



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**“FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC”**

TIPO DE INVESTIGACIÓN: SOCIOMÉDICA

**PRESENTADA POR:
DRA. IZMIR ARELY HERNÁNDEZ TORRES.**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.**

**DIRECTOR DE LA TESIS:
DR. JOSÉ ANTONIO MEMIJE NERI**

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**“FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC”**

TIPO DE INVESTIGACIÓN: SOCIOMÉDICA

**PRESENTADA POR:
DRA. IZMIR ARELY HERNÁNDEZ TORRES.**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.**

**DIRECTOR DE LA TESIS:
DR. JOSÉ ANTONIO MEMIJE NERI**

2014

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC DURANTE 2013.

Autor: Dra. Izmir Arely Hernández Torres

VoBo.
Dr. José Antonio Memije Neri

Profesor Titular del Curso de Especialización
en Ginecología y Obstetricia

VoBo.
Dr. Antonio Fraga Morat

Director de Educación e Investigación

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC DURANTE 2013.

Autor: Dra. Izmir Arely Hernández Torres

VoBo.
Dr. José Antonio Memije Neri

Director de Tesis

VoBo.
Dra. Carolina Salinas Oviedo

Asesor Metodológico

DEDICATORIA

A mis padres, hermana, Alex y hermoso niño por siempre apoyarme

A mis amigos, por estar y seguir estando

Al Dr. Alfonso Carrera por hacerme la Gineco-obstetra que soy

A la Dra. Caro por su conocimiento, tiempo y paciencia

Al Dr. Memije por aguantarme

A todos

¡Gracias Totales!

INDICE

RESUMEN

CAPITULO I

<i>Introducción</i>	1
<i>Marco Teórico</i>	3
<i>Planteamiento del problema</i>	15
<i>Justificación</i>	16
<i>Objetivos</i>	17

CAPITULO II

<i>Material y Métodos.</i>	18
----------------------------------	----

CAPITULO III

<i>Determinación de variables</i>	19
<i>Estrategias de Recolección</i>	19
<i>Plan de Recolección de Datos y Análisis</i>	19

CAPITULO IV

<i>Resultados</i>	23
-------------------------	----

CAPITULO V

<i>Discusión</i>	39
------------------------	----

CAPITULO VI

<i>Conclusiones</i>	43
---------------------------	----

VII REFERENCIAS	45
------------------------------	----

VIII ANEXOS	47
--------------------------	----

RESUMEN

OBJETIVOS. Identificar los factores sociales, culturales y económicos asociados al embarazo adolescente y su influencia sobre este. Así como el conocimiento y uso de las adolescentes, de los métodos de planificación familiar. **MATERIAL Y METODO.** Se realizó un estudio sociomédico, observacional, descriptivo – analítico, transversal y prospectivo en el Hospital Materno Infantil Cuatepec, aplicando un cuestionario a mujeres embarazadas y/o puerperas adolescentes de 10 a 19 años. **RESULTADOS.** La edad de inicio de la vida sexual fue de 17 años con rangos mínimos y máximos de 14 y 19 años respectivamente, con 2 parejas como media y 6 consultas prenatales. Al menos el 34% de las madres de las adolescentes también presentaron embarazo precoz. En su mayoría se encuentran en unión libre, dedicadas al hogar y con escolaridad media (60%, 90%

y 66%). El 53% de las adolescentes pertenecen a un hogar de tipo nuclear completo y el 28% a un hogar monoparental. El 68% de las adolescentes depende económicamente de sus parejas y sólo el 3% refiere ser económicamente activa. El 90% de las adolescentes encuestadas conoce al menos 1 método anticonceptivo, sólo el 39% afirmó utilizarlo alguna vez y el 62% planea utilizar algún método de planificación familiar. **CONCLUSIONES.** El embarazo adolescente es un problema de salud pública, que va en aumento, que es complejo, y en el que intervienen múltiples factores psico-sociales, culturales y económicos, que requiere de acciones y estrategias para lograr disuadir a las jóvenes de un embarazo precoz y de contar con mayores expectativas para el campo educativo y laboral.

Palabras Clave: Embarazo en Adolescentes, Factores sociales, culturales y económicos.

I. INTRODUCCION

Las mujeres adolescentes, de 15 a 19 años, representan 19.1% de las mujeres en edad reproductiva. Según datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica en México 2009, ENADID 2009, la edad media a la primera relación sexual de las mujeres de 15 a 49 años son los 18 años, lo que las ubica entre las mujeres expuestas al riesgo de concebir un embarazo. ⁽³⁾

La mayoría de las adolescentes (97%) tiene conocimiento sobre métodos anticonceptivos, incluso en el medio rural y entre las adolescentes hablantes de

lengua indígena, 91.3% y 77.5% respectivamente. No obstante, menos de la mitad (44.7%) de las mujeres de entre 15 y 19 años que están unidas utiliza métodos anticonceptivos; porcentaje que se reduce a 4.5% entre las adolescentes solteras. Solamente 38.2% de las adolescentes utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual.

En localidades de menos de 15 mil habitantes, 13.5% de las adolescentes de 15 a 19 años había estado embarazada algunas vez; este porcentaje es de 12.4% en localidades mayores de 15 mil habitantes.

De las adolescentes alguna vez embarazadas, 80.8% lo había estado una vez, 16.8% había tenido dos embarazos y 2.3% había estado embarazada tres veces.

Al menos 12.2% de los embarazos en adolescentes terminaron en aborto. Para el quinquenio 2004-2008, la tasa de fecundidad adolescente fue de 15.5%. Es decir, ese porcentaje había tenido al menos un hijo nacido vivo. ⁽³⁾

La fecundidad de adolescentes muestra una relación directa con su nivel de escolaridad. En 2009 la tasa de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años de edad que no tenían instrucción escolar fue de 35.7%, mientras que entre las mujeres de la misma edad pero con instrucción media superior y superior, la tasa fue 6 veces menor (5.7 nacimientos por cada cien mujeres).

En ese mismo año, la tasa de fecundidad de las adolescentes en las localidades con menos de 15,000 habitantes se estimó en 12.5 nacimientos por cada cien mujeres del grupo de 15 a 19 años y en las localidades con 15,000 y más habitantes la tasa correspondiente fue de 11.1 nacimientos por cada cien mujeres del mismo grupo de edad.

El promedio del número ideal de hijos de las adolescentes es 2.3

El embarazo en mujeres adolescentes es prematuro en función de su desarrollo biológico, fisiológico, psicológico y social. El riesgo de tener algún problema o complicación durante el embarazo, parto o puerperio es mayor para las mujeres adolescentes, sin dejar de lado las condiciones de nutrición y salud previas al embarazo y el tipo de atención prenatal que reciben que son factores de riesgo para todas las mujeres.

De las muertes maternas ocurridas en 2009, 13.8% correspondía a mujeres menores de 19 años. ⁽³⁾

MARCO TEORICO

La Organización Mundial de la Salud, divide la infancia desde el nacimiento hasta los 10 años, pre adolescencia de 10 a 14 años y adolescencia de los 14 a los 19 años. ⁽¹⁾.

La adolescencia constituye un período de la vida donde ocurren una serie de cambios con rapidez vertiginosa que se reflejan en la esfera anatomo-fisiológica, social y cultural. ⁽²⁾

El embarazo adolescente se define como la gestación en mujeres cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica. Ruoti plantea que el embarazo a 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 constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea ^(5,9).

Dicha situación produce un serio problema médico, ya que representa altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social. ^(10, 13)

A la adolescencia se la puede dividir en tres etapas con características diferentes y a su vez con formas distintas de enfrentar un embarazo:

1. Adolescencia temprana (10 a 13 años): Ligada a su madre, negación del embarazo, la maternidad provoca depresión y aislamiento, no hay lugar para el padre. El varón está ausente en sus planes.
2. Adolescencia media (14 a 16 años): Dramatización de la experiencia corporal y emocional, se siente posesiva en relación al feto, que a su vez es experimentado como un instrumento de la afirmación de independencia de

los padres. Su actitud es ambivalente: de culpa y orgullo. El padre tiene un lugar: El varón es considerado importante como una esperanza en el futuro.

3. Adolescencia tardía (17 a 19 años): Adaptación al impacto de la realidad, sentimientos maternos. Búsqueda de afecto y compromiso de parte del varón y establecimiento como un futuro compañero. ^(2,7,8)

Estudios realizados en Estados Unidos han evidenciado una tendencia al alza de la actividad sexual en los adolescentes durante los últimos 30 años.

La maternidad en la adolescencia, sobre todo a edad muy precoz, provoca un impacto negativo en la familia y la sociedad. ^(4,10)

Los riesgos relacionados con la salud, las condiciones financieras y emocionales, el continuar con los estudios y las dificultades de acceso en el trabajo; constituyen uno de los principales factores que contribuyen para el incremento de la vulnerabilidad en las madres adolescentes. ⁽⁵⁻⁶⁾

Perfil de los adolescentes a nivel mundial:

- Hay más de mil millones de adolescentes, 85% en los países en desarrollo.
- Más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años.
- Existen más de 111 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual curables en menores de 25 años.
- Más de la mitad de casos nuevos de infección por HIV - más de 7000 por día ocurre en jóvenes.

- La violación o incesto ocurre en 7 a 34 % en niñas y en 3 a 29 % en niños.
- El 10 % de los partos acontece en adolescentes.
- La muerte materna es 2 a 5 veces más alta en mujeres menores de 18 años que en las de 20 a 29 años.
- Hay 4,4 millones de abortos inducidos, la mayoría en condiciones de riesgo.
- Un tercio de las hospitalizaciones son por complicaciones de aborto.
- Cada 5 minutos se produce un suicidio por problemas inherentes a la salud sexual y reproductiva. ^(16, 20)

Al año 2003 se estimaba que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales era alrededor de los 17 años, sin embargo en trabajos más recientes al respecto, se ha visto una tendencia a una mayor precocidad. Como ejemplo de lo anterior es posible citar el estudio realizado por González T et al del año 2005 en donde se vio que la edad promedio de inicio de la actividad sexual era de 15,6 años. ^(3, 6) Sin embargo, un trabajo realizado el año 2000 en Temuco, reveló mayor precocidad en el inicio de la actividad sexual, siendo de 12 años para los hombres y 12,8 años para las mujeres. ⁽⁷⁾ Es importante destacar la relación que existe entre el nivel socioeconómico y la edad de inicio de la actividad sexual, ya que las edades menores se presentan en los niveles socioeconómicos más bajos y en los niveles más altos mayores edades. ⁽⁹⁾

Está descrito que el 60% de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los 6 primeros meses de inicio de las relaciones sexuales, por lo que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73% al 93 %). ^(4,14) Sin embargo,

el 60% de las primigestas adolescentes vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes. ⁽¹⁵⁾

El embarazo adolescente va en incremento a nivel mundial, presentándose cada vez a edades precoces. ⁽¹⁶⁾ Existen variaciones importantes en la prevalencia, dependiendo de la región y el nivel de desarrollo. Así, en países como Estados Unidos corresponde a un 12,8% del total de embarazos, mientras que en países con menor desarrollo como El Salvador, constituye cerca del 25% y en países africanos cerca del 45% del total de embarazos. ⁽¹⁷⁾

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

1. Factores de riesgo individuales: Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.
2. Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.
3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes. ⁽²⁰⁻²³⁾

Un trabajo realizado el año 2005 logró determinar la influencia de cada uno de estos grupos de factores de riesgo, en donde destaca la gran importancia de los factores individuales presentando una frecuencia de 71,6%, mientras que los factores familiares presentaron un 20,3% y los sociales un 11,6%.⁽¹⁷⁾

Consecuencias del Embarazo Adolescente

En el último tiempo ha disminuido la edad en que los jóvenes se inician sexualmente y de esta manera ha aumentado además, de forma preocupante, el embarazo no deseado en las adolescentes. Esto ha implicado que en este grupo etario específico se presenten una serie de consecuencias que de manera simple se agruparon en dos grandes grupos: somáticas y psicosociales.⁽¹¹⁾

1. Complicaciones somáticas

1.1 Para la madre

La mortalidad materna del grupo de 15-19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años.⁽²⁰⁾

Con respecto a la morbilidad materno-fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes.⁽¹⁹⁾

Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preeclampsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más

frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro (Tabla 1).⁽³²⁾

Complicaciones Somáticas	Embarazos adolescentes	Embarazos adultos
Anemia	49.36%	43.67%
Infección Tracto Urinario	13.29 - 23.2%	6.96%
Retardo Crecimiento Intrauterino	12.02%	5.69%
Parto prematuro	8.3 - 8.86%	2.8 - 4.43%
Recién Nacido de bajo peso	6.32 – 6.9%	3.16 -10.1%
Complicaciones en el parto (hemorragia, desgarros cervicales)	10.75 - 15.7%	5.69 - 5.7%
Parto Instrumental	4.9 – 8.22%	2.1 - 10.12%

Tabla 1. Comparación de complicaciones somáticas en embarazo de la adolescente y de adulta.

