



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA:
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR
NUMERO 32, GUASAVE, SINALOA

“PREVALENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LA
UNIDAD MEDICA DE APOYO PLAYA COLORADA,
ANGOSTURA, SINALOA.”

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DR. CESAR RENE MONTOYA ARIAS

Guasave, Sinaloa.

Año 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**“PREVALENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LA
UNIDAD MEDICA DE APOYO PLAYA COLORADA,
ANGOSTURA, SINALOA.”**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:**

DR. CESAR RENE MONTOYA ARIAS

AUTORIZACIONES:

DR. MARCO ANTONIO RANGEL GARCIA

PROFESOR TITULAR DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON
MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 32, GUASAVE, SINALOA.

DRA. ALMA LORENA LOPEZ ARMENTA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS

MC. PAULA FLORES FLORES
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUMERO 1, CULIACAN, SINALOA.

GUASAVE, SINALOA.

AÑO 2012.

**PREVALENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN
LA UNIDAD MEDICA DE APOYO PLAYA COLORADA,
ANGOSTURA SINALOA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

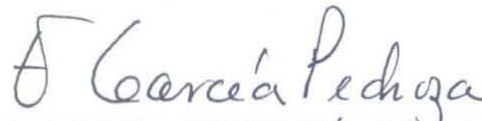
PRESENTA

DR. CÉSAR RENÉ MONTOYA ARIAS

AUTORIZACIONES



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



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



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

GUASAVE, SINALOA.

AÑO 2012.

**“PREVALENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LA
UNIDAD MEDICA DE APOYO PLAYA COLORADA,
ANGOSTURA, SINALOA.”**

INDICE

Apartado	Página
INTRODUCCIÓN.....	7
MARCO TEÓRICO	7
CONCEPTOS GENERALES SOBRE ADOLESCENCIA	12
FACTORES DE RIESGO.....	15
CAUSAS DEL EMBARAZO DEL ADOLESCENTE	16
DIAGNOSTICO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES	24
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	33
JUSTIFICACIÓN.....	34
OBJETIVOS.....	35
GENERAL.....	35
ESPECÍFICO.....	35
MATERIAL Y MÉTODOS.....	36
TIPO DE ESTUDIO.....	36
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	37
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	37
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	37
CRTERIOS DE ELIMINACIÓN.....	37
VARIABLES.....	37
DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES.....	38
METODO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.....	40
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	40

Apartado	Página
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.....	42
RECURSOS.....	42
HUMANOS.....	42
FINANCIEROS.....	43
CRONOGRAMA.....	43
RESULTADOS.....	44
GRÁFICAS.....	46
DISCUSIÓN.....	63
CONCLUSIÓN.....	66
SUGERENCIAS.....	67
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	68
ANEXOS.....	73

MARCO TEÓRICO

Introducción

La OMS define como adolescencia al “periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económico” y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos.

En general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen. ^(1,14)

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

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

La "tasa de fecundidad adolescente (TFA)" ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la "tasa de fecundidad general (TFG)", condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos.

En 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en 1993 del 15%. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años.

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender.

Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda. ⁽²⁾

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad. ⁽³⁾

Antecedentes históricos

Desde tiempos pasados se ha informado embarazos de niñas y adolescentes, uno de los primeros fue hecho por Mandaleso en 1958 de una niña de seis años.

En 1751 refiere un embarazo en una niña de 9 años y así numerosos informes, pero el de mayor impacto fue el del Dr. Ecomel en 1939 de una niña Peruana

que mediante cesárea a los cinco años se obtuvo un producto con peso de 2700gr. siendo considerada la madre más joven del mundo hasta la actualidad. Frutado en 1947 menciona que una niña brasileña dio a luz a gemelos Reeder (1998), afirma que: cada año se embarazan en Estados Unidos 1.2 millones de adolescentes, lo que representa el 20% de nacimientos. Un 25% de estas niñas embarazadas tienen apenas 14 años de edad, y una de cada siete están decididos a abortar. Cabe señalar que la mayoría de las adolescentes embarazadas tienen entre 14 y 16 años de edad, encontrándose en la clasificación de adolescentes en edad media.⁽⁴⁾

Solgriber comprobó en 1982 que casi 90% de los muchachos que embarazaban a una joven, la dejaban abandonada.⁽⁵⁾ Todo parece indicar que el factor determinante de tal situación está dado por la poca información al respecto, de modo que el medico que atiende a la comunidad debe dotar a nuestra juventud de los conocimientos necesarios sobre sexualidad, particularidades de los 2 sexos y problemas específicos de las relaciones sexuales; aspectos importantes para una buena dinámica de la vida matrimonial y familiar.⁽⁶⁾ La "tasa de fecundidad adolescente (TFA)" ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la "tasa de fecundidad general (TFG)", condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos.

