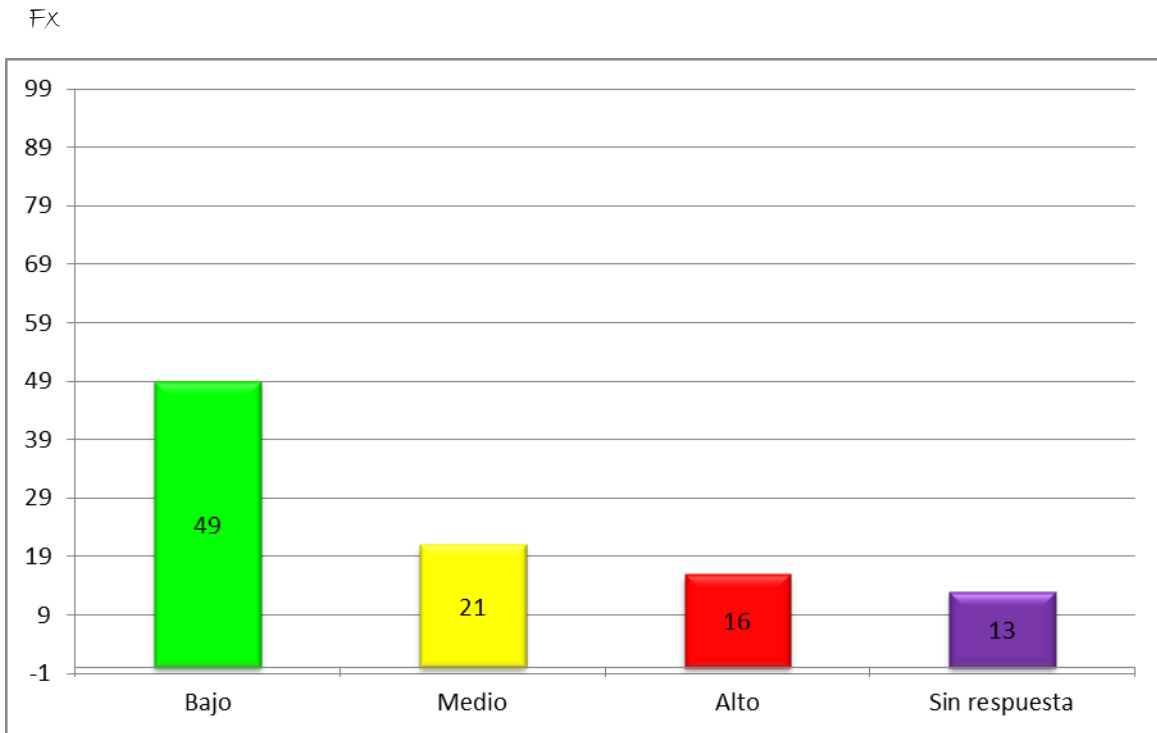
Riesgo en el parto		Fo	%
Válidos	Bajo	49	49.5
	Medio	21	21.2
	Alto	16	16.2
	Total	86	86.9
Perdidos	Sin respuesta	13	13.1
Total		99	100.0

Fuente: Misma que Tabla 24

De las 99 adolescentes embarazadas 49 presentaron un riesgo bajo en el parto, 21 adolescentes presentaron riesgo medio en el parto mientras que 16 adolescentes presentaron riesgo alto en el parto.

Gráfica 25  
Riesgo en el parto  
2012

n=99



Fuente: Misma que Gráfica 24

Descripción: De las 99 adolescentes encuestadas, 49 adolescentes tuvieron un riesgo bajo en el parto, 21 adolescentes tuvieron riesgo medio en el parto, 16 adolescentes tuvieron riesgo alto en el parto y 13 adolescentes no tuvieron clasificación debido a la falta de información proporcionada.

## VIII. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La Gráfica #1 se refiere a la edad en que mayormente se presentan embarazos en la muestra de mujeres adolescentes embarazadas donde se destaca que es entre los 17- 18 años de edad lo cual corresponde al 40% de la muestra, coincidiendo con los datos reportados en la literatura revisada.

La mayoría de las mujeres adolescentes presentaron su menstruación en la edad de 12-13 años de edad (Gráfica # 2), lo cual nos indica de acuerdo a la literatura revisada que en lo biológico también se observa claramente un descenso en la edad de la menarca, por lo tanto es más vulnerable, lo que le permite a la adolescente ser madre en edades muy tempranas.

Destaca que el 44% de las mujeres adolescentes embarazadas iniciaron su vida sexual activa a la edad de 15 años lo cual concuerda con la literatura revisada que nos dice que la edad promedio de inicio de vida sexual activa es de 15.4 años; para el área rural 13.8 y 16.7 para el área urbana, (Gráfica #3).

El 60% de las mujeres adolescentes embarazadas no utilizan ningún método de planificación familiar lo cual se relaciona con lo que plantea la autora Beltrán Luz<sup>65</sup>, quien nos menciona que las adolescentes no suelen usar métodos anticonceptivos a pesar de que 9 de cada 10 adolescentes conoce los métodos anticonceptivos, sólo 1 de cada 10 los usa. Los resultados arrojados en esta investigación nos dicen que 6 de cada 10 adolescentes no utilizan método de planificación familiar y 4 de cada 10 adolescentes utilizan algún tipo de método de planificación familiar, (Gráfica #4).

---

<sup>65</sup> Beltrán Molina Luz, *Embarazo en adolescentes*, Fundación Escuela de Gerencia Social Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo, Venezuela, 2006.

En la Gráfica #5 destaca que el 62% de las mujeres adolescentes embarazadas encuestadas tiene secundaria como último grado de estudios un grado de estudios lo cual consiste con lo reportado en la literatura consultada que nos dice que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo.