Las verdaderas diferencias entre ambos grupos se producen principalmente por la edad de las adolescentes embarazadas, siendo el grupo de mayor riesgo el de las pacientes con edades menores de 16 años, donde se producirían con mayor frecuencia las variables analizadas. Otro factor relevante y quizás más difícil de controlar, es la deteriorada condición biopsicosocial que frecuentemente presentan las adolescentes, destacándose en la revisión como el factor determinante en la aparición de patologías relacionadas con el embarazo adolescente.⁽¹⁸⁾

Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar las diversas afecciones propias del embarazo adolescente, el cual corresponde a una falla de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo lo que se conoce como *Síndrome de mala adaptación circulatoria*, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí a nivel materno y/o fetal. ⁽¹⁰⁾

1.2 Para el hijo

Peso. No existen diferencias significativas con relación a las mujeres adultas, aunque parece existir entre las menores de 15 años, definidas repercusiones sobre la morbimortalidad perinatal. Entre la menores de 17 años hay mayor frecuencia de bajos pesos, con una prevalencia cercana al 14% de RN con menos de 2500 g.

Los hijos de adolescentes registran una mayor frecuencia de ingresos a Neonatología sin diferencias entre las edad de las adolescentes.

Malformaciones. Se informa mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), siendo los defectos de cierre del tubo neural las malformaciones más frecuentes, y con un número importante de retrasos mentales de por vida.

Mortalidad perinatal. Su índice es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad (39,4% hasta los 16 años y 30,7% entre las mayores de 19 años). ^{(14,}

¹⁵⁾

2. Complicaciones Psicosociales

Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar.

La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social. El rendimiento escolar de estas adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente, puesto que la repitencia es mayor al promedio general nacional. El 100% de las adolescentes embarazadas desertaron durante el embarazo, en tanto que la deserción escolar global en Chile, a nivel de enseñanza media, incluyendo a quienes desertaron por razón del embarazo, es de sólo 9,9% ⁽²⁶⁾. La vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome hipertensivo y el parto prematuro, son las razones específicas de deserción que señalaron las adolescentes. ⁽¹⁷⁾

La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia. ⁽¹⁸⁾

La maternidad adolescente duplica con creces las posibilidades que tiene una mujer de vivir como allegada y reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo o en una familia nuclear durante el quinto año después del nacimiento de su primer hijo. La probabilidad de que el padre biológico del hijo

provea apoyo financiero en forma constante o esporádica al hijo de una madre adolescente es la mitad de la observada en una madre adulta.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. Si lo habitual es que todo el grupo familiar se deba adaptar para recibir a un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que las familias de las adolescentes suelen ser más complejas, al incluir a sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante. ⁽²¹⁾

La maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres que para todas las madres. Influye sobre el tamaño de la familia (familias más numerosas), los arreglos familiares (menos familias nucleares tradicionales) y la transmisión de preferencias de maternidad entre generaciones (las madres adolescentes “engendran” madres adolescentes). Lo que es más importante, la maternidad temprana parece arraigar la pobreza en las mujeres de bajos ingresos. ⁽¹⁹⁾

En un estudio realizado con 74 adolescentes de un servicio de alto riesgo en una institución de salud de México, a través de una encuesta dirigida a explorar las características socio familiares relacionadas con el embarazo adolescente, refieren que las principales motivaciones señaladas por las adolescentes para

embarazarse estaban “el casarse” (47%) y “salirse de la casa” (36%), otros resultados que llaman la atención de este mismo estudio fueron el uso de prácticas contraproducentes para la salud materno perinatal, entre ellas, el alcoholismo 65% y el tabaquismo 47%.^(7, 8)

Actitudes hacia la maternidad.

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre. En la *adolescencia temprana*, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más.^(11, 13, 15)

Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos. En la *adolescencia media*, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la

identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del *exhibicionismo*. Es muy común que "*dramaticen*" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "*poderoso instrumento*" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. ^(14, 20)

Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

En la *adolescencia tardía*, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida. ^(21, 22)

Por otro lado con respecto al uso de métodos anticonceptivos en la encuesta de 2010, se encuentra que si bien 99% de las mujeres conocen los métodos en especial los quirúrgicos y seguido de estos el DIU, y hormonales como el inyectable, tan sólo un porcentaje bajo ha utilizado alguna vez un método. En el rango de mujeres de 15 a 19 años han utilizado un método moderno en un 47,8% y en un 26,1% métodos naturales; sin embargo, llama la atención que en este rango las mujeres adolescentes ya en Unión marital y en general sexualmente activas tienen un uso del 91% y 98,1% respectivamente en métodos modernos y 62% en naturales. ^(7, 17)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-

Se estima que anualmente 5 de cada 100 adolescentes se convierten en madres, lo cual equivale aproximadamente a 22,5 millones de niños nacidos en estas circunstancias por año.

La gran mayoría de estos nacimientos ocurren en países no desarrollados, por ej., en América Latina, la cifra está en el orden de los 3 millones aproximadamente de nacimientos en madres adolescentes.

La mayoría de las madres adolescentes provienen de hogares de bajos recursos económicos en una proporción de 17 a 1, respecto de las de más altos ingresos.

El embarazo en las adolescentes representa un problema real dentro de la comunidad, con un impacto negativo al adolescente, a su futuro hijo/hija, familia y sociedad en los diferentes ámbitos de vida social, económico, político, educativo y salud.

En el Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc se tiene una incidencia del 25% de adolescentes embarazadas, con un perfil similar al reportado en la literatura: en unión libre, con marginalidad media, secundaria incompleta, dedicadas al hogar.

Por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores que se presentan en las mujeres adolescentes que acuden al Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc para decidir la maternidad?

JUSTIFICACION.-

Existen determinantes sociales y económicas que influyen directa e indirectamente en los habitantes y que interfieren y/o deterioran la salud de los mismos generando condiciones físicas, y mentales desfavorables en los núcleos

familiares, estos factores no son tomados en cuenta en el desarrollo de las acciones en salud y/o no son abordados en forma integral en los procesos de educación en salud sexual, reproductiva y en la atención médica preventiva en los grupos de adolescentes y embarazadas, tales como violencia social, bajo nivel educativo y económico, maltrato y abuso sexual en todas sus formas, desintegración familiar, delincuencia, entre otros.

Es por ello el interés y la importancia de la investigación, pretendiendo identificar y analizar los factores que influyen en la incidencia de los embarazos en las adolescentes con el fin de reorientar las actividades y/o acciones en salud, principalmente educativas en el tema de salud sexual y reproductiva dirigidas a los/las adolescentes del Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc, y que permitan hacer conciencia sobre todas las implicaciones inmersas dentro de este tema, y de esa forma contribuir a la prevención de los embarazos en las adolescentes.

Debido a que en los últimos años se ha observado un cambio en la epidemiología del embarazo adolescente, siendo este cada vez más frecuente y produciéndose a edades más precoces, creemos importante realizar una revisión general del tema, enfocada a aclarar el concepto de embarazo adolescente y su epidemiología actual.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Identificar los factores asociados al embarazo en las adolescentes que acuden al Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc.

Objetivos particulares

- Identificar factores sociales que influyen en la incidencia del embarazo en adolescentes.
- Identificar factores culturales que influyen en la incidencia del embarazo en adolescentes.
- Identificar factores económicos que influyen en la incidencia del embarazo en adolescentes.
- Analizar el conocimiento sobre métodos de planificación familiar como factor influyente en el embarazo en adolescentes.
- Analizar la relación entre factores sociales, culturales y económicos con el conocimiento sobre métodos de planificación familiar.
- Analizar la relación entre factores sociales culturales y económicos con el uso de métodos de planificación familiar.

II. MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO.-

Se realizó un estudio sociomédico, observacional, descriptivo - analítico, transversal y prospectivo.

UNIVERSO DE ESTUDIO.-

Pacientes de 10 a 19 años, que acuden a solicitar atención al Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc embarazadas o en puerperio, independientemente de su condición, lugar de procedencia y/o patología agregada.

Criterios de Inclusión

- Mujeres de 10 a 19 años
- Embarazadas
- Cualquier nivel socioeconómico

Criterios de Exclusión

- Mujeres que no deseen participar en el estudio
- Pacientes primigestas con diagnóstico de aborto, óbito o muerte perinatal.

Criterios de Eliminación

- Pacientes que se trasladen

DISEÑO DE LA MUESTRA.-

Censo de las pacientes que acepten participar en el estudio.