En 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en 1993 del 15%. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años. La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se

trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender. (7)

EE.UU es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11,1% en la década de los '80. Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los contraceptivos.

En España, en 1950, la tasa de recién nacidos de madres entre 15 y 19 años era del 7,45/1000 mujeres; en 1965 llegaba al 9,53; en 1975 alcanzaba el 21,72, para llegar al 27,14 en 1979. Descendió, en 1980, al 18/1.000 mujeres y al 11 en 1991. Los últimos datos hablan de un 35,49/1000 mujeres en 1994, descendiendo al 32,98 en 1995 y al 30,81 en 1996.

Deben tenerse en cuenta, además de los nacimientos de madres adolescentes y el porcentaje de adolescentes sexualmente activas, los más de 6.000 abortos ocurridos en mujeres entre los 14 y 19 años por lo que, el supuesto descenso de la tasa de embarazadas adolescentes, no lo fue tanto. España reporto una tasa del 30,81 en 1996.

A partir de los años '80, se ha registrado un incremento en el uso de adolescentes que contraceptivos y preservativos comercializándose, en 1993, unos 40 millones de preservativos, equivalente a la media más alta de los países de la Comunidad Europea (3,5 preservativos por habitante). Actualmente es imposible conocer el número abortan. Sólo 2/3 de los embarazos de adolescentes llegan al nacimiento de un hijo; de los nacidos, un 4% son dados en adopción y un 50% permanecen en hogar de madre soltera.

Un 8% de las adolescentes embarazadas abortan y un 33% permanece soltera durante el embarazo.

En México, 2006 nacieron un total de 435, 427 bebés de madres entre 15 y 19 años de edad, lo que constituye una tasa de natalidad de 41.9 nacimientos vivos por cada 1000 madres en este grupo de edades. Más del 80% de estos nacimientos no fueron planificados. En México la tasa reportada al 2006 es del 14% de los embarazos.

Se estima que en los países en desarrollo aproximadamente el 20% a 60% de los embarazos son no deseados, y que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad. Las pacientes adolescentes embarazadas sufren posteriormente problemas de tipo socioeconómicos, determinados por una menor educación, mayor dificultad para conseguir empleo, generalmente el abandono de su pareja y finalmente mayor pobreza en la población. () En este último punto es interesante destacar que el nivel de escolaridad es inferior al de la población general, con elevados índices de deserción escolar pre y postgestacional. En un estudio nacional se determinó que el 47% de las adolescentes estudiaban al momento de la concepción, cifra que disminuyó posteriormente al 8%. ⁽⁵⁾⁽⁸⁾

La incidencia de embarazos adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado. En Estados Unidos, anualmente cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12,8% del total de embarazos ^(9,10).

En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente 15,2% en Chile ⁽¹¹⁾, y del 25% en el caso de El Salvador, Centroamérica, pudiendo llegar a cifras tan elevadas como del 45% del total de

embarazos en algunos países africanos. ⁽¹²⁾ La última estadística presentada por el Ministerio de Salud de Chile informa que durante el año 1999 hubo un total de 250.674 partos, de los cuales 40.439 fueron en pacientes menores de 20 años, lo que corresponde a un 16,1% del total. Es interesante destacar que la prevalencia varía incluso entre los diferentes servicios de salud de nuestro país.

Con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas existen estudios que evidencian diferencias significativas en la evolución del embarazo entre las pacientes menores de 16 años y las de 16 años y más. ⁽¹³⁾

CONCEPTOS GENERALES SOBRE ADOLESCENCIA

La OMS define como adolescencia al “periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económico” y fija sus límites entre los 10 y 20 años. ^{1,(14)}

Es considerado como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En 1980 en el mundo habían 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2000 llegaran a 1.1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se le puede dividir en tres etapas:

Adolescencia temprana (10 a 13 años),

Biológicamente, es el periodo prepuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres y comienza amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumenta sus habilidades cognitivas y sus fantasías: no controlan sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha: cuando ha completado el desarrollo somático. Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus pares compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual.

Adolescencia Tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren una mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía.