El 67% de las mujeres adolescentes embarazadas encuestadas vive en unión libre con su pareja lo cual se relaciona con lo que mencionan Pantelides Edith y Binstock Georgina<sup>66</sup> que hacen referencia en que uno de los principales cambios que trae ser madre a temprana edad es el cambio en el estado civil, menciona que más de la mitad de las adolescentes madres son casadas o unidas y, por tanto, la mayoría de los nacimientos de madres adolescentes provienen de mujeres que viven en pareja al momento de registrar el nacimiento. El resultado arrojado en esta investigación nos dice que 7 de cada 10 adolescentes viven en unión libre con su pareja mientras que 3 de cada 10 adolescentes encuestadas son solteras, casadas o que tienen una pareja no estable, (Gráfica #6).

En la Gráfica #7 la mayoría de las mujeres adolescentes embarazadas refirió tener relación con una pareja mayor de 19 años de edad, según la literatura revisada en la mayoría de los casos las parejas afectivas de las adolescentes suelen tener el mismo rango de edad o son adultos jóvenes.

En la Gráfica #8 destaca que el 41% de las mujeres adolescentes embarazadas refieren haber convivido con su pareja antes de embarazarse de 2 a 4 años, lo cual corresponde a lo citado por el Autor Issler Juan R. quien dice que los embarazos inesperados tienden a darse relaciones prolongadas de noviazgo.

---

<sup>66</sup> Pantelides Edith Alejandra y Binstock Georgina, *La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del siglo XXI*, CONICET-CENEP, Revista Argentina de Sociología Año 5 No. 9, Argentina 2007.

El 21% de las mujeres adolescentes embarazadas refirieron convivir con una pareja que tiene algún tipo de adicción Calero Susana<sup>67</sup> menciona que la droga no es el problema en sí, la causa, sino la consecuencia de diferentes problemas sociales e individuales como: sociedad en situación de crisis, ruptura de las estructuras familiares y problemas de inserción laboral, deterioro de la calidad de vida, incremento de la violencia social, (Gráfica #9).

La Gráfica #10 nos muestra que 6 mujeres adolescentes embarazadas refirieron tener algún tipo de adicción (tabaco, alcohol), la literatura consultada nos dice que el bajo peso al nacimiento en los lactantes de las adolescentes aumenta y probablemente se debe a causas orgánicas tales como anomalías placentarias, nutrición deficiente, tabaquismo y consumo de drogas.

En la Gráfica #11, se observa que 66 mujeres adolescentes embarazadas provienen de una familia de tipo nuclear, la literatura consultada nos dice que se ha postulado que el tipo de familia en el que la adolescente se ha socializado o 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, sin embargo la separación de los padres y la crianza de las adolescentes por la madre solamente, favorece la presencia del embarazo en sus hijas con mayor frecuencia, ya que se está comprobado que las familias donde la autoridad moral es débil, pobremente definida, de padres sin casarse, padres múltiples o ausentes, donde las jóvenes han sido criadas por diferentes personas o en diferentes momentos de su vida presentan con más frecuencia embarazos en la adolescencia, el resultado arrojado con esta investigación nos dicen que 4 de cada 10 adolescentes embarazadas encuestadas proviene de una familia de tipo mono parental, vive con otro familiar o es huérfana, mientras que 6 de cada 10 adolescentes embarazadas encuestadas proviene de una familia de tipo nuclear lo cual nos dice que es mayor

---

<sup>67</sup> Calero Susana, Las adicciones y embarazo adolescente, Centro de Asistencia Capacitación e Investigación de las Socioadicciones, Congreso Mundial de Psiquiatría, México, 2010, disponible en: [http://www.cacis.com ar/glosario-notas/adicciones\\_y\\_embarazo\\_adolescente.html](http://www.cacis.com.ar/glosario-notas/adicciones_y_embarazo_adolescente.html)

la frecuencia de embarazo en las adolescentes que provienen de una familia de tipo nuclear de las que provienen de cualquier otro tipo de familia.

En la Gráfica #12, el 46% de las adolescentes embarazadas encuestadas refieren que su madre cuenta con secundaria concluida como grado ultimo de estudios, mientras que el 35% de las adolescentes encuestadas refieren que su padre cuenta con secundaria concluida como grado ultimo de estudios, (Gráfica #13), la literatura consultada nos dice que la baja escolaridad de los padres de las adolescentes y la desvalorización de la educación por parte de ellos, coinciden con los hallazgos que se han presentado en otras investigaciones en donde señalan que la baja escolaridad de los padres es un potencial factor de deserción escolar.

La mayoría de las adolescentes encuestadas se dedican únicamente a su hogar mientras que en un bajo porcentaje de adolescentes labora aun en estado gravídico lo cual es un factor de riesgo de acuerdo a la literatura consultada la cual nos dice que el trabajo entraña peligros que son circunstanciales al ambiente laboral, a los medios de trabajo, a las características de las tareas a realizar, a la actividad y esfuerzo que se exige de la persona que trabaja. Estos peligros propios de cada ocupación o de cada puesto de trabajo se expresan en las diferentes probabilidades de influir nocivamente sobre la salud de la gestante y del neonato, (Gráfica #14).

En la Gráfica #15 predomina que el 83% de las mujeres adolescentes embarazadas no laboran, lo cual no genera riesgo para su salud del binomio.

El 83% de las mujeres adolescentes embarazadas no respondió en cuanto al tiempo de traslado del trabajo a su domicilio debido a que no laboran. (Gráfica #16)

Destaca que 41 adolescentes encuestadas refieren alimentarse 3 veces al día, la literatura consultada nos dice que el déficit nutricional, el bajo peso pregestacional y la inadecuada ganancia de peso en la gestación, incrementan el riesgo de insuficiencia cardíaca para la madre y el feto entre otras complicaciones, (Gráfica #17).



## **IX. PROPUESTA**

Crear un servicio de consejería impartido por enfermería en todos los servicios de salud, dirigido a los adolescentes.

Desarrollar y aplicar los programas de educación en salud sexual y reproductiva con el fin de estimular a las adolescentes jóvenes a retardar el inicio de la actividad sexual, hasta que estén lo suficientemente maduras para manejar la actividad sexual y evitar un embarazo indeseable.