III. DETERMINACION DE VARIABLES

VARIABLES	TIPO	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	CALIFICACION
Edad	Dependiente	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha del estudio	Cuantitativa continua	Años cumplidos
FACTORES SOCIALES				
Estado civil	Independiente	Estatus legal de la relación de pareja	Cualitativa nominal	Soltera Casada Unión libre Viuda Divorciada
Ocupación antes del embarazo	Independiente	Actividad laboral que realiza	Cualitativa nominal	Hogar Estudiante Empleada Desempleada
Planes posterior a embarazo	Independiente	Proyecto a realizar posterior a resolución de embarazo	Cualitativa nominal	Seguir estudiando Buscar trabajo Cuidado del bebe
Emoción ante el embarazo	Independiente	Sentimiento inmediato ante el conocimiento del embarazo	Cualitativa nominal	Feliz Triste Preocupada Con miedo
Integrantes de la familia con los que vive	Independiente	Personas que integran el ámbito familiar en el que vive la adolescente	Cualitativa nominal	1. Pareja, hijos y otros familiares 2. Padres, hermanos, pareja e hijos 3. Padres e hijo 4. Solo pareja 5. Otros familiares e hijo
Edad de pareja	Independiente	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha	Cuantitativa continua	Años cumplidos

Número de hijos de las pareja	Independiente	Número de hijos que tiene la pareja independiente de embarazo actual	Cuantitativa discontinua	Número de hijos
Apoyo del padre del bebe	Independiente	Presencia o ausencia del padre durante el embarazo	Cualitativa nominal	Si / No
Relación actual con el padre del bebe	Independiente	Relación que mantiene al momento del estudio con el padre del bebe.	Cualitativa ordinal	Ninguna Mala Regular Buena
FACTORES CULTURALES				
Escolaridad	Independiente	Nivel de enseñanza al que pertenece el máximo grado de escolaridad obteniendo certificado de terminación.	Cualitativa nominal	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura
Inicia de vida sexual	Independiente	Edad cumplida al momento de 1ª relación sexual	Cuantitativa continua	Años cumplidos
No de parejas Sexuales	Independiente	Número de personas con las que ha sostenido relaciones sexuales	Cuantitativa continua	Número
No de embarazos	Independiente	Número de gestaciones sin importar el desenlace del mismo	Cuantitativa discontinua	Número
Control prenatal	Independiente	Número de consultas a las que acudió durante embarazo	Cuantitativa continua	Número de consultas durante embarazo
Edad de madre y/o padre	Independiente	Tiempo transcurrido desde nacimiento hasta la fecha	Cuantitativa continua	Años cumplidos
Respuesta de padres ante el embarazo de hija adolescente	Independiente	Reacción de los padres de la adolescente ante la noticia del embarazo	Cualitativa ordinal	Ninguna Mala Regular Buena

Estado civil de padres	Independiente	Estatus legal de la pareja	Cualitativa nominal	Madre soltera Casados Unión libre Divorciados Viudo (a)
Escolaridad de padres	Independiente	Nivel máximo de enseñanza obteniendo certificado de terminación de madre y/o padre	Cuantitativa nominal	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura
FACTORES ECONOMICOS				
Ocupación	Independiente	Actividad laboral que realiza	Cualitativa nominal	Estudiante Ama de casa Empleada
Dependencia económica	Independiente	Persona encargada de solventar los gastos de comida, vivienda, etcétera de la adolescente embarazada	Cualitativa nominal	Padres Ella misma Pareja Otros
Ocupación de los padres	Independiente	Actividad laboral que realiza padre o tutor y/o proveedor	Cualitativa nominal	Hogar Profesionista Empleado Comerciante Obrero Albañil Campo Otros
Ocupación de la pareja	Independiente	Actividad laboral que realiza padre o tutor y/o proveedor	Cualitativa nominal	Hogar Profesionista Empleado Comerciante Obrero Albañil Campo Otros
CONOCIMIENTO SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR				
Métodos de planificación familiar	Independiente	Conocimiento sobre cuáles son los métodos de planificación que existen	Cualitativa nominal	Preservativo DIU Hormonal oral Hormonal inyectable Implante subdérmico Parches

Fuente de información sobre MPF	Independiente	Persona y/o fuente que otorga información acerca de los diferentes tipos de métodos de planificación familiar	Cualitativa nominal	Padres Escuela Medios Amigos
Uso de algún MPF antes del embarazo	Independiente	Uso correcto de algún método de planificación familiar para evitar el embarazo	Cualitativa nominal	Si / No
Uso de algún MPF después del embarazo	Independiente	Deseo de utilizar algún método de planificación familiar posterior a la resolución del embarazo para evitar un embarazo	Cualitativa nominal	Si / No
Uso de preservativo por pareja	independiente	Uso correcto del preservativo sugerido por el hombre para evitar el embarazo	Cualitativa nominal	Si / No

ESTRATEGIAS DE RECOLECCION

Se aplicó instrumento, tipo cuestionario al usuario con 30 reactivos de opción múltiple, dicotómicas y abiertas; el cual cuenta con validez de contenido y criterio y confiabilidad con base en una prueba piloto.

PLAN DE RECOLECCION DE DATOS Y ANALISIS ESTADISTICO

Se elaboró base de datos en Excel y SPSS; se aplicó estadística descriptiva para variables cualitativas y cuantitativas.

ASPECTOS ETICOS

Se trata de un estudio sin riesgo, conforme a lo establecido en la Ley General de Salud.

IV. RESULTADOS

Se incluyeron 95 pacientes, las cuales cumplían con los criterios de inclusión antes comentados.

De las 95 pacientes encuestadas, el rango mínimo de edad fue de 14 años y el rango máximo fue de 19 años, con una media, mediana y moda de 17 años y desviación estándar de 1.35.

El inicio de vida sexual activa mostró un rango mínimo de edad de 11 años, siendo la media y mediana de 15 años, la moda de 16 años y desviación estándar de 1.52.

El número de parejas sexuales mostro un rango máximo de 4 parejas, con media de 2, sin embargo mediana y moda de 1, con desviación estándar de 0.78.

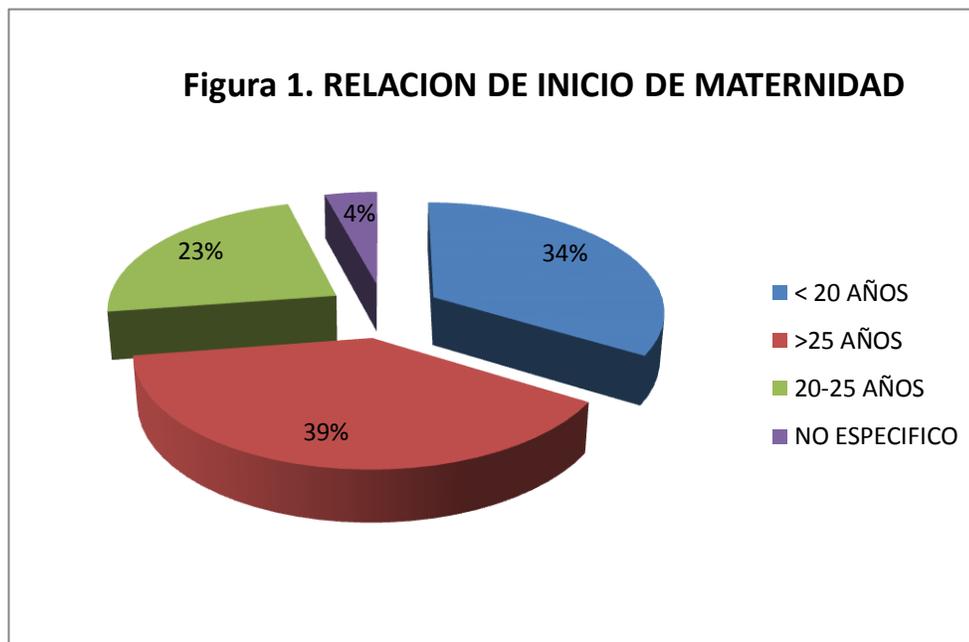
El número de embarazos mostro un rango máximo de 3, con media, mediana y moda de 1 y desviación estándar de .50

En control prenatal se observó un rango máximo de 10 consultas, 0 consultas como rango mínimo, con media, mediana y moda de 6 consultas prenatales y desviación estándar de 2.35. (Cuadro I)

CUADRO I. ESTADISTICA DESCRIPTIVA DE VARIABLES CUANTITATIVAS

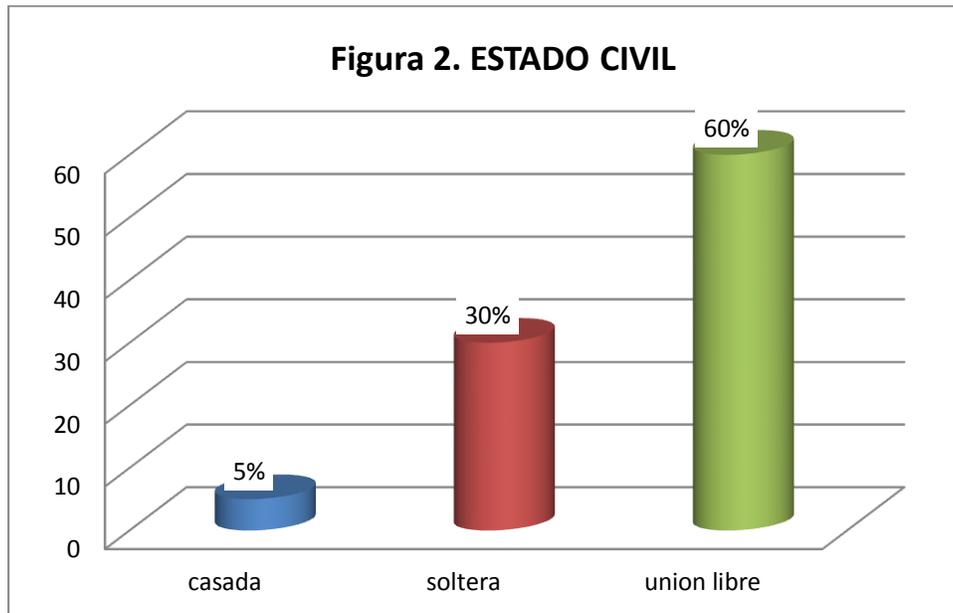
	Edad	Inicia de vida sexual	No de parejas sexuales	No de embarazos	Control prenatal
Media	17.21	15.27	2	1	6
Mediana	17.00	15.00	1	1	6
Moda	17	16	1	1	6
Desv. típ.	1.35	1.52	0.78	0.50	2.35
Varianza	1.83	2.31	0.61	0.25	5.54
Rango	5	8	3	2	10
Mínimo	14	11	1	1	0
Máximo	19	19	4	3	10

Se realizó una comparación entre la edad en que las pacientes adolescentes iniciaron la maternidad, con la edad de sus madres, infiriendo así, si también fueron madres adolescentes. Se encontró, que un 34% de las madres lo fueron antes de los 20 años, el 39% entre los 20 a 25 años de edad y el 23% después de los 25 años. El 4% restante no especificó, por estar finados o lo desconocen.