Embarazo en la adolescencia

Se define el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal el tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando el adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar de origen ⁽¹⁴⁾

La adolescencia es una etapa de rápidos cambios y difíciles empresas, en la cual el hombre experimenta repercusiones físicas y psicosociales combinadas con procesos del desarrollo, tales como: independización de los padres, fomento de las capacidades intelectuales y adquisición de responsabilidades sociales e individuales. El adolescente se enfrenta a complejas dificultades concernientes a su evolución como ser humano, a la vez que decide su sexualidad, aprende el modo de adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, escoge cómo participar en los diversos tipos de actividades sexuales, descubre la manera de identificar el amor y asimila los conocimientos requeridos para impedir que se produzca un embarazo no deseado. Es evidente que la incidencia de gestaciones en esta etapa de la vida se ha incrementado y que debido a ello la conducta sexual de los adolescentes constituye un tema de grandes especulaciones, pero de poco estudio. ^(15,16)

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. ⁽¹⁷⁾

La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas

generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad. ^(18,19)

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. ⁽²⁰⁾

Es difícil determinar con exactitud las razones de la preñez de las adolescentes. Las causas son múltiples y se relacionan entre sí.

FACTORES DE RIESGO.

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:** Menarquía 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 ^(21,22)

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%.⁽²³⁾

CAUSAS DEL EMBARAZO DEL ADOLESCENTE

El embarazo adolescente tiene sus orígenes multicausales y por ello requiere múltiples soluciones. No obstante hay 2 hechos que son determinantes: al analizar las causas del embarazo en adolescentes:

- El inicio, cada vez más precoz de las relaciones sexuales.
- No utilización de método anticonceptivo eficaz.

INICIO PRECOZ DE LAS RELACIONES SEXUALES

Actualmente la edad media aproximativa de la primera relación coital es de 16 para los chicos y 17 años para las chicas.

Entre los factores que condicionan el inicio precoz de las relaciones sexuales podemos citar:

- Factores biológicos, factores familiares, factores ambientales.

NO UTILIZACION DE ANTICONCEPCION

Para muchos, el verdadero problema del embarazo adolescente radica en esta población no utiliza medidas anticonceptivas por falta de educación sexual, por desconocimiento de los métodos disponibles, por ignorancia en cuanto al peligro del embarazo y por la difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivos.

Procuraremos analizar, a continuación los factores que inciden en la escasa utilización de anticoncepción en esta época de la vida.

FALTA DE PREVISIÓN

Las primeras relaciones sexuales son espontaneas, no planeadas, lo que dificulta la utilización de algún método anticonceptivo, al mismo tiempo que parece haberse observado una débil motivación por parte de los jóvenes para su uso. Así como la menarquia y el inicio de las relaciones sexuales se han adelantado, no aparece ocurrir lo mismo con la madurez psicológica de los jóvenes, muchas veces poco conscientes del riesgo que asumen. De hecho el 30-35% de las primeras relaciones coitales se realizan sin protección anticonceptiva.

FALTA DE EDUCACION SEXUAL

La falta de una adecuada educación e información sexual explica en la mayoría de las ocasiones la alta incidencia de gestación adolescente, la responsabilidad de padres, profesores, sanitarios, de la sociedad en fin se diluye y los jóvenes obtienen la información sobre los métodos anticonceptivos de sus amigos, medios de comunicación, etc. Para muchos, el verdadero problema del embarazo adolescente radica en que esta población no utiliza medidas anticonceptivas por falta de educación sexual, por desconocimiento de los métodos disponibles, por ignorancia en cuanto al peligro del embarazo y por la difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivos. Los padres, primeros responsables en materia educativa, delegan con demasiada frecuencia su responsabilidad en terceras personas haciendo dejación de su derecho y su deber de educar a sus hijos.

FACTORES AMBIENTALES

Suele ocurrir con cierta frecuencia que los adolescentes tienen sus primeras relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol, además un porcentaje estimable de ellos (15%) lo hace después de tomar otro tipo de droga. La utilización de cualquier tipo de droga es mala consejera.

FACTORES FAMILIARES

Una de las principales podría ser que la madre encabeza la mayoría de las familias de bajos ingresos, asume el rol de administradora del hogar y se convierte en la proveedora principal de los alimentos, por tanto, desatiende aspectos significativos de su casa y a menudo no tiene en quien delegar esas responsabilidades. Las consecuencias son múltiples: en primer lugar, los jóvenes carecen de modelos morales de referencia para guiar sus conductas; muchos de los roles adultos se transfieren tempranamente a las jóvenes. Y si a esto añadimos que la adolescente encinta suele exhibir una especie de competencia e identificación con la madre; por tanto, es frecuente que tenga su primer hijo aproximadamente a la misma edad en que lo hizo la mamá.

Tanto el embarazo no deseado como el aborto han ido aumentando proporcionalmente y las muchachas quedan embarazadas antes de llegar a las edades apropiadas; por eso es necesario analizar los antecedentes y aspectos de la vida familiar y personal que intervienen en estos casos, incluidos los referentes al sexo y la concepción. ⁽²⁴⁾

Para muchos autores, los varones tienen el falso criterio de que la responsabilidad de buscar un método anticonceptivo corresponde a su

compañera, y que de producirse un embarazo no deseado el incidente no es de su incumbencia. ^(25,26)

Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y, hasta decidirse por uno, aparece siempre el aborto a veces como un supuesto más teórico que real.