Centrar un programa basado en enseñar a las adolescentes a conocer su cuerpo en cuanto a morfofisiología, al igual que suministrar educación detallada sobre los métodos anticonceptivos.

Ofrecer un programa con enfoque preventivo de fácil acceso a la información, a través de folletos, trípticos y asesoría por parte de profesionales de enfermería con permanencia continua en el Hospital General Iztapalapa y haciendo hincapié en el primer nivel de atención a la realización de visitas domiciliarias a aquellas adolescentes ubicadas en la zona y que no acudan de manera espontánea, y ampliar los servicios de anticoncepción, ofreciendo variedad de métodos y educación sobre su uso correcto.

Para aquellas adolescentes que ya están involucradas en actividades sexuales, el programa de asesoría por parte del personal de enfermería, debidamente preparados, que incluya todos los aspectos sobre sexualidad: biológico, fisiológico, psicológico, social y afectivo, le brinden las habilidades para la negociación en las relaciones sentimentales y la educación que necesitan para obtener y utilizar los anticonceptivos en forma efectiva.

Formar un grupo de autoayuda para aquellas adolescentes que queden embarazadas a pesar del apoyo y educación que otorga la enfermera, con el fin de procurar que tengan un embarazo libre de riesgos. Evaluar el programa por lo

menos una vez al año para hacer las adecuaciones pertinentes, con la inclusión de las adolescentes.

Difundir los servicios de atención a la mujer gubernamentales y no gubernamentales.

## CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos obtenidos en cuanto a la relación de factores de riesgo biológicos y sociales en las mujeres adolescentes embarazadas encuestadas se concluye que se han logrado los objetivos tanto el general como los específicos obteniendo como resultado lo siguiente:

Los factores biológicos que influyeron en el embarazo de las adolescentes son la edad entre 17-18 años lo que corresponde al grupo de adolescencia tardía, la menarca se presentó a edades dentro de lo establecido en la bibliografía consultada. Sin embargo se identificó que en los factores de riesgo sociales los que predominan es el inicio de vida sexual activa a temprana edad, en su mayoría las mujeres adolescentes embarazadas no utilizaron ningún método de planificación familiar lo cual conlleva a embarazos no planeados lo que concluye en que la adolescente y su pareja tomen la decisión de vivir en unión libre por lo cual se ven truncadas las expectativas en cuanto al desarrollo educativo, teniendo como consecuencia la deserción escolar ya sea atribuido al embarazo o anterior a este y dando como resultado la baja escolaridad. Cabe destacar que las mujeres adolescentes embarazadas conviven con una pareja mayor de 19 años y el tiempo de convivencia con la misma es de entre 2 y 4 años.

En relación con las adicciones, una mínima parte de las mujeres adolescentes embarazadas reportaron haber consumido esporádicamente tabaco y alcohol durante el embarazo por el desconocimiento de su estado; en contraste con sus parejas casi una cuarta parte si son consumidores consuetudinarios.

Las mujeres adolescentes embarazadas provienen de una familia de tipo nuclear, el nivel de estudios tanto de su madre como de su padre es de nivel secundaria; la adolescente se ocupa de su hogar por lo tanto no existe ningún tipo de riesgo laboral, en su mayoría realiza únicamente 3 comidas al día, no en quintos como se sugiere en el estado de gravidez, lo cual repercute en su salud prenatal y perinatal.

Como resultado de la valoración de factores de riesgo de tipo biológico y social obtuvimos un riesgo medio en la mayoría de las mujeres adolescentes embarazadas encuestadas, lo cual predispone un riesgo alto en el embarazo y parto si no se llevan a cabo las medidas necesarias para disminuirlo por medio del control prenatal, perinatal y la consejería impartida por enfermería. Se debe hacer énfasis en la información a las y los adolescentes en cuanto a salud sexual y reproductiva hayan iniciado o no su vida sexual activa.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alarcón Argota Rodolfo, et al., *Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia*, Revista Cubana de Enfermería, 25(1-2), Cuba, 2009.  
[ar/glosario-notas/adicciones\\_y\\_embarazo\\_adolescente.html](http://ar/glosario-notas/adicciones_y_embarazo_adolescente.html)
2. Ávila Gálvez Elena, et al, Aspectos Psicosociales del Embarazo en la adolescencia, Scielo, Revista Cubana de Pediatría, Vol. 74, No. 4, Cuba, 2002, disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=?iframe=true&width=95%&height=95% S0034-75312002000400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=?iframe=true&width=95%&height=95% S0034-75312002000400008)
3. Ayala Aguilar María I, García Posada Lucero D., Factores socioeconómicos y culturales relacionados con el embarazo en adolescentes de una comunidad rural, Revista Salud en Tabasco, junio, año/Vol. 7 número 002, Secretaria de Salud del Estado de Tabasco, México, 2001.
4. Baeza W. Bernardita, identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 72(2); Chile 2007.
5. Beltrán Molina Luz, *Embarazo en adolescentes*, Fundación Escuela de Gerencia Social Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo, Venezuela, 2006.
6. Calero Susana, Las adicciones y embarazo adolescente, Centro de Asistencia Capacitación e Investigación de las Socioadicciones, Congreso Mundial de Psiquiatría, México, 2010, disponible en: <http://www.cacis.com>
7. Cárdenas Cuevas Lupita, *Tercer Curso de Prevención y Atención del Embarazo en Adolescentes en Hospital Civil Universidad de Guadalajara*, México, 2011, disponible en: <http://www.udg.mx/node/19585>.