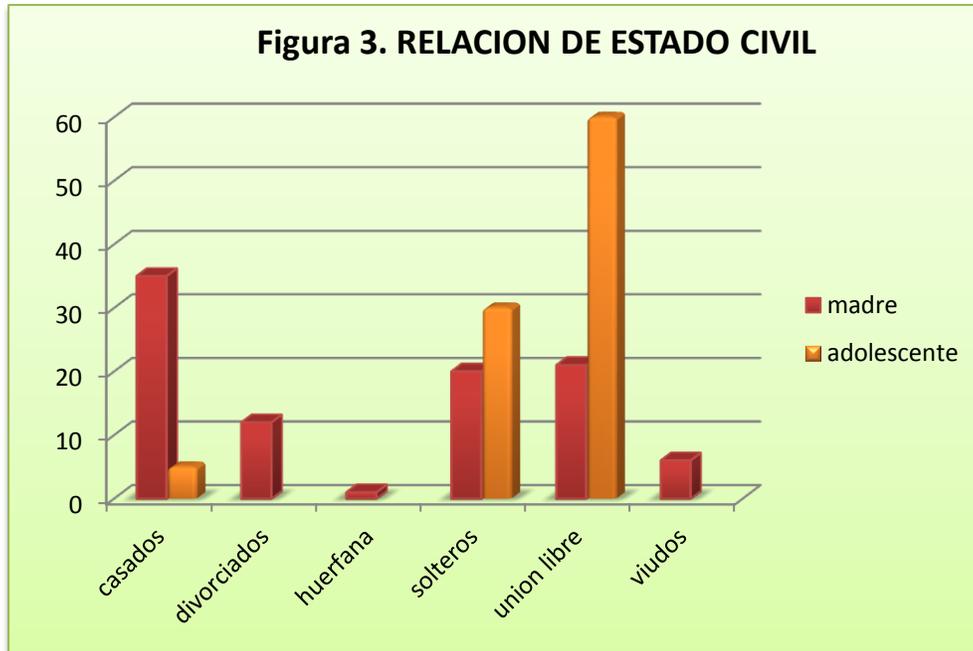


FACTORES SOCIALES

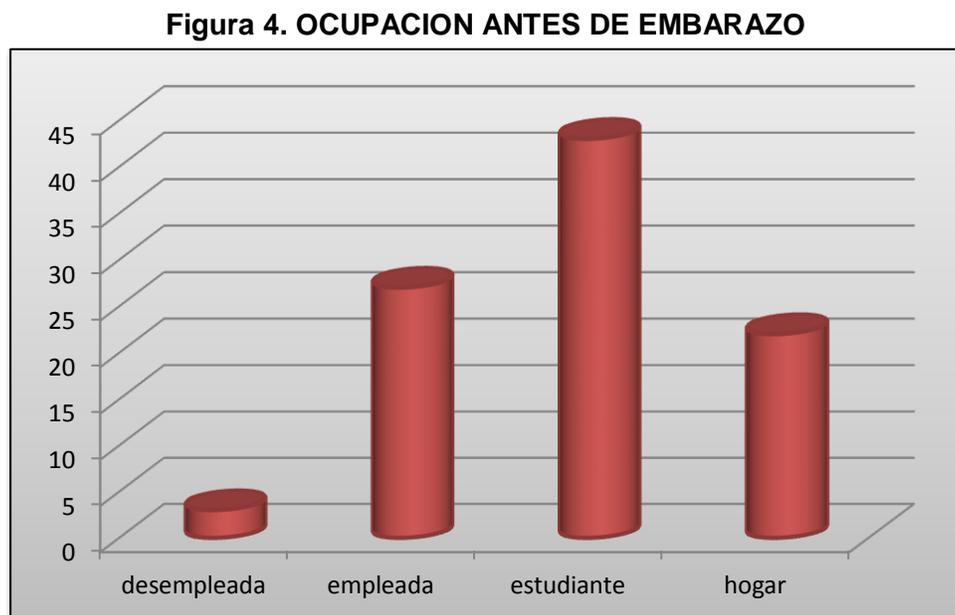
En estado civil se encontró que el 60% (60) de las pacientes se encuentra en unión libre, el 30% de las pacientes son solteras y sólo el 5% están casadas.



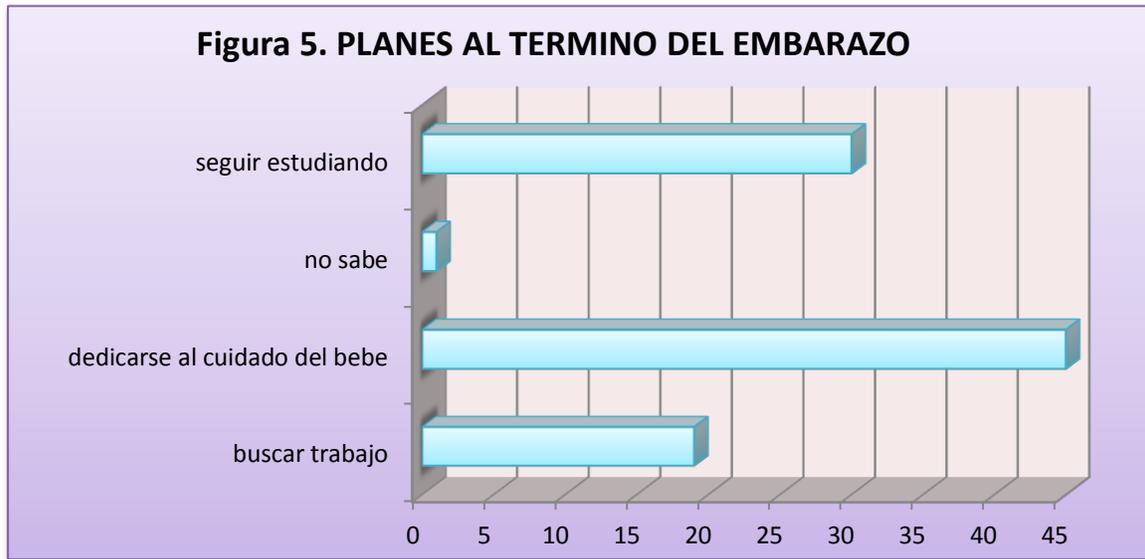
Se realizó comparación entre el estado civil de las pacientes adolescentes con el estado civil de sus padres, encontrando que 63% (60) de las pacientes adolescentes se encuentra en unión libre, contra el 22% (21) de los padres, 32% (30) de las adolescentes se refieren solteras, mientras que los padres fue de 21% (20) (incluyendo 1 padre soltero), el 5% de las adolescentes se encuentra casadas en comparación con el 37% de los progenitores. Y se encontró el 6% y 1 % del total del estado civil de los padres como viudos y huérfana respectivamente.



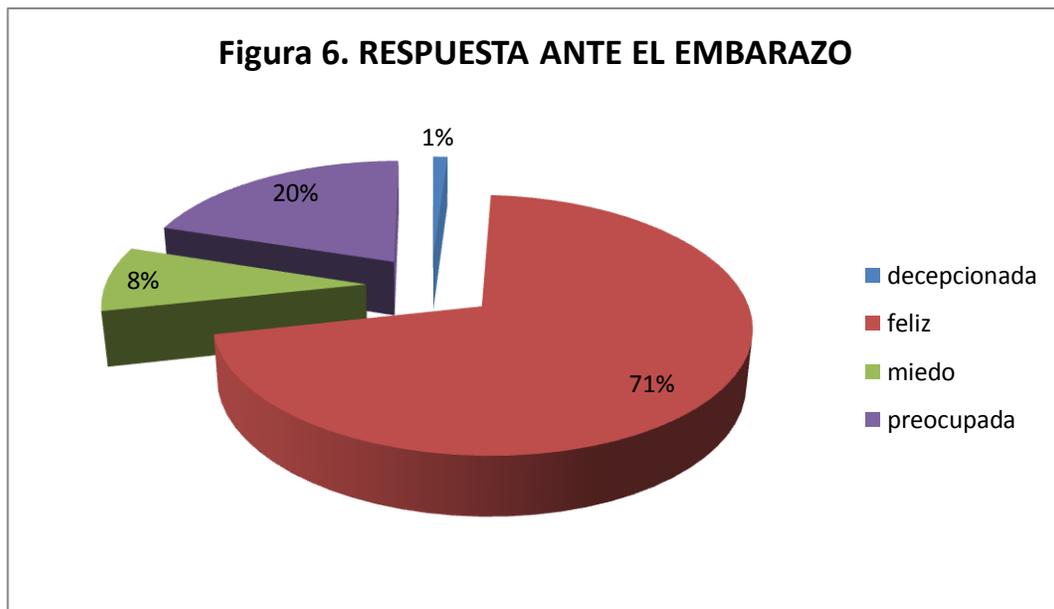
Ocupación antes del embarazo el 3% refirieron ser desempleadas, el 26% de las pacientes refirieron ser empleadas, el 42% eran estudiantes y el 21% estaban dedicadas al hogar.



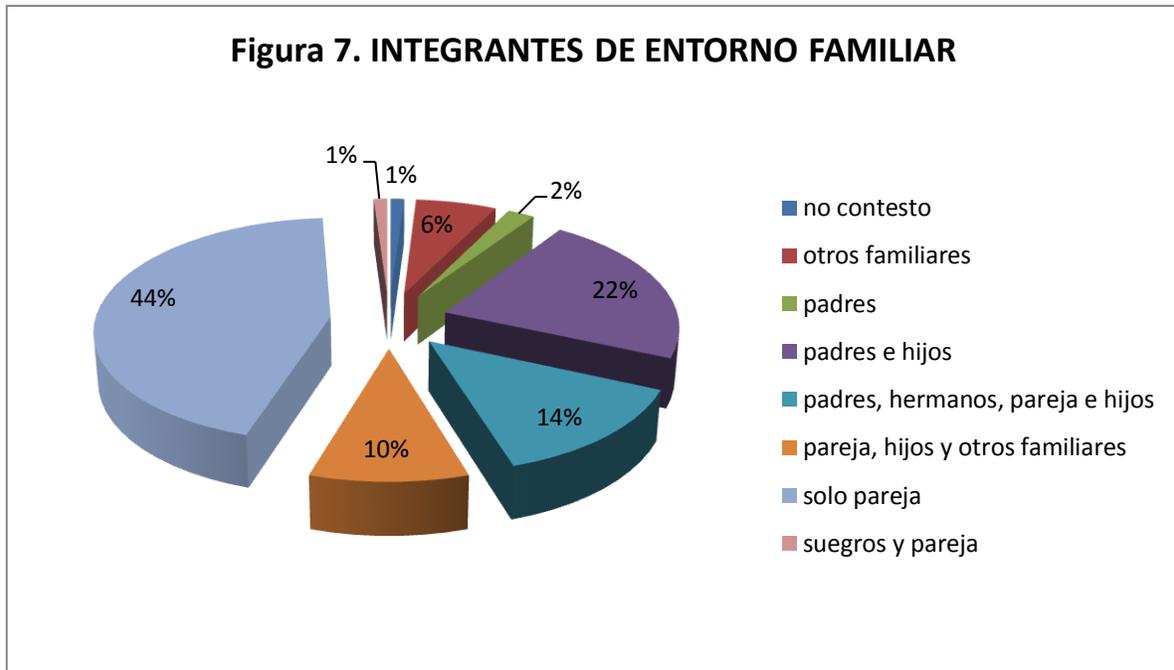
Los planes posteriores a la resolución del embarazo reportó que 45 pacientes decidirán dedicarse al cuidado del bebe, 30 pacientes retomaran sus estudios, 19 pacientes buscará trabajo y sólo 1 paciente refirió no saber aún.



Con respecto a la emoción presente con la noticia del embarazo, el 71% (67) de las pacientes se sintió feliz con la noticia, el 20% (19 pacientes) se sintió preocupada, el 8% (8 pacientes) sintió miedo y sólo 1 paciente refirió sentirse decepcionada.

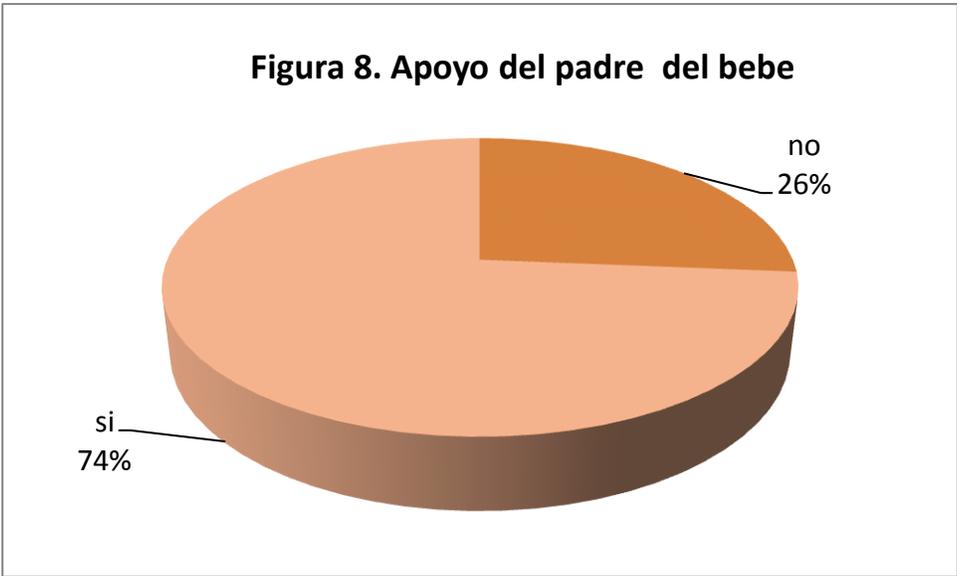


Con respecto al entorno familiar el 44% (42) de las pacientes refiere vivir sólo con su pareja, 22% (21) refiere vivir con padres e hijos, 14 % (13) padres, hermanos pareja e hijos, el 10 % (9) pareja hijos y otros, el 6% vive con otros familiares, 2% vive con sus padres y el 1% con suegros y pareja, sólo 1 paciente no contestó dicha pregunta.