Hoy, la tendencia es de un aumento de los abortos y disminución de matrimonios, aunque no siempre las decisiones de las adolescentes son conocidas (abortos o adopción).

Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados pero, si se considera al embarazo en la adolescente como un "problema", ello limita su análisis.

En todo caso, esta "problematización" se aplicaría a algunas subculturas o a algunos estratos sociales, pero no a todos los embarazos en adolescentes. Además, el considerarlo un "problema", exige aplicar terapéuticas que aporten soluciones sin permitir implementar acciones preventivas adecuadas. Por ello es conveniente encuadrarlo dentro del marco de la "salud integral del adolescente". Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes.

Se estima que en los países en desarrollo aproximadamente el 20% a 60% de los embarazos son no deseados, y que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre

la fertilidad. Las pacientes adolescentes embarazadas sufren posteriormente problemas de tipo socioeconómicos, determinados por una menor educación, mayor dificultad para conseguir empleo, generalmente el abandono de su pareja y finalmente mayor pobreza en la población.⁽²⁷⁾ En este último punto es interesante destacar que el nivel de escolaridad es inferior al de la población general, con elevados índices de deserción escolar pre y pos gestacional. En un estudio nacional se determinó que el 47% de las adolescentes estudiaban al momento de la concepción, cifra que disminuyó posteriormente al 8%.⁽²⁸⁾

La incidencia de embarazos adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado. En Estados Unidos, anualmente cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12,8% del total de embarazos^(29,30). En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente 15,2% en Chile⁽³⁵⁾, y del 25% en el caso de El Salvador, Centroamérica, pudiendo llegar a cifras tan elevadas como del 45% del total de embarazos en algunos países africanos.⁽³⁶⁾ La última estadística presentada por el Ministerio de Salud de Chile informa que durante el año 1999 hubo un total de 250.674 partos, de los cuales 40.439 fueron en pacientes menores de 20 años, lo que corresponde a un 16,1% del total. Es interesante destacar que la prevalencia varía incluso entre los diferentes servicios de salud de nuestro país.^(31,32,33)

Con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas existen estudios que evidencian diferencias significativas en la evolución del embarazo entre las pacientes menores de 16 años y las de 16 años y más.

En este mismo sentido, la edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna.⁽⁰⁾ En este mismo contexto, algunos estudios destacan que existe una frecuencia mayor de rotura prematura de membranas en la paciente adolescente, encontrándose cifras que van desde aproximadamente el 7% al 17%.

Con respecto al peso de los recién nacidos de madres adolescentes, en la mayoría de los estudios se encuentra una frecuencia mayor de recién nacidos de bajo peso de nacimiento, pareciendo ser el principal riesgo del recién nacido de madre adolescente, con cifras de aproximadamente el 18%.^(33,34)

El bajo peso de nacimiento está dado tanto por la condición de prematuro, como por el nacimiento de recién nacidos pequeños para la edad gestacional. En este sentido es interesante destacar que numerosas publicaciones sobre embarazo adolescente revelan una frecuencia mayor de recién nacidos pequeños para la edad gestacional con respecto al grupo de las madres adultas: Si bien la mayoría de los estudios demuestran una frecuencia aumentada, este aumento no siempre es estadísticamente significativo.^(35,36)

En lo que respecta a las patologías del parto, se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto.

Esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajos de parto prolongados y partos operatorios, tanto fórceps como cesáreas.^(37 38 39 40)

Además de la desproporción cefalopélvica, las adolescentes embarazadas tienen mayor riesgo de culminar su parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné. Esta complicación está dada principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose en una estrechez de canal blanco. ⁽⁴¹⁾

Como se ha mencionado anteriormente, la existencia de desproporción céfalo pélvica en la adolescente embarazada muchas veces determina el desarrollo de un trabajo de parto prolongado y expulsivos laboriosos, lo cual podría influir en la condición inmediata del recién nacido. Sin embargo, algunos estudios revelan altas cifras de recién nacidos con puntaje de Apgar mayor de 7 a los cinco minutos, lo cual implica una baja proporción de depresión respiratoria y asfixia al nacer en hijos de madres adolescentes. ^(42,43)

Una patología que frecuentemente es posible encontrar en las embarazadas es la diabetes gestacional. Investigaciones realizadas en adolescentes demuestran que la incidencia de esta patología es baja en este grupo de edad, siendo más frecuente en las embarazadas adultas. ^(44 45)

Los adolescentes (10-19 años) y jóvenes (20-24 años) de hoy en día constituyen la futura generación de padres, trabajadores y líderes, por lo que se les debe brindar todo tipo de apoyo, en particular por parte de la familia, la comunidad y el gobierno comprometido con su desarrollo. A medida que la modernización económica, la urbanización y los medios de comunicación cambian las expectativas, el comportamiento de los adolescentes y jóvenes se adapta a nuevas formas de vida, lo que pudiera resultar inconveniente, doloroso, inevitable e ineludible.