8. FERTILAB, Complicaciones en el uso de drogas duras, Enciclopedia temática embarazo, Venezuela, 2008, disponible en: [http://fertilab.net/EMBARAZO/CUIDADOS\\_GENERALES/03\\_drogas\\_duras.html](http://fertilab.net/EMBARAZO/CUIDADOS_GENERALES/03_drogas_duras.html).
9. Gamez Herrera Andrés, et, al, Factores asociados al inicio de relaciones sexuales en adolescentes de 14 a 17 años, Medigraphic, Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Vol.50 No.2 Marzo-Abril, México,2007.
10. Hernández Vargas Clara Ivette, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Acatlán, Sexualidad, *Embarazo en Adolescentes*, México, 2006-2009, disponible en: <http://www.acatlan.unam.mx/medicos/sexualidad/16/>
11. Instituto Mexicano del Seguro Social, *Alarmante el número de embarazos en adolescentes*, Artículo 7 Expresión Libre con Responsabilidad, México, 2010, disponible en: <http://a7.com.mx/vida/salud/2827-imss-alarmante-el-numero-de-embarazos-en-adolescentes.html>
12. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, (ENADID) 2006, *Estadísticas a propósito del día de la madre, datos nacionales*, México, 2010.
13. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), *Estadísticas a propósito del día de la madre, datos nacionales*, México, 2010.
14. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Natalidad, Población, hogares y vivienda, *Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años)*, México, 1990 a 2010, disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo28&s=est&c=17527>

15. Issler Juan R. Embarazo en la Adolescencia, Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 107 - Agosto/2001, disponible en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html)
16. Juárez, Fátima y Gayet Cecilia, Salud sexual y reproductiva de los adolescentes En México: Un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de Políticas, Papeles de población, julio-septiembre, número 045, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.
17. Marrero Santos María de Lourdes, *Embarazo y trabajo. Factores que los relacionan*, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, Revista Cubana de salud y trabajo, 9(2), Cuba, 2008
18. Molina S. Martha, et al; *Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar*, Revista Médica, 132: 65-70, Chile 2004.
19. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación de servicio*. Estados Unidos Mexicanos, Secretaria de Salud, Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud.
20. Observatorio de Mortalidad Materna, Muerte Materna, Indicadores 2010, *Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)*, Situación de Salud en México. Indicadores Básicos, Secretaria de Salud (SSA).
21. Observatorio de Mortalidad Materna, Muerte Materna, Indicadores 2010, *Estimación del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID en CONAPO*, Principales indicadores de Salud Reproductiva (ENADID 2009).

22. Organización Mundial de la Salud, Centro de Prensa, Salud de la Mujer, Nota descriptiva N°334, 2009, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/index.html>.
23. Organización Mundial de la Salud, Boletín de la OMS, *Embarazo en Adolescentes: un tema culturalmente complejo*, volumen 87, 2009, disponible en: [http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09\\_020609/es/index.htm](http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09_020609/es/index.htm)
24. Organización Mundial de la Salud, *Definición de Salud sexual*, Archivo de Sexología, 2002, disponible en: [http://zeus4.cms.hu-berlin.de/sexology/ECS5/definicion\\_4.html](http://zeus4.cms.hu-berlin.de/sexology/ECS5/definicion_4.html)
25. Organización Mundial de la Salud, Instrumentales Introdutorios, Indicadores de Salud, 2007, disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/PDF/INSINTROD6.pdf>.
26. Peláez Mendoza Jorge, Adolescente embarazada: características y riesgos, Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia; 23(1) Cuba, 1997.
27. Pantelides Edith Alejandra, *Aspectos Sociales del Embarazo y la Fecundidad Adolescente en América Latina*, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Centro de Estudios de Población (CENEP), 2008.
28. Pantelides Edith Alejandra y Binstock Georgina, *La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del siglo XXI*, CONICET-CENEP, Revista Argentina de Sociología Año 5 No. 9, Argentina 2007.
29. Restrepo M. Sandra Lucia, et al, Evaluación del estado nutricional de mujeres gestantes que participaron de un programa de alimentación y nutrición, Revista Chilena de Nutrición, Vol. 37, N°1, 2010.



30. Rivera Montiel Angelina, Hernández Rodríguez Leticia, *Material de apoyo para el curso de: "Importancia del Programa de Reanimación Neonatal"*, Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, División de educación continua y desarrollo profesional, México, 2006.
31. Rodríguez Gázquez María de los Ángeles, Factores de riesgo para embarazo adolescente, Redalyc, Sistema de Información Científica, Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, Medicina UPB, Vol. 27, Núm. 1, enero-junio, Colombia, 2008.
32. Salvador Moysén Jaime, et al, Situación psicosocial de las adolescentes y toxemias del embarazo, Salud Pública de México, Instituto Nacional de Salud Pública, marzo-abril, Vol.42, No. 2, México, 2000.
33. Salud Publica de México, *La salud de las adolescentes en cifras*, Scielo, vol.45 suppl.1, México, 2010
34. Santos-Preciado José Ignacio, et al, *La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México*, Artículo especial, Salud Pública de México / vol. 45, suplemento 1 de 2003.
35. Secretaria de Salud Pública, Red de Hospitales, Nuestras Raíces Hospital General Iztapalapa, disponible en:  
<http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/hospitales/index.php#>
36. Secretaria de Salud, *Manual de Indicadores de Servicio de Salud*, Dirección General de Evaluación del Desempeño, Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud
37. Secretaría de Salud, *Perfil epidemiológico de la población adolescente 2010*, México, 2011

38. Secretaría de Salud, *Seguro Popular*, Sistema de protección social en salud, Gobierno del Distrito Federal, México, 2009, disponible en: [http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro\\_popular/](http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro_popular/)
39. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), *Indicadores, Situación de Salud en México*, Indicadores Básicos, 2010, disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/indicadores/basicos.html>
40. Sotelo Núñez María Dolores, et al, *Consejería en la atención a mujeres en situación de aborto*, Ipas México.
41. Stern Claudio, *Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México*, Papeles de Población, Universidad Autónoma del Estado de México, enero-marzo No, 039, México, 2004.
42. Taracena Rosario, *Embarazo Adolescente, ¿Con que frecuencia se embarazan las adolescentes?*, Grupo de Información en Reproducción Elegida, (GIRE), A.C, Hoja Informativa, 2003.
43. Villanueva Luis Alberto, Psic. Pérez Fajardo María del Milagro, et al; *Revista de Ginecología y Obstetricia de México*, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Características Obstétricas de la Adolescente Embarazada, 67:356, México, 1999.
44. World Health Organization, *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC)*, Maternal, newborn, child and adolescent health, disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/impact/en/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/impact/en/index.html)