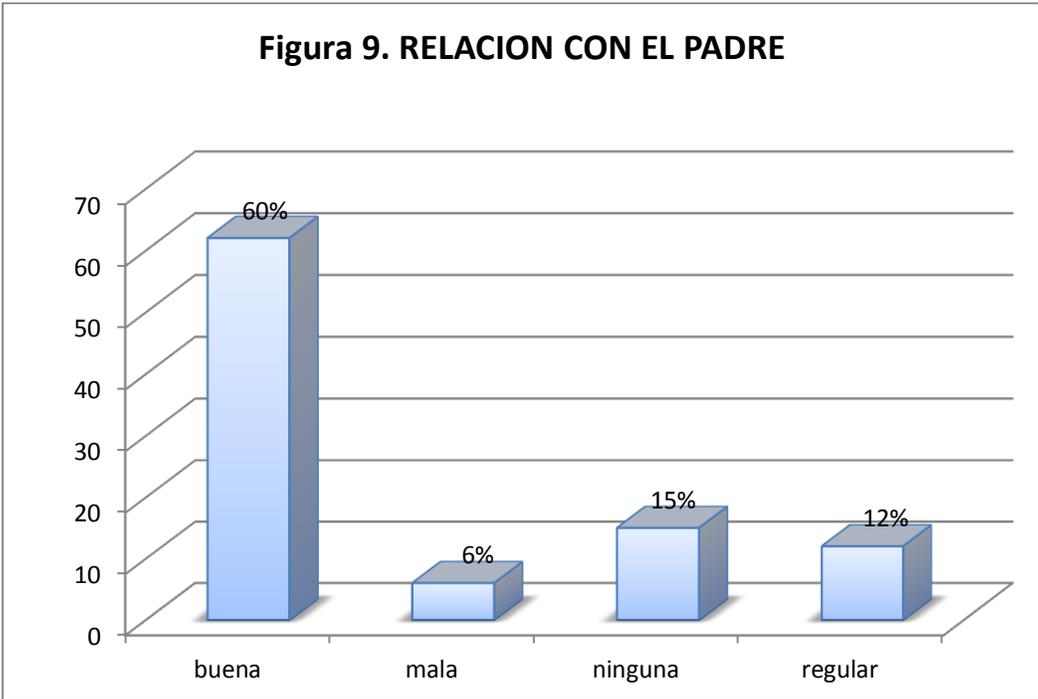


La edad de la pareja mostro como rango mínimo 15 años y como rango máximo 55 años, media de 21 años, mediana de 20 y moda de 18 años. Sólo 1 paciente refiere no saber la edad de su pareja.

El 74% de las pacientes afirman contar con el apoyo del papa de sus bebes, mientras que al 26% de estas, no cuenta con su apoyo durante el embarazo.

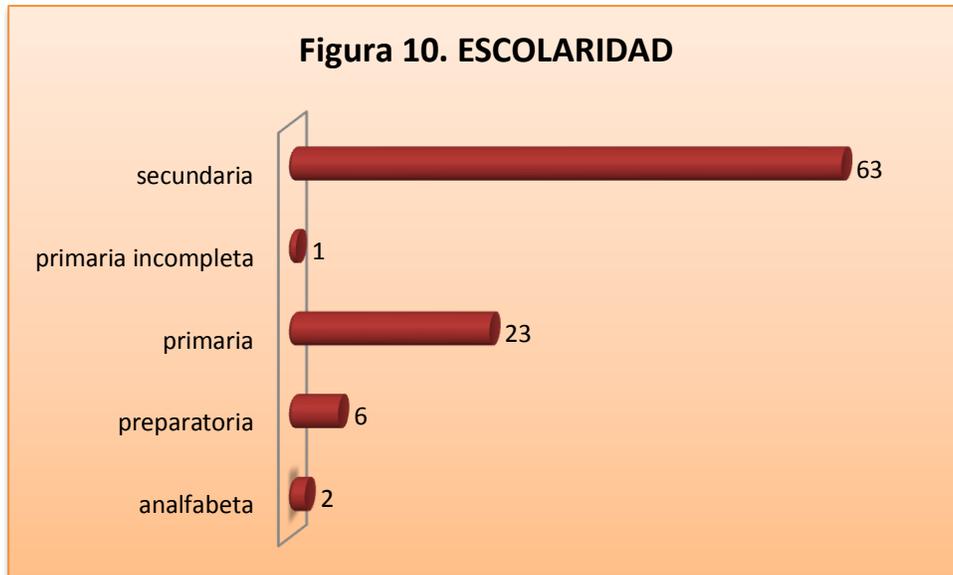


El 60% de las pacientes define su relación con el padre de su bebe como buena, el 15% de la pacientes refieren no tener relación alguna con el padre, el 12% de las pacientes la describió como regular y sólo el 6% de la pacientes no mantiene ninguna relación con el padre de su bebe.



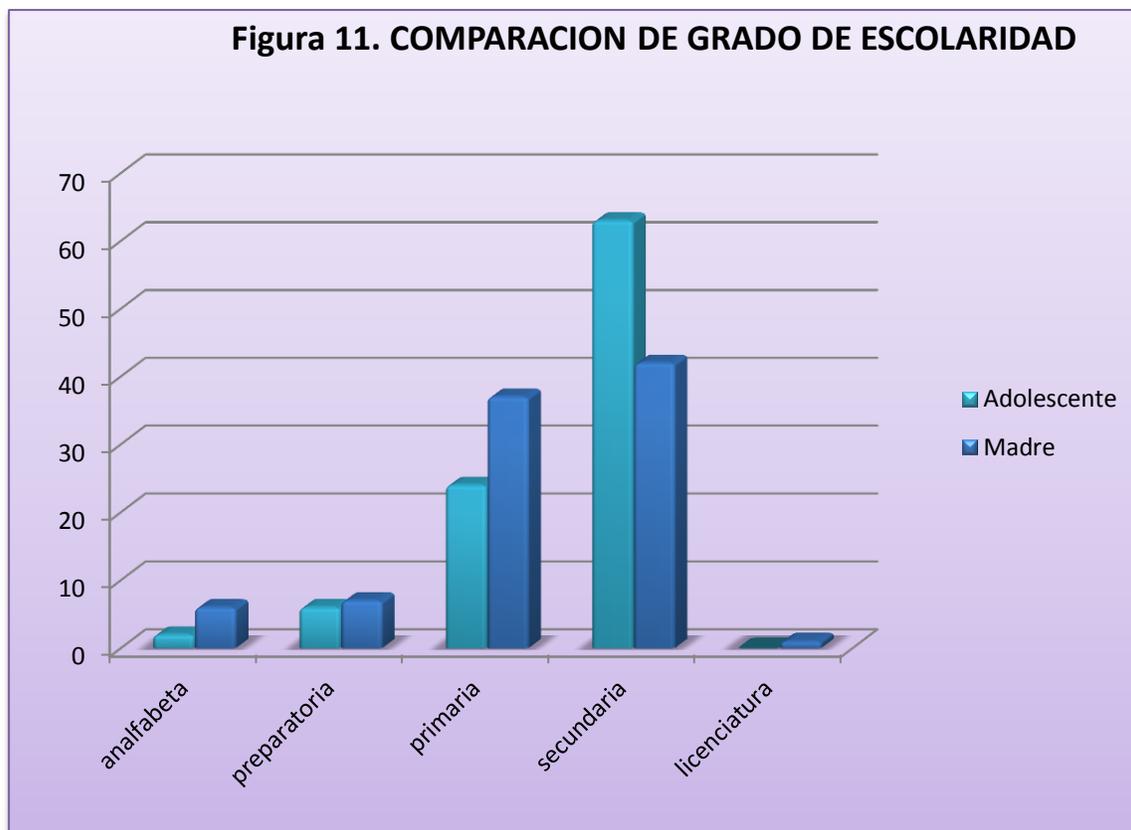
FACTORES CULTURALES

La escolaridad de las pacientes encuestadas reporta que el 66% termino la secundaria, el 25% termino la primaria, el 6% termino la preparatoria, 2% son analfabetas, y solo 1 paciente refiere primaria incompleta (3er año de primaria cursado).

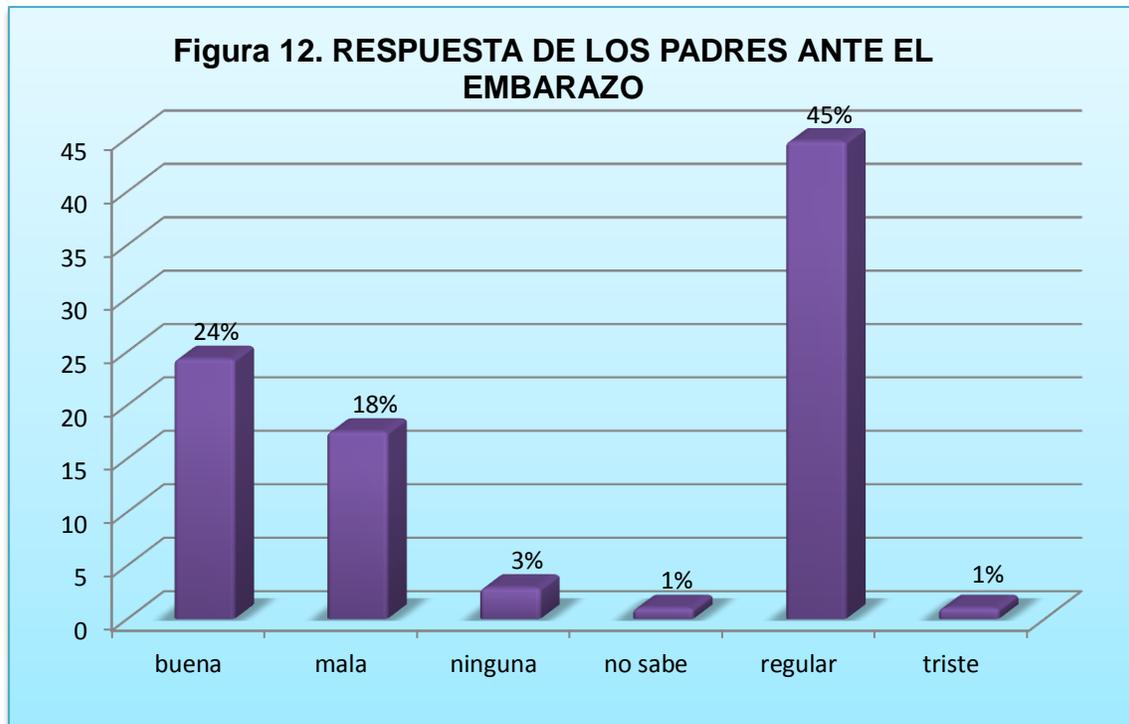


Se realizó una comparación con el grado de escolaridad de las adolescentes encuestadas, contra la escolaridad de sus madres, encontrando que el 66% de las adolescentes completaron secundaria, contra el 44% de las madres. El 25% de las pacientes adolescentes refiere haber terminado la primaria, contra el 37% de las madres, 6% y 7% de las pacientes adolescentes y madres respectivamente terminaron la preparatoria y el 2% de las adolescentes se refieren adolescentes, contra 6% de las madres.