Se hace necesario, por tanto, que los adolescentes y jóvenes tomen conciencia del peligro inminente que representa el comienzo en edades tempranas de las relaciones sexuales, y mucho más si estas son desprotegidas, pues pudieran terminar en riesgosos abortos, en contraer una ITS incluyendo el VIH/SID y embarazos no deseados, con la consiguiente afectación a la madre o al producto de la concepción, por la inmadurez de los órganos reproductores femeninos. ⁽⁴⁵⁾

En la actualidad existe una tendencia a las regulaciones menstruales, de las cuales el 60% corresponden a abortos inducidos, por los conocimientos insuficientes o erróneos y la falta de orientación sexual. De manera general, es evidente que el grado de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva que poseen las adolescentes es deficiente, pues a pesar de poseer alguna información respecto al embarazo en la adolescencia y sus consecuencias negativas para la vida de la joven, este nivel no se corresponde con el comportamiento asumido y la actitud adoptada para evitar el embarazo o planificar su familia. ⁽⁴⁶⁾

Los jóvenes son particularmente vulnerables. Cada año se producen más de 100 millones de ITS curables, y una parte importante de los 4,1 millones de casos nuevos de infección por VIH se da entre jóvenes de 15 a 24 años de edad. Los embarazos precoces, los abortos en condiciones de riesgo, las ITS, incluida la infección por VIH, así como la coacción y violencia sexuales, son algunos de los problemas de salud sexual y reproductiva que afectan a los adolescentes con una vida sexual activa. ^(47, 48)

DIAGNOSTICO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Suele realizar con retraso y ello parece obedecer a 2 causas fundamentales:

1. Entre las propias jóvenes, un gran porcentaje de ellas no busca apoyo después de su primera falta menstrual, se niega admitir La posibilidad de un embarazo por lo que retrasan de forma significativa, el diagnostico de su gestación.
2. Entre los padres existe, con demasiada frecuencia un curioso fenómeno que podríamos denominar complicidad de los padres que hace que del riguroso control de la hija adolescente se pase a una actitud de una ceguera incomprensible ante la sospecha de una gestación.

ATENCION PRENATAL

La Práctica obstétrica nos ha enseñado que los resultados perinatales están íntimamente ligados al adecuado control prenatal y del parto. Numerosos estudios epidemiológicos han demostrado que una gran parte de la morbi-mortalidad perinatal incide en aquellos grupos de población que presentan una situación patológica o pre patológico que se define como de riesgo. la detección precoz de estas situaciones de riesgo es posible si se realiza un control prenatal protocolizado y con exploraciones complementarias definidas a todas las embarazadas.

RESULTADOS PERINATALES

Aunque una gran mayoría de los autores considera que el embarazo en el adolescente debe de ser considerado de alto riesgo, por cuanto se acompaña de peores resultados perinatales, existe otro grupo de investigadores que cree

que el embarazo joven no se acompaña de un riesgo mayor para la madre y su hijo.

El embarazo adolescente se acompaña frecuentemente que el bajo peso al nacer (12%) y anemia ferropénica (25%).

REPERCUSIONES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Cuando el embarazo del adolescente se descubre o se hace saber los adultos habitualmente sus padres toman partido inmediato en la situación con actitudes en la mayoría de las veces, de acogimiento y comprensión si bien en algunas ocasiones la primera reacción es de violencia y rechazo. Según diferentes estudios hasta un 22% de las jóvenes embarazadas sufren algún tipo de violencia durante su proceso de embarazo, siendo en la mayoría de las ocasiones, el agresor un miembro de la familia.

MATERNIDAD EN SOLTERIA

Esta alternativa posibilita, más fácilmente que las otras, el desarrollo de las capacidades de la joven, habiéndose constatado que aquellas adolescentes que permanecen solteras llegan alcanzar una mayor autosuficiencia económica y un mayor desarrollo sociocultural.

Ahora bien esta alternativa no solventa la situación de ilegitimidad social que conlleva la maternidad en soltería y puede ser objeto, en determinados estratos sociales, de actitudes discriminatorias hacia la joven y su entorno.

MATRIMONIO

Es obvio que la gran mayoría de los matrimonios son impuestos por los padres que de esta manera creen solucionar el problema dándole legitimidad social. La joven adolescente que no está preparada para ser madre tampoco lo está para ser esposa, y posiblemente se va a casar con otro adolescente todavía inmaduro que tampoco lo está para ser padre y esposo.