**A  
N  
E  
X  
O  
S**

## **Anexo 1**

### **Carta de Consentimiento Informado**

Proyecto “La consejería en salud reproductiva (salud materna) de adolescentes embarazadas y su influencia en el control de riesgos de adolescentes embarazadas en un Hospital Materno Infantil de la Ciudad de México: Un estudio de intervención”; PAPIIT IN307811-3, ENEO-UNAM 054

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para que me entreviste un profesional de la salud que pertenece a un equipo de investigación y que llevan a cabo el estudio: “La consejería en la salud materna de adolescentes embarazadas y su influencia en el control de riesgos, en un Hospital público de la Ciudad de México”, por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y el Hospital General Regional Iztapalapa; cuyo fin es ver que tan efectiva es una intervención de consejería en salud materna por enfermería, para controlar factores de riesgo y daños en adolescentes embarazadas que asisten a su vigilancia prenatal en este Hospital. Los resultados de este estudio contribuirán a la disminución de complicaciones en el embarazo, parto, del recién nacido y después del parto en mujeres adolescentes.

Entiendo que seré entrevistada en un cubículo de la Consulta Externa del Hospital, donde me harán preguntas acerca de mi salud, enfermedades que tuviera así como de mi embarazo actual; podré expresar mis sentimientos y dudas sobre mi embarazo en un ambiente libre, privado y de confianza También entiendo que en la entrevista puede estar, si lo deseo, la persona que me acompañe y que fui elegida junto con aproximadamente 100 adolescentes embarazadas.

He concedido libremente esta entrevista. Se me ha notificado que es totalmente voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquier pregunta o decidir terminarla en cualquier momento. Se me ha dicho que mis

respuestas no serán reveladas a nadie y que si participo o si no lo hago, no se verán afectados los servicios que pueda requerir del Hospital.

Entiendo que los resultados del estudio me serán proporcionados si los solicito y que el Maestro Hugo Tapia Martínez, responsable de la investigación, es la persona a quien debo buscar en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio; él puede ser localizado en el teléfono 55 30 81 02 92.

De antemano agradecemos tu participación.

\_\_\_\_\_

Firma de la entrevistada

\_\_\_\_\_

Firma del entrevistador

Fecha: \_\_\_\_\_

## **Anexo 2**

### **Instrumento de valoración**

**Proyecto de investigación:** Consejería en Salud Reproductiva de Adolescente Embarazada y su Influencia de control de riesgos en un Hospital de la Ciudad de México: un estudio de intervención, con número PAPIIT IN307811-3 Comité de Investigación ENEO-UNAM 054.

#### **Objetivo**

Obtener la información necesaria para identificar los riesgos biológicos y sociales que puedan afectar el embarazo en las mujeres adolescentes embarazadas, que acuden a su control prenatal en el Hospital General Regional Iztapalapa.

El instrumento se realiza por medio de una entrevista directa con la mujer adolescente embarazada, este consta de 17 reactivos analizados previamente para identificar factores de riesgo, cada uno de ellos consta de 4 respuestas que corresponden a un número del 0 al 3, lo cual indica que el 0 es un riesgo bajo, el 1-2 corresponden a un riesgo medio y el 3 a un riesgo alto, refiriéndonos a cada factor específicamente, estos se calificaran dependiendo de la respuesta que proporcione la paciente. La evaluación se realiza haciendo la sumatoria total de las respuestas obteniendo un dato general sobre el riesgo que presenta la mujer adolescente embarazada, si el total arroja una puntuación menor de 17 puntos tiene un riesgo bajo en el embarazo, de 18 a 25 puntos se coloca en un riesgo medio y por último si tiene de 26 a 51 puntos presenta un embarazo de alto riesgo.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**CEDULA: DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS Y SOCIALES EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

FACTORES	0	1	2	3	PUNTOS
1. EDAD	19 años	17-18 años	16-15 años	<15 años	
2. MENARCA	12-13 años	11 años	10 años	<9 años	
3. IVSA	19 años	18 años	16-17 años	<15 años	
4. METODOS ANTICONCEPTIVOS	Dos métodos	Hormonal	DIU/preservativo	No utiliza	
5. ESCOLARIDAD	Preparatoria	Secundaria	Primaria	S/estudios	
6. ESTADO CIVIL	Casada	Unión libre	Soltera	S/conyugue	
7. EDAD DE LA PAREJA	>19 años	18-19 años	15-17 años	<15 años	
8. TIEMPO DE CONVIVENCIA	>de 4 años	2-4 años	De 6 meses a 2 años	<de 6 meses	
9. ADICCIONES DE LA PAREJA	No	Si	Si	Si	
10. ADICCIONES DE LA MUJER EMBARAZADA	No	Si	Si	Si	
11. TIPO DE FAMILIA	Nuclear	Monoparental	Vive con otro familiar	Huérfana	
12. ESCOLARIDAD DE LA MADRE	Preparatoria	Secundaria	Primaria	s/estudios	
13. ESCOLARIDAD DEL PADRE	preparatoria	Secundaria	Primaria	s/estudios	
14. OCUPACIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA	Hogar	Estudiante	Empleada de ½ tiempo	Empleada de tiempo completo	
15. HORARIO DE TRABAJO	No labora	4 horas	5-7 horas	>de 8 hrs	
16. TEMPO DE TRASLADO DEL TRABAJO A SU DOMICILIO	30 minutos	1 hora	2 horas	>de 3 horas	
17. FRECUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN	4-5	3	2	1	

RIESGO	PUNTUACIÓN
Alto	26-51
Medio	18-25
Bajo	<17

ELABORADO POR:

P.L.E.O Velasco González Penélope Consuelo

P.L.E.O González Vargas Johana Gabriela

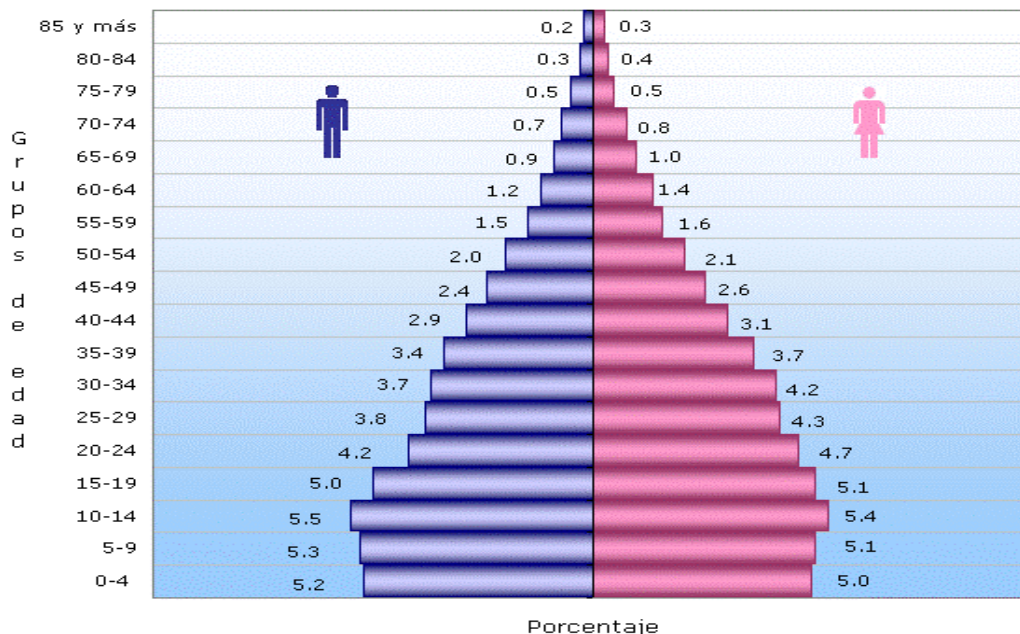
ASESORADO POR:

M.C.E Jiménez Mendoza Araceli

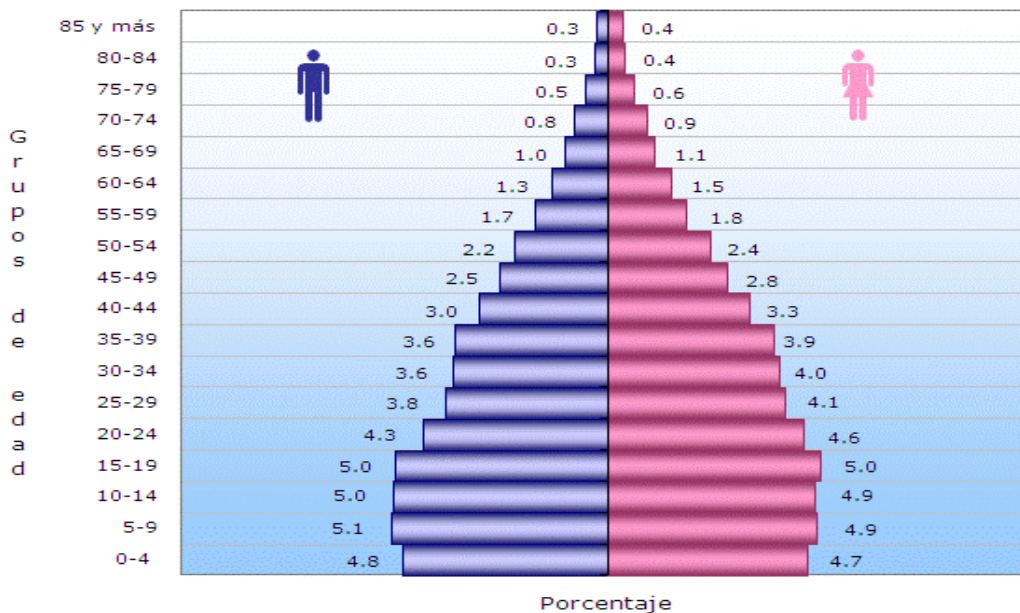
### Anexo 3

## Pirámide de población 2005-2010

Pirámide de población, 2005



Pirámide de población, 2010



Fuente: INEGI II Conteo de Población y Vivienda, 2005  
 INEGI Censo de Población y Vivienda, 2010



## Anexo 4

Tabla 1. Registro de nacimientos por entidad federativa en el Distrito Federal.  
2009

Nombre de la entidad	Total de nacimientos	Edad Materna					
		+ Menor de 15 años	+ De 15 a 19 años	+ De 20 a 24 años	+ De 25 a 29 años	+ De 30 a 34 años	+ De 35 a 39 años
<b>Distrito Federal</b>	155,070	271	20,866	39,212	37,186	30,388	17,091
<b>Azcapotzalco</b>	7,151	8	868	1,651	1,792	1,534	945
<b>Coyoacán</b>	9,175	12	1,037	2,081	2,256	2,144	1,233
<b>Cuajimalpa de Morelos</b>	4,229	13	586	1,077	988	912	475
<b>Gustavo A. Madero</b>	18,017	27	2,592	4,692	4,438	3,418	1,904
<b>Iztacalco</b>	6,177	7	780	1,652	1,502	1,215	708
<b>Iztapalapa</b>	28,058	49	4,366	8,195	7,016	4,902	2,494
<b>La Magdalena Contreras</b>	3,737	13	581	893	844	767	447
<b>Milpa Alta</b>	2,785	11	527	791	648	419	241
<b>Álvaro Obregón</b>	12,253	32	1,687	3,187	3,055	2,323	1,291
<b>Tláhuac</b>	5,388	9	852	1,534	1,378	875	438
<b>Tlalpan</b>	9,620	15	1,395	2,439	2,269	1,917	1,075
<b>Xochimilco</b>	6,865	10	1,079	1,976	1,717	1,167	624
<b>Benito Juárez</b>	4,818	4	337	822	1,117	1,340	846

<b>Cuauhtémoc</b>	17,978	28	1,872	3,912	3,707	3,163	1,860
<b>Miguel Hidalgo</b>	10,411	16	974	2,032	2,444	2,747	1,656
<b>Venustiano Carranza</b>	8,408	17	1,333	2,278	2,015	1,545	854

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2010

## Anexo 5

Tabla 2. México. Evolución de la tasa específica de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años de edad por entidad federativa, 2000-2008.