Figura 11. COMPARACION DE GRADO DE ESCOLARIDAD

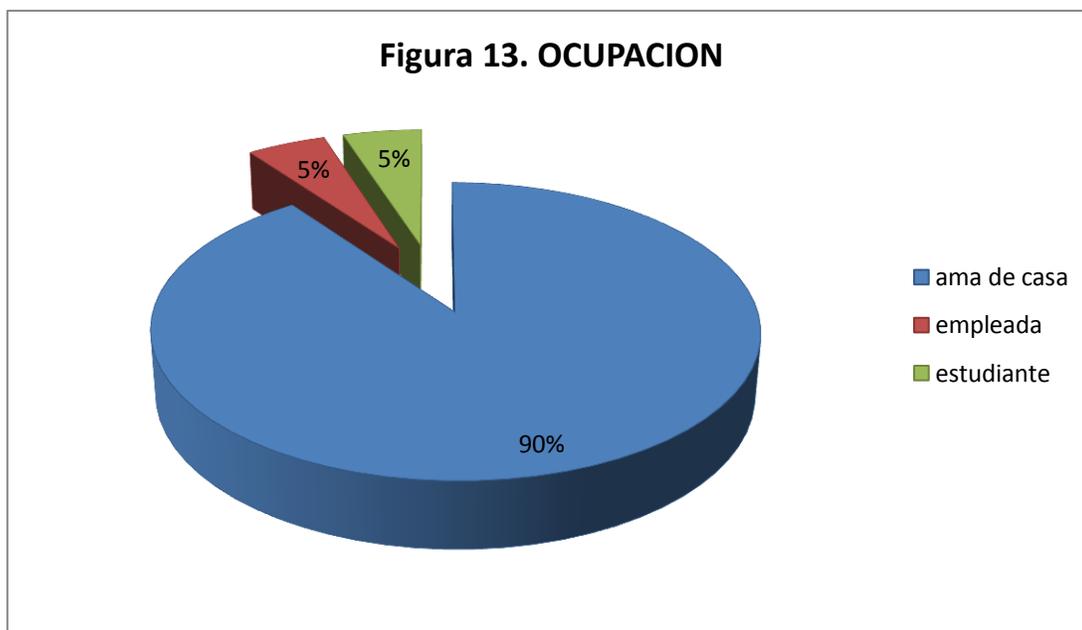


Con respecto a la respuesta de los padres ante el embarazo de la adolescente, se observó que el 45% obtuvo una respuesta regular a la noticia, 24% fue buena respuesta, 18% obtuvo mala respuesta, 3% la refieren como ningún y 1% respondieron triste y no sabe regularmente.

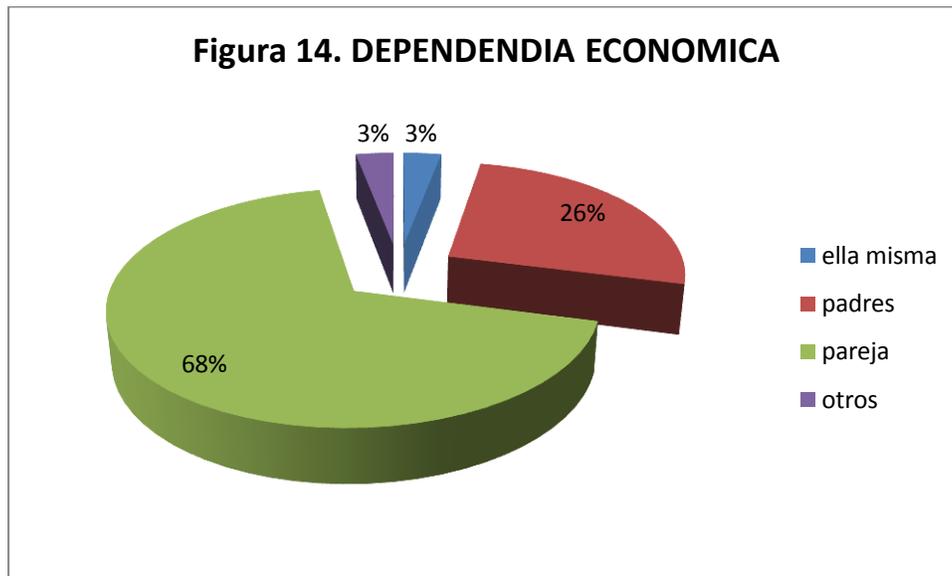


FACTORES ECONOMICOS

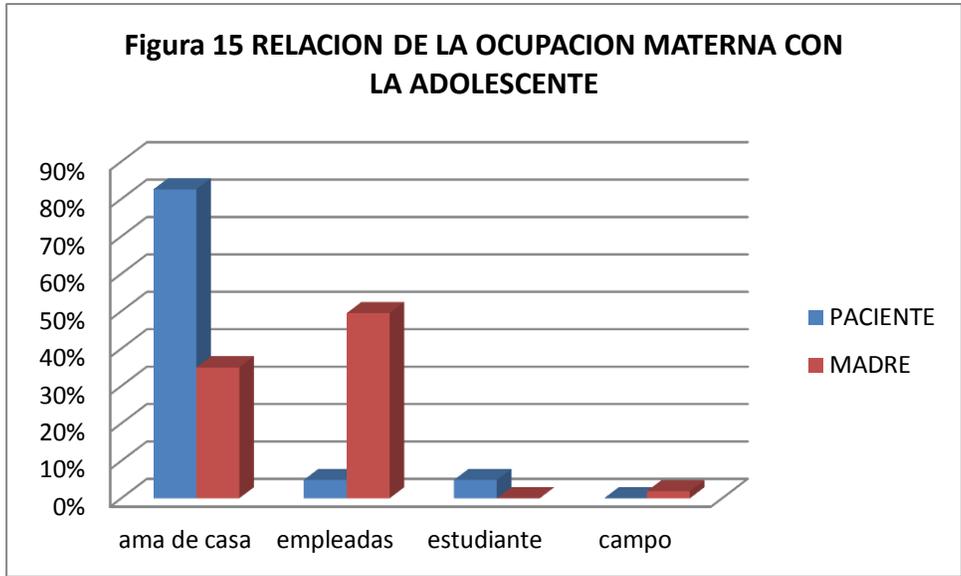
La ocupación de las adolescentes encuestadas fue el 90% (85 pacientes) refieren dedicarse actualmente al hogar y solo el 5% fue para empleadas y estudiantes con 5 pacientes respectivamente.



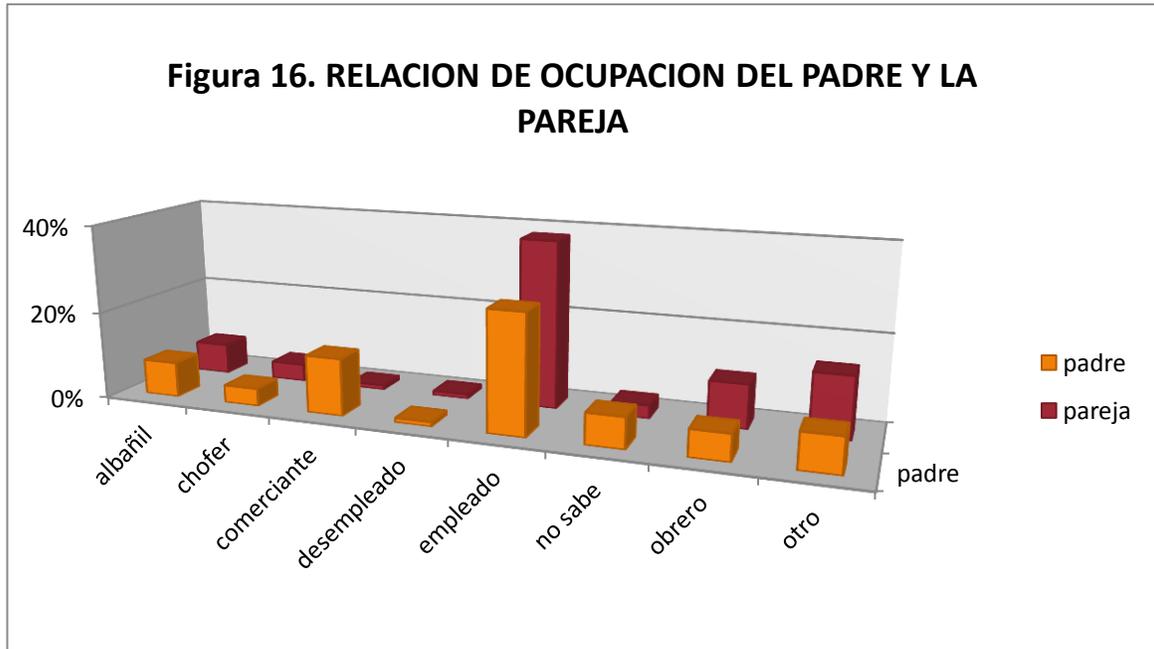
De las 95 pacientes encuestadas 68% (64 adolescentes) refieren depender económicamente de su pareja, el 26% (25 pacientes) dependen de sus padres, sólo el 3% depende de ellas mismas y 3% refieren depender de otras personas (abuelos, hermanos).



Se realizó comparación de la ocupación actual de la paciente adolescente con la ocupación de las madres y se obtuvo que el 87% de las adolescentes son ama de casa, contra un 35% de las madres, el 5% de las adolescentes refiere ser empleada y estudiante respectivamente, contra una 50% de las madres que son empleadas y 2% se dedica al campo. No se refieren estudiantes en las madres.