ADOPCION

Constituye la tercera de las alternativas cuando se decide no interrumpir la gestación y probablemente es la más compleja por cuanto puede generar angustia y culpabilidad. Algunos autores han demostrado que las mujeres jóvenes que dan a luz solteras y dejan a su hijo en adopción presentan mayores dificultades de personalidad que las que decidieron abortar. Existe además un trastorno psicológico sostenido que persiste varios años después.

ABORTO EN ADOLESCENTES

Se considera que alrededor del 30% de las gestaciones adolescentes finaliza en IVE si bien en algunas sociedades puede alcanzar el 50%.

PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Resulta evidente que el embarazo es consecuencia de las relaciones sexuales pero hay que señalar que el embarazo adolescente es mucho más probable allí donde se les niega la anticoncepción a los jóvenes y donde se les ofrece información sobre la sexualidad y sus consecuencias.

PREVENCION PRIMARIA

Supone la base de la prevención y procura actuar sobre los factores de riesgo que favorece u origina la aparición del problema. Una vez analizadas las causas del embarazo adolescente y conscientes de que hay factores difíciles de modificar (estado socioeconómico) proponemos una actuación dirigida a implementar los programas de educación sexual y mejorar la accesibilidad de los jóvenes a los métodos anticonceptivos.

PREVENCION SECUNDARIA

El embarazo adolescente necesita una mayor atención sanitaria para prevenir y tratar las incidencias que lo complican haciendo especial énfasis en los programas de Educación Sanitaria puesto que se ha demostrado que las jóvenes embarazadas acogidas en los programas de Educación Prenatal presentan una menor incidencia de morbi-mortalidad materna y perinatal y utilizan más los métodos anticonceptivos después del parto.

PREVENCION TERCIARIA

Es responsabilidad de la Administración proveer y garantizar los recursos necesarios a las madres adolescentes para que las repercusiones a corto, medio y largo plazo de su maternidad sea lo menos grave posible. Son necesarias políticas comunitarias de acogida a estas madres que posibiliten la continuación de sus estudios y formación de forma que alcancen el desarrollo socioeconómico que le corresponde. La mejora de las condiciones socioeconómicas es uno de los caminos más importantes para resolver este espinoso problema. ⁽⁴⁹⁾

En estudios realizados aparecen porcentajes de mujeres de 25 a 29 años de edad que parieron antes de los 20 años en países latinoamericanos. Bolivia con un 39%, Brasil con 35%, Colombia con 32%, República Dominicana con un 38%, Guatemala con 49%, Haití con 36%, Paraguay con 36% y Perú con 33%.¹⁰.

Estudios realizados por demógrafos cubanos han demostrado un rejuvenecimiento de la fecundidad, con gran incidencia en el grupo de edad comprendido entre 10 y 19 años, fundamentalmente a partir de los 15 años, a ello se asocia el incremento de las tasas de aborto en menores de 20 años, quiénes han estado influenciadas por diversas causas que se asocian a una deficiente educación sexual, tanto en el hogar como en las instituciones educacionales de salud. Algunos autores plantean que hay un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19 años, el 25% de los adolescentes se embarazan, y el 60% de estos ocurren dentro de los 6 meses iniciales de las primeras relaciones sexuales.

Un estudio realizado por Salaverry y col. (1993) encontró en adolescentes que se embarazaron a edades menores o iguales a 19 años; que las madres adolescentes tienen de 2 a más hijos; y que los abortos previos al primer embarazo en las madres adolescentes es de 11.6%. La edad promedio de la primera relación sexual en las madres adolescentes es de 15 años.

El intervalo entre la primera relación sexual y el primer embarazo en las madres adolescentes es de 7.12 meses. El 75.2% de las madres adolescentes se embarazaron por descuido. En la madre adolescente la primera experiencia sexual estuvo mayormente relacionada con la salida a un paseo. El 45% de las madres adolescentes tuvieron su primera relación sexual dentro de los 12

meses de conocer al padre de su hijo. En el 89% de los casos de las madres adolescentes, el embarazo se produce después de varias relaciones sexuales. El 63% de las madres adolescentes no recibieron ningún tipo de educación sexual. La mayoría de las madres que recibieron educación sexual, la recibieron en el colegio. El método más usado por la madre adolescente antes de su primer embarazo fue el método del ritmo (32.2%).

Dentro de las características familiares se observó en el estudio que el 64% de los padres de las madres adolescentes viven juntos; mientras que el 20% de los padres de la madre adolescente tuvo o tiene otra pareja; también encontramos que el 35.5% de las madres adolescentes pasaban solas la mayor parte del tiempo en casa antes del embarazo.