Entidad	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007/a	2008/a
Federativa									
Nacional	6,0	5,7	5,4	5,1	4,9	4,6	4,4	5,9	6,1
Aguascalientes	7,3	6,8	6,4	6,1	5,8	5,5	5,3	6,6	6,3
Baja California	6,2	5,7	5,4	5,0	4,8	4,4	4,3	5,8	5,7
Baja California Sur	5,6	5,4	5,0	4,8	4,6	4,4	4,3	5,7	5,6
Campeche	7,2	6,7	6,3	5,9	5,5	5,3	5,1	5,6	5,5
Coahuila	6,0	5,7	5,5	5,2	5,0	4,8	4,5	6,1	5,9
Colima	5,2	5,0	4,8	4,6	4,4	4,2	3,9	5,5	5,4
Chiapas	8,0	7,5	7,0	6,5	6,2	5,9	5,6	6,8	6,6
Chihuahua	6,3	6,1	5,8	5,5	5,3	5,0	4,8	6,2	6,0
Distrito Federal	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	4,6	4,7
Durango	7,0	6,4	6,1	5,8	5,5	5,1	4,9	6,4	6,2
Guanajuato	7,0	6,4	6,1	5,7	5,3	5,0	4,8	6,2	6,0
Guerrero	8,8	8,5	8,0	7,5	7,1	6,5	6,2	6,9	6,7
Hidalgo	6,4	6,1	5,8	5,6	5,3	5,1	5,0	5,9	5,8
Jalisco	6,3	6,0	5,7	5,3	5,0	4,8	4,6	5,9	5,8
México	5,4	5,2	5,0	4,8	4,6	4,3	4,1	5,7	5,6
Michoacán	6,6	6,1	5,7	5,5	5,0	4,8	4,6	6,0	5,8
Morelos	5,9	5,7	5,4	5,2	5,0	4,8	4,5	5,6	5,5
Nayarit	6,3	6,1	5,8	5,5	5,3	5,0	4,8	5,9	5,8
Nuevo León	5,4	5,2	4,9	4,6	4,4	4,1	3,8	5,6	5,5
Oaxaca	7,8	7,4	6,8	6,5	6,1	5,9	5,6	6,3	6,1
Puebla	7,0	6,5	6,1	5,8	5,5	5,3	5,1	6,4	6,2
Querétaro	6,3	6,0	5,7	5,3	5,0	4,8	4,6	5,7	5,6

Quintana Roo	6,3	6,1	5,8	5,5	5,2	5,0	4,8	5,8	5,7
San Luis Potosí	7,4	6,7	6,1	5,5	5,2	4,8	4,6	6,5	6,2
Sinaloa	6,2	5,8	5,5	5,2	5,0	4,6	4,4	5,8	5,7
Sonora	6,3	6,0	5,5	5,3	5,0	4,8	4,7	6,1	5,9
Tabasco	6,0	5,8	5,5	5,3	5,0	4,8	4,6	5,7	5,6
Tamaulipas	5,6	5,2	5,0	4,8	4,6	4,4	4,1	5,8	5,7
Tlaxcala	6,1	5,8	5,5	5,3	5,0	4,8	4,6	6,1	5,9
Veracruz	5,9	5,5	5,2	5,0	4,8	4,6	4,3	5,8	5,7
Yucatán	5,9	5,7	5,4	5,2	5,0	4,8	4,5	5,5	5,4
Zacatecas	6,7	6,4	6,0	5,8	5,5	5,3	5,1	6,2	6,0

Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), Situación de salud en México. Indicadores Básicos, Secretaría de Salud (SSA), Observatorio de mortalidad materna en México, Muerte Materna 2010

### **Nota Metodológica:**

La tasa específica de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años de edad se refiere al número de nacimientos ocurridos en mujeres de entre 15 y 19 años que tiene lugar en un determinado año, por cada 100 mujeres de 15 a 19 años a mitad de ese año.

Para 2008 en Guerrero ocurrieron aproximadamente siete nacimientos por cada 100 mujeres entre 15 y 19 años de edad. El Distrito Federal presentó para este grupo de edad con cerca de cinco nacimientos por cada 100 mujeres. Por otra parte el DF, que tenía la tasa específica de fecundidad más baja en 2000 (1,3), para 2008 se incrementa a tres nacimientos por cada 100 mujeres de 15 a 19 años.