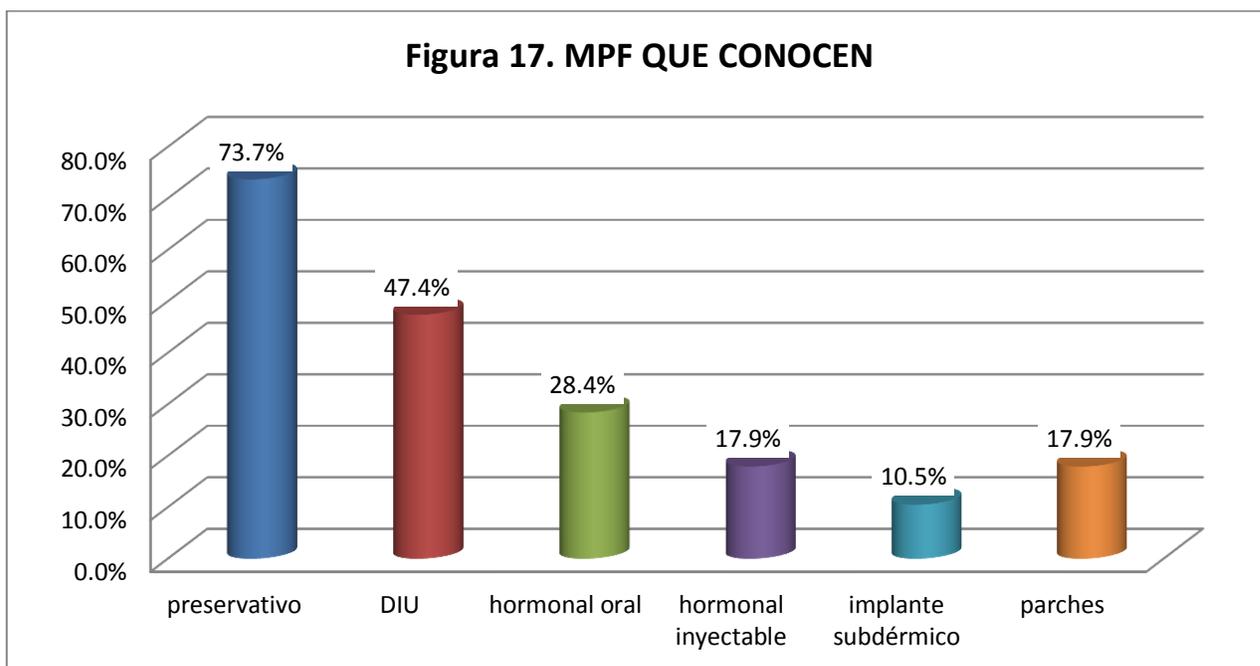
También se realizó la comparación de la ocupación del padre de la adolescente contra la ocupación de la pareja actual, encontrando que el 27% de los padres son empleados contra el 38% de las parejas, el 13% de los padres son comerciantes, sólo el 1% de las parejas, albañil y chofer con valores similares, 8% y 4% contra 7% y 4% respectivamente.



El 6% de los padres son obreros y el 8% se encuentra como otros, donde se encuentran oficios tales como electricista, contratista, soldador. El 10% de las parejas son obreros el 14% se encuentra en otros, encontrando oficios tales como limpiaparabrisas, lavacoches, pintor. Sin embargo el 22% de las pacientes refiere no saber la ocupación de sus padres, por no tener relación con ellos, o ya finados.

METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Se les preguntó a las encuestadas sobre cuales métodos de planificación conocen, el 74% de las pacientes refiere conocer el preservativo, 48% el dispositivo intrauterino, 29% los hormonales orales, 18% hormonales inyectables y parche respectivamente y 11% conoce el implante subdérmico.



El 38% de las adolescentes refieren haber obtenido de la escuela la información de métodos de planificación familiar, 22% de personal médico, 18% de sus

padres, medios 9%, amigos 2%, 1% familiares. El 9% refiere no conocer ningún método de planificación.

Del total de las encuestadas, el 39% refiere haber utilizado alguna vez, algún método de planificación familiar, mientras que el 56% de las pacientes confirmo que nunca había utilizado algún método de planificación.

El 62% contesto que planea utilizar algún método de planificación.

De las cuales sólo el 11% planea utilizar el preservativo como método de planificación familiar posterior a la resolución del embarazo, 39% utilizara el DIU, 7% el implante subdérmico y 4% refiere que solicitara OTB. Ninguna paciente planea utilizar hormonales orales ni inyectables.

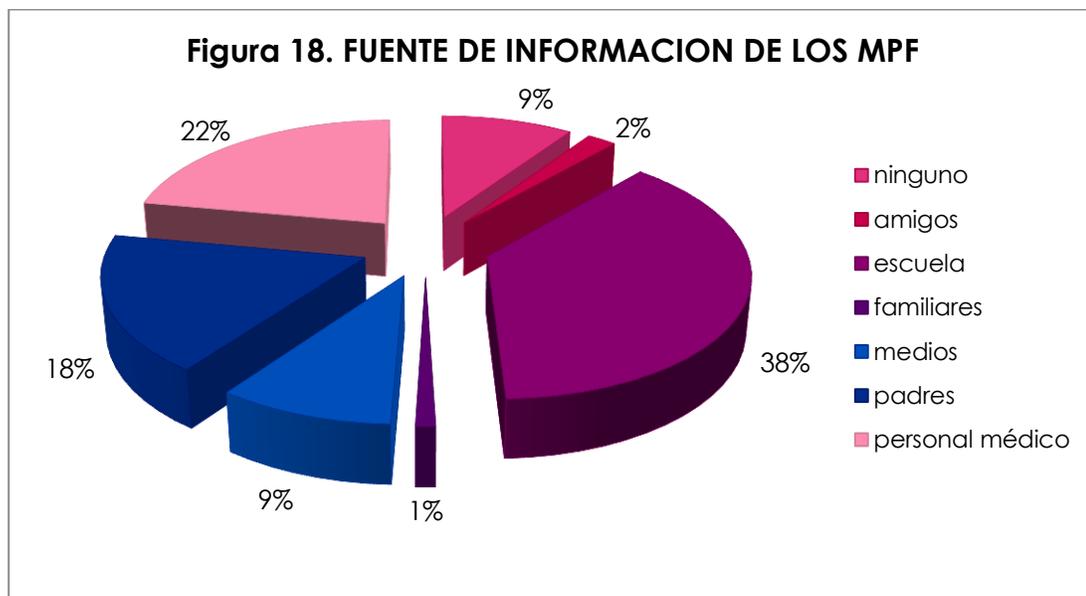
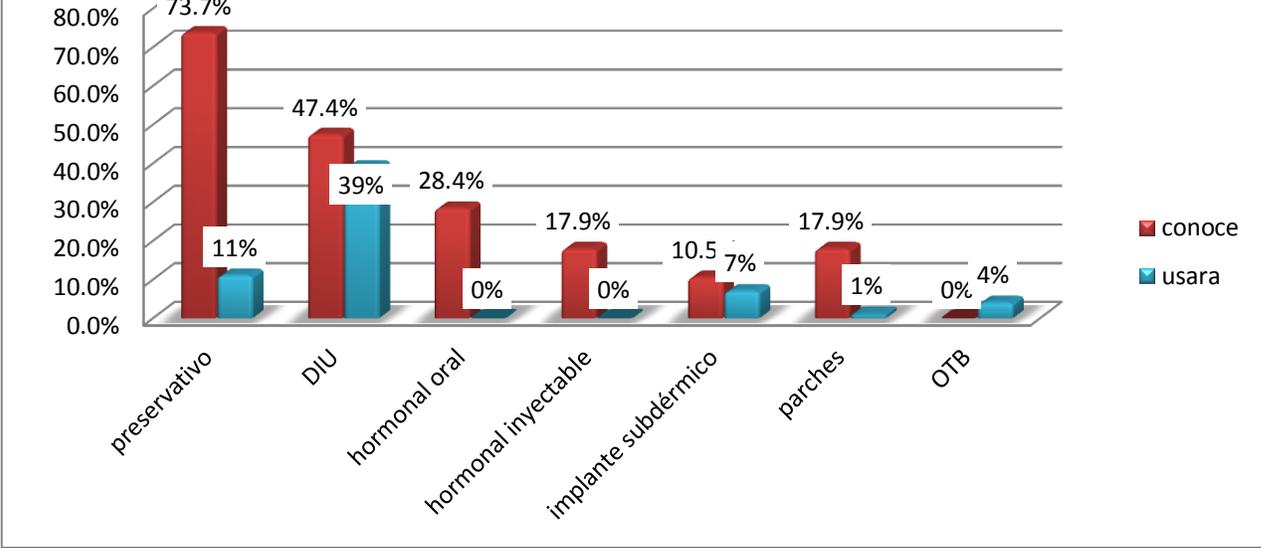
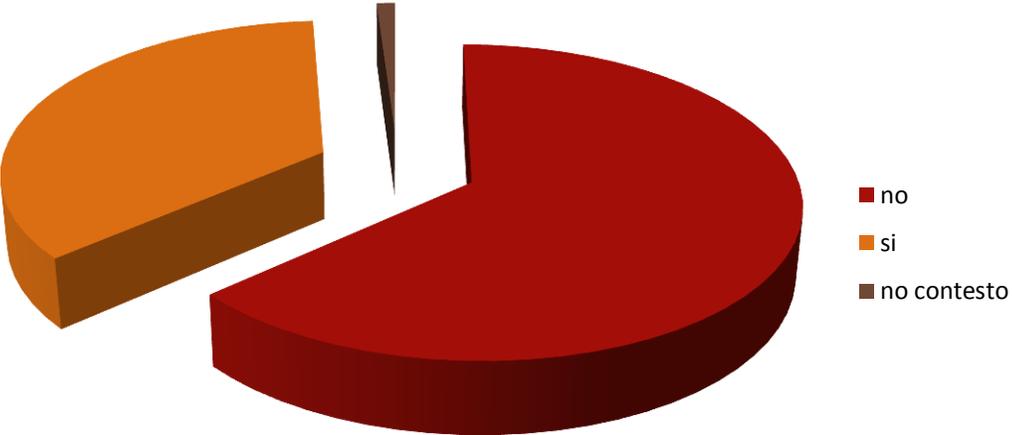


Figura 19. Relación entre el conocimiento de MPF y la intención de uso



El 64% de las pacientes refiere que su pareja, no utilizó preservativo para evitar un embarazo y el 34% de las adolescentes refieren que si utilizaron preservativo. Solo 1 adolescente no contesto la pregunta.

Figura 20. USO DE PRESERVATIVO POR LA PAREJA



V. DISCUSION

En el presente trabajo, se detectó que las variables: inicio de vida sexual, número de embarazos, control prenatal, estado civil, ocupación, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, se presentan de manera semejante a lo mencionado en estudios similares.

Referente a la edad de inicio de vida sexual activa, esta fue de 17 años, lo que concuerda con lo reportado en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica en México 2009. Sin embargo, un estudio sobre sexualidad en población adolescente realizado en el mismo año reporta que hasta el 18.4% de la población mexicana inicia su vida sexual a la edad de 13 años.

Se detectó que - de un 34% de las adolescentes embarazadas - la madre de ellas también fue madre adolescente, al igual que en un estudio realizado por Ortiz y Florez, que lo confirman como factor de riesgo para maternidad precoz.

Así mismo, se encontró que el 45% de las encuestadas si planearon tener un hijo durante la adolescencia, lo que concuerda con un estudio que demostró que los adolescentes con escolaridad media, con pocas aspiraciones de cursar estudios universitarios, que han repetido algún grado y con un rendimiento académico bajo, o aquellas que no tienen aspiraciones definidas, tiene mayor tendencia a iniciar relaciones sexuales con la sola expectativa de dedicarse al hogar y al cuidado de los hijos a temprana edad.

Urrea sostiene que en los hogares nucleares completos, los adolescentes inician relaciones sexuales más tarde, a comparación de los hogares incompletos. En el presente estudio se observó que sólo el 37% de las adolescentes pertenecen a hogares nucleares y el 43% son hogares monoparentales y nucleares incompletos, situación que se ha visto en aumento, así como los hogares nucleares compuestos y hogares extensos compuestos.

Un estudio realizado en el 2007 en Lima Perú en el 2007 concluyó que el bienestar que pueden proporcionar las familias a sus miembros está relacionado muy estrechamente con su integración al mercado laboral, calidad del empleo al que pueden acceder y al tipo y cantidad de sus redes sociales, junto con el acceso a los servicios públicos.

En el presente estudio se observó que la deserción escolar en las adolescentes no solamente ocurre durante el embarazo, si no también, en un porcentaje importante (50%) antes del embarazo.

La baja escolaridad que alcanzan las adolescentes y la dificultad para reintegrarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y superación de la pobreza.

En un estudio realizado en Chile por Evans, se comprobó que cuando las adolescentes se mantienen en el sistema escolar, tienden a posponer su primer embarazo y usar métodos de planificación familiar.