Las madres adolescente después del embarazo siguen manteniendo la dependencia con la familia de ahí que más del 50% de los casos viven actualmente con sus padres o familiares. ⁽⁵⁰⁾

En España se han realizado investigaciones que demuestran la ausencia de pareja estable entre el 25-40% de las madres adolescentes, en contraste con el 5-10% de madres adultas sin pareja.

Otro estudio realizado en Venezuela, afirma que el 70,12% de las madres adolescentes permanecían solteras o en concubinato. En Carabobo, estudio realizado informa que el 83,3% del total de las adolescentes embarazadas estudiadas, resultaron ser solteras.

El 18% de los adolescentes americanos han experimentado el sexo antes de los 15 años. Además este número crece hasta el 66% de adolescentes no casadas que tienen experiencias sexuales antes de los 19 años, aspectos que coinciden con este estudio. Diferentes investigaciones han demostrado que a la

edad de 19 años, el 75% de las mujeres y el 86% de los varones estadounidenses son sexualmente activos. El por qué los adolescentes practican el sexo y lo hacen sin métodos de contracepción, es un tema de discusión ardiente. Las razones sugeridas son las que le siguen:

1. Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 4 o 5 años antes de ser emocionalmente maduros
2. Los adolescentes de hoy crecen rodeados de una cultura donde compañeros, televisión, cine, música y revistas transmiten frecuentemente mensajes manifiestos o secretos en los cuales las relaciones sexuales sin estar casados (especialmente aquellas que involucran adolescentes), son comunes, aceptadas y a veces esperadas.
3. Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela o la comunidad, educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara específica sobre las consecuencias del intercambio sexual (incluyendo el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y efectos psico-sociales). Por lo tanto gran parte de la educación sexual que los adolescentes reciben viene a través de filtros desinformados o por compañeros sin formar.
4. Los adolescentes que escogen ser sexualmente activos se limitan frecuentemente en sus opciones anticonceptivas a la información de sus compañeros, influencias paternas, financieras, culturales y políticas.

Existe relación estrecha entre la menarquia y la aparición de embarazos en la adolescencia, pues sin existir la primera es imposible la ocurrencia de estos.

Algunos autores como la doctora González Delgado S y Campos J señalan que un embarazo en la adolescencia repercute en el ámbito psicológico y social, pues no existe la madurez suficiente para enfrentar la maternidad y a esto se le suma la expulsión o la deserción escolar y las faltas de alternativas para continuar con su proyecto de vida.

Resultados similares a estos fueron encontrados por el doctor Sigfrido Valdés Dacal y colaboradores en su estudio de embarazo en la adolescencia realizado en el Hospital Ginecoobstétrico Docente provincial "Ana Betancourt de Mora", en Camagüey, Cuba.

La autora es del criterio que un alto por ciento de las adolescentes que se embarazan abandonan los estudios por no contar con todo el apoyo familiar y conyugal necesario, lo que las obliga a trabajar o ser amas de casa para poder atender a su hijo en una etapa posterior.

Investigaciones realizadas en el Caribe concluyeron señalando que las familias donde la autoridad moral es débil y pobremente definida, de padres sin casarse, padres múltiples o ausentes, donde los jóvenes han tenido diferentes tipos de crianzas en etapas de sus vidas, se presentan con más frecuencia los embarazos en la adolescencia.

Otros autores como González A y Castellanos B. expresan que las condiciones familiares y sociales influyen en la formación de la personalidad en el adolescente, si estos son desfavorables pueden generar deformaciones, desviaciones, rebeldía y desconfianza en sí mismo. Todo esto puede terminar en un embarazo no deseado. ⁽⁵¹⁾

La recolección de la información será con encuesta descriptiva aplicada las adolescentes embarazadas que acudan al control prenatal de la Unidad Médica

de Apoyo Playa Colorada, Angostura, Sinaloa para conocer la prevalencia de embarazo en ellas ,aplicando los criterios de selección, a las cuales se le aplicara un cuestionario en base de los objetivos y variables especificados, previa autorización con un consentimiento informado, para obtener resultados y llevar a cabo un análisis de los mismos, para concluir y poder implementar estrategias de culturización para prevención del embarazo en la adolescencia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las estadísticas gubernamentales indican que cada año más de 400 mil adolescentes en México tienen un bebé, y la mayoría de los casos habrían preferido no tenerlo en ese momento. Muchos de los embarazos no deseados o no planeados de jóvenes solteras tienen consecuencias negativas tanto sociales como físicas para madres e hijos.