## Anexo 6

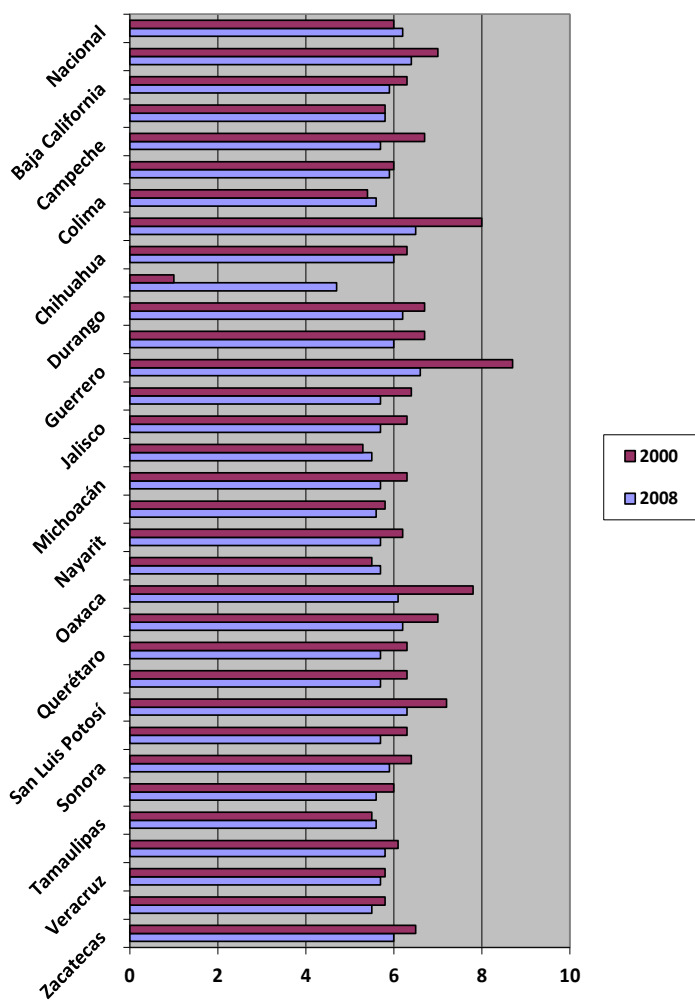
Tabla 3. Nacimientos registrados por entidad federativa de residencia habitual de la madre, 2004 a 2009

<b>ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>2009</b>
1. AGUASCALIENTES	25 800
2. BAJA CALIFORNIA	63 709
3. BAJA CALIFORNIA SUR	13 343
4. CAMPECHE	17 307
5. COAHUILA	58 132
6. COLIMA	13 447
7. CHIAPAS	145 085
8. CHIHUAHUA	76 300
9. DISTRITO FEDERAL	153 237
10. DURANGO	39 736
11. GUANAJUATO	125 272
12. GUERRERO	98 495
13. HIDALGO	61 431
14. JALISCO	154 738
15. ESTADO DE MÉXICO	355 392
16. MICHOACAN	107 287
17. Morelos	36 760
18. NAYARIT	24 598
19. NUEVO LEÓN	91 490
20. OAXACA	108 978
21. PUEBLA	155 738
22. QUERÉTARO	41 260
23. QUINTANA ROO	29 539
24. SAN LUIS POTOSI	58 300
25. SINALOA	59 992
26. SONORA	53 930
27. TABASCO	55 402
28. TAUMALIPAS	72 381
29. TLAXCALA	27 276
30. VERACRUZ	173 101
31. YUCATAN	38 147
32. ZACATEZAS	35 304
33. EN EL EXTRANJERO	5 907
<b>TOTAL</b>	<b>2 577 214</b>

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2009

## Anexo 7

Tabla 4. México. Evolución de la tasa específica de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años de edad por entidad federativa, 2000-2008.



Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), Situación de salud en México. Indicadores Básicos, Secretaría de Salud (SSA), Observatorio de mortalidad materna en México, Muerte Materna 2010

## Anexo 8

Tabla 6. Embarazos no deseados y las interrupciones que se realizaron en mujeres con factores riesgo biológico y social.

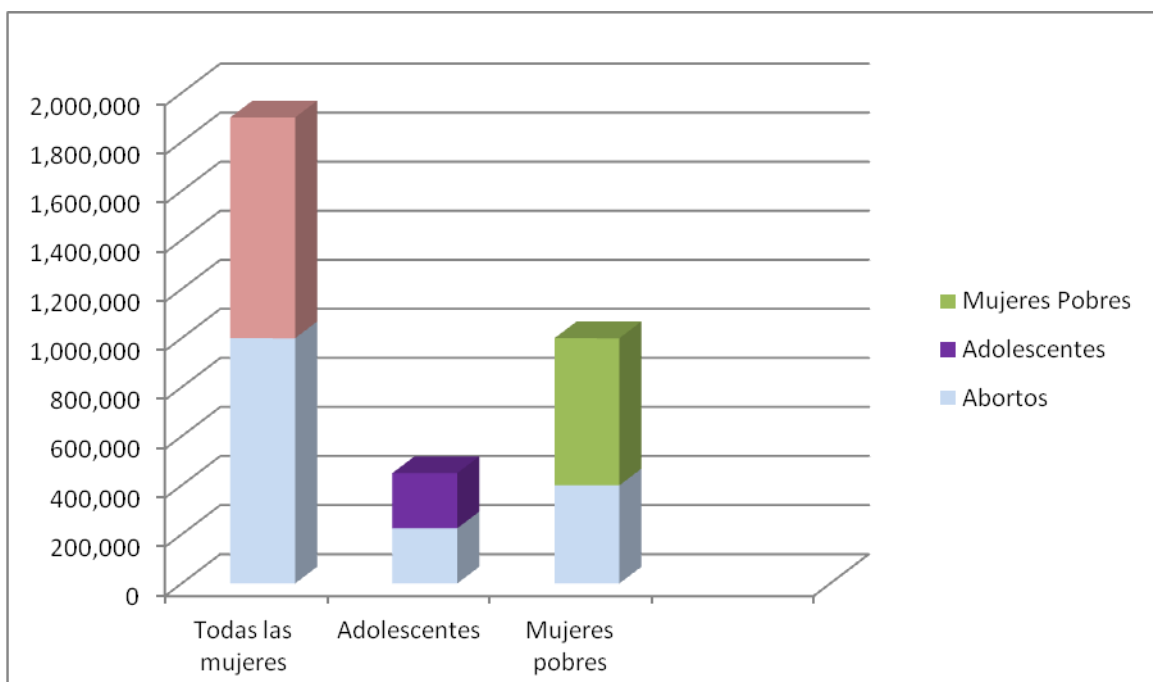


Figura 1. Numero de embarazos no pretendidos, con la inclusión de abortos electivos que se evitaron en el 2006 en las clínicas de fondos públicos. (Datos aproximadamente obtenidos de informes publicados por el Guttmacher Institute, 2009).

## Anexo 9

Diagrama 1. Proceso de atención a la mujer que se le brinda consejería