Además se detectó que de las adolescentes que abandonan los estudios, previo o después del embarazo, sólo el 31.5% de las adolescentes planea continuar sus estudios y que el 90% se encontraba sin ninguna actividad educativa, laboral o recreativa, situación también ya detectada en estudios previos sobre adolescentes y embarazo.

La baja escolaridad de los padres de las adolescentes coinciden con los hallazgos de Luna ⁽⁷⁾ y Barcena ⁽⁸⁾ y quienes señalan que la baja escolaridad de los padres y la desvalorización de la educación por parte de ellos, es un potencial factor de deserción escolar.

El 90% de las adolescentes del estudio afirmó conocer al menos 1 método anticonceptivo; sin embargo, el 56% confirmó no haber utilizado nunca, algún método anticonceptivo. La brecha entre el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos es posible que tenga relación con la perspectiva del deseo inconsciente del embarazo reportada por Vives. Quien enuncia que para controlar eficazmente la fecundidad, un individuo necesita primero tomar conciencia de que es susceptible de quedar embarazada y, por tanto, no decida deliberadamente el controlar su fecundidad mediante el uso de algún método anticonceptivo.

Así también, en esta investigación se confirma la tendencia a iniciar la vida sexual más temprano y que la información recibida no retrasa el inicio de la vida sexual; que la información se da pero existen problemas en el proceso pues los jóvenes no tienen los conocimientos esperados; que no se está utilizando el condón cómo

y en las circunstancias que se esperaban, y finalmente que la disfunción familiar es un factor de riesgo moderado de comportamientos en torno a la sexualidad.

Los hallazgos de estudios previos ^(3, 8,10,12,13) apoyan el hecho de que si se logra elevar el nivel de vida de la población, se incrementa la escolaridad de las adolescentes, se intensifica y mejora la educación sobre la sexualidad y en consecuencia los conocimientos sobre métodos de planificación familiar (MPF) , entonces se podrían evitar de manera más efectiva los embarazos en adolescentes.

En especial los MPF son elementos fuertemente vinculados a una eficaz labor por parte del médico familiar y su equipo de salud.

Además, reconocemos que es necesario profundizar en un punto poco explorado: el ámbito familiar de las adolescentes es un aspecto que merece estudiarse con mayor detenimiento en futuros proyectos.

VI. CONCLUSIONES

Algunos factores y causas que agravan la situación de los embarazos no planeados y hacen que los jóvenes no consideren las consecuencias de sus actos son el desempleo, la falta de educación, la escasez de oportunidades, la exclusión social, la violencia, la intolerancia, la inseguridad, la pérdida de figuras de autoridad, la pérdida y transformación de los valores, el consumo de sustancias psicoactivas, la desinformación y el desinterés.

La mayoría de adolescentes reconocen los métodos de planificación, dispositivo intrauterino, hormonales orales, inyectables y preservativos, como el principal mecanismo para prevenir y evitar embarazos no deseados.

Lastimosamente, su uso consciente no es el más adecuado y las campañas para potenciar su conocimiento, tanto en el primer como en el segundo nivel de atención, no han logrado mejorar esta situación, lo que ha ocasionado que los jóvenes recurran a otro tipo de prácticas, como el aborto o la negación sexual, para evitar o evadir *el problema*.

La posibilidad que tienen las adolescentes para acceder a programas de promoción y prevención de embarazos es bastante limitada, primordialmente porque se carece de recursos, educación, y sobre todo interés, para aprovecharlos y encontrarle así un sentido a sus vidas, diferente a la procreación.

La inserción social y la educación deben ser aspectos a considerar y concretar, si se pretende ayudar y apoyar a las adolescentes en la problemática de los embarazos no deseados.

A través de estos elementos se puede lograr a mediano plazo cambios en sus pensamientos mágicos, con todas sus implicaciones, con el fin de crear conciencia para que asuman nuevas posturas frente a su sexualidad, a las relaciones de pareja y a su condición y estilo de vida.

Es importante que el equipo de salud explore más a fondo la historia de vida de cada uno de los adolescentes con los cuales esté trabajando, pues es a partir del conocimiento de su personalidad, valores y creencias que se puede dar una respuesta más profunda, efectiva, inteligente e integral a la problemática.

Es necesario e importante implementar más programas, que lleven a los adolescentes a pensar y a construir un proyecto de vida que les permita, desde sus propios intereses, generar estrategias y espacios con miras al cambio en todos sus niveles.

Finalmente, se requieren más estudios enfocados en esta población, dado que desde los diferentes actores sociales se pueden plantear propuestas conjuntas para la construcción de nuevos programas o formas de intervención.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS/OPS Plan de acción de salud y desarrollo en la adolescente de las Américas. 2000.
2. American Academy of Pediatrics, committee on Adolescent. Contraception and adolescents. *Pediatrics*. 2009; 104: 1161-66.
3. Cuarta Encuesta Nacional de Juventud. Resultados Generales. Instituto Nacional de la Juventud. 2009.
4. Peláez Mendoza J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. *Rev Cubana ObstGinecol* 2006; 22:11-5.
5. López Nodarse M., Flores Madan L., Roche Pérez C. Embarazo en la adolescencia: Resultado de dos. *Sex Soc* 2008; 2:12-6.
6. Vazquez, F., Rengifo, L., Perrdomo, D., & Acevedo, C. embarazo no deseado en adolescentes: problemática social permanente. 2012; 1(2), 65-72.
7. Fernández I., Bustos I., González L. Creencias, actitudes y conocimientos en educación sexual. *Rev méd Chile* 2010; 128:574-583.
8. Bautista L., N. et al. Cambios persistentes en conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes y jóvenes escolarizados. *Revista de la Universidad Industrial Santander* 2012; 44:(2), 29-35.
9. Olausson P., Cnattinguis S., Haglund B. Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. *Br J Obstet Gynaecol* 2011; 106: 116-21.
10. Padilla, D., Gil E. Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. *Rev SOGIA* 2007; 7: 16-25.
11. Chelala C. Concern grows about adolescent pregnancy in Cape Verde. *Lancet* 2010; 355: 128.
12. Poo A., Baeza B., Capel P., et al. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. *Rev SOGIA* 2008; 12:17-24.
13. Helen B. Chin, Sipe T. A., et al. The Effectiveness of Group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections. *Am J of Prev Med* 2012; 42 (3): 272-294.
14. Lohan M, Cruise S, O'Halloran P. et al. adolescent Men's Attitudes in Relation to Pregnancy and Pregnancy Outcomes: A systematic review of the literature from 1980 – 2009. *Journal of Adolescent Health*. 2010; 47(4): 327-345.
15. Amanda Elizabeth Tanner, Shameeka M. Jelenewicz, Alice Ma, Caryn R.R. Rodgers, Avril Melissa Houston, Pat Paluzzi. Ambivalent Messages: Adolescents' Perspectives on Pregnancy and Birth. *Journal of Adolescent Health*. 2013; 53(1):105-111.

16. Kaitlyn Turnbull, Laura N. Nguyen, Mary Anne Jamieson, Stephanie Palerme. Seasonal Trends in Adolescent Pregnancy Conception Rates. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2011;24(5): 291-293.
17. Ola T. Malabarey, Jacques Balayla, Stephanie L. Klam, Alon Shrim, Haim A. Abenheim. Pregnancies in Young Adolescent Mothers: A Population-Based Study on 37 Million births. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2012; 25(2):98-102.
18. Seva Oner, Gulcin Yapici, Ahmet Oner Kurt, Tayyar Sasmaz, Resul Bugdayci. The sociodemographic factors related with the adolescent pregnancy. *Asian Pacific Journal of Reproduction*. 2012; 1(2):135-141.
19. Aubrey Spriggs Madkour, Yiqiong Xie, Emily W. Harville. The association between Pregnancy Parental Support and Control and Adolescent Girls' Pregnancy Resolution Decisions. *Journal of Adolescent Health*. 2012; 47(3): 312-314.
20. Kristina M. Tocce, Jeanelle L. Sheeder, Stephanie B. Teal. Rapid Repeat pregnancy in adolescents: do immediate postpartum contraceptive implants make a difference? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2012; 206(6): 481.e1-481.e7.
21. Mary M. Aruda, Kathleen Waddicor, Liesl Frese, Joanna C.M. Cole, Pamela Burke. Early Pregnancy in Adolescents: Diagnosis, Assessment, Options Counseling, and Referral. *Journal of Pediatric Health Care*. 2010; 24(1):4-13.
22. Ramiro Cartes Molina, Carolina Gonzalez Roca, Jorge Sandoval Zamorano, Electra Gonzales Araya. Family planning and adolescent pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2010; 24(2): 209-222.
23. Maitri Shah, Saloni Prajapati, V. Sheneeshkumar. Adolescent pregnancy: Problems and consequences. *Apollo Medicine*. 2012; 9(3):176-180.

CUESTIONARIO A USUARIOS

1. Edad: _____
2. Estado civil
Soltera () Casada () Unión libre ()
3. Grado de Escolaridad
Analfabeta () Primaria () Secundaria () Preparatoria ()
4. Ocupación:
Estudiante () Ama de casa () Trabajadora ()
5. De quien dependes económicamente
Padres () Ella misma () Pareja () Otros ()
6. Inicio de vida sexual: _____
7. Número de parejas sexuales: _____
8. Número de embarazos: _____
9. Número de consultas prenatales: _____
10. ¿Qué métodos de planificación familiar conoce?
Preservativo () DIU () Hormonal oral () Hormonal inyectable ()
Implante subdérmico () Parches ()
11. ¿De dónde obtuvo la información sobre planificación familiar?
Padres () Escuela () Medios () Amigos ()
12. ¿Uso algún método de planificación
Si () No () / Cuál? _____
13. ¿Planea aceptar algún método de planificación familiar al terminar su embarazo?
Si () No () / Cuál? _____
14. ¿Su embarazo fue planeado?
Si () No ()
15. ¿A qué se dedicaba antes del embarazo?
Estudiante () Hogar () Empleada () Desempleada ()
16. ¿Qué planea hacer después del embarazo?
Seguir estudiando () Buscar trabajo () Dedicarse al cuidado del bebe ()
17. ¿Cómo se siente ahora que está embarazada?
Feliz () Triste () Preocupada () Miedo ()

18. Integrantes de la familia con la que vives
 Pareja, hijos y otros familiares ()
 Padres, hermanos, pareja e hijos ()
 Padres e hijos ()
 Solo pareja ()
 Otros familiares e hijos ()
19. Edad de sus padres: Madre _____ Padre _____
20. Estado civil de sus padres
 Madre soltera () Casados () Divorciados () Unión libre ()
 Viuda(o) ()
21. Escolaridad de sus padres
 Analfabeta () Primaria () Secundaria () Preparatoria ()
 Licenciatura ()
22. ¿A qué se dedican sus padres?
 Madre _____
 Padre _____
23. ¿Cuál fue la reacción de sus padres ante el embarazo?
 Ninguna () Mala () Regular () Buena ()
24. ¿Cuál es la relación que tiene actualmente con el padre de su bebe
 Ninguna () Mala () Regular () Buena ()
25. ¿Cuenta con el apoyo del papa?
 Si () No ()
26. Edad de su pareja: _____
27. ¿Su pareja tiene más hijos?
 Si () No () / Cuántos _____
28. ¿A qué se dedica su pareja?
29. ¿Su pareja utilizó preservativo para evitar el embarazo?
 Si () No () ¿porque?