Se sabe que, por lo menos, 14% de estos embarazos terminan en aborto, los cuales son inseguros debido a que en México se encuentran penalizados. El embarazo en la adolescencia implica alto riesgo para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, que puede incluso llevarlos hasta la muerte. Las complicaciones obstétricas más frecuentes es el desarrollo de síndrome hipertensivo del embarazo, parto prematuro, rotura prematura de membranas, recién nacidos de bajo peso de nacimiento, desproporción cefalopélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajos de parto prolongados y partos operatorios, tanto fórceps como cesáreas. ^(52,53)

El adolescente es víctima de violencia intrafamiliar, por partes de los padres al momento de conocer lo de su embarazo, además otras repercusiones como maternidad en soltería, aborto inseguro, matrimonio impuestos que llevan al fracaso, dar en adopción al hijo, repercusiones económicas y trastornos psicológicos.

Lo anteriormente señalado aporta elementos muy importantes para plantearme la siguiente interrogante:

¿Cuál es la prevalencia de embarazo en las Adolescentes derechohabientes atendidas en la Unidad Médica de Apoyo Playa Colorada, Angostura, Sinaloa?

JUSTIFICACIÓN

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad. Actualmente el embarazo en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas en los hospitales y un problema en salud pública. Según estadísticas mundiales (1999), en la actualidad la población adolescente representa el 20% de la población mundial, de cuyo total cerca del 85% vive en países en vías de desarrollo.

Desde la década de 1990, el aumento continuado de las tasas de nacimiento para mujeres de menos de 20 años de edad se ha asociado al incremento de la proporción de adolescentes que son sexualmente activas, la cual se ha incrementado de un 36% al 51%.

El embarazo y maternidad de adolescentes son más frecuentes que lo que la sociedad quisiera aceptar. Es un suceso difícil que afecta la salud integral de los padres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto.⁽¹⁾

La madre encabeza la mayoría de las familias de bajos ingresos, asume el rol de administradora del hogar y se convierte en la proveedora principal de los alimentos, por tanto, desatiende aspectos significativos de su casa y a menudo no tiene en quien delegar esas responsabilidades. Las consecuencias son múltiples: en primer lugar, los jóvenes carecen de modelos morales de

referencia para guiar sus conductas; muchos de los roles adultos se transfieren tempranamente a las jóvenes. Por tanto, muchas de ellas ingresan prematuramente en la vida adulta con el cuidado de sus hermanos menores. Con ello se les pone en contextos sociales que las conducen a buscar gratificaciones inmediata.⁽⁵⁴⁾

Es por ello que motiva el investigar y obtener la prevalencia de embarazo en la población derechohabiente de las adolescentes, en la unidad de Playa Colorada, Angostura ,debido a que existe la problemática y no se han realizado estudios a nivel local ni regional. Los resultados arrojados en esta investigación servirán de base para analizar la situación y poder desarrollar estrategias con medidas necesarias para que las adolescentes aun no embarazadas reciban una orientación de prevención del embarazo así como una vida sexual sana y responsable.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de embarazo en adolescentes adscritas a la Unidad Médica de Apoyo Playa colorada, Angostura, Sinaloa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar la edad cronológica de las adolescentes embarazadas.
- Determinar escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico y estado civil de las adolescentes embarazadas.
- Determinar el inicio vida sexual activa.

- Determinar si conocen los métodos anticonceptivos.
- Identificar la utilización de algún método de planificación familiar antes del embarazo.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo, prospectivo , observacional, transversal.

Población : 120 embarazadas.

Muestra : 52 adolescentes embarazadas de 10 a 19 años.

Lugar: Consulta externa de la Unidad Médica de apoyo Playa Colorada Angostura.

Tiempo de estudio: Junio a Diciembre de 2011.

Universo y Muestra: El universo incluye a 120 pacientes embarazadas de las cuales , la muestra es de 52 adolescentes embarazadas entre 10 a 19 años, que acudan a la consulta prenatal en los meses de junio a diciembre de la unidad médica de apoyo Playa Colorada, Angostura, Sinaloa.

La muestra es aleatoria simple, con selección de los pacientes por conveniencia, según acudan a consulta a la unidad en el periodo mencionado.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSION: Se incluirán las pacientes embarazadas entre 10 a 19 años, que se encuentren en cualquier etapa del embarazo, que sean derechohabientes y acepte participar en la encuesta.

CRITERIOS DE EXCLUSION: Se excluirán las pacientes que acudan de otra unidad, que no sean derechohabientes y que no acepten participar en la encuesta.

CRITERIOS DE ELIMINACION: se eliminaran las encuestas incompletas o aquellas que no estén legibles los datos.

VARIABLES

1. Edad.
2. Ocupación.
3. Estado Civil.
4. Escolaridad.
5. Nivel socioeconómico.
6. Embarazo.
7. Adolescencia.
8. Métodos de planificación familiar.
9. Edad inicio de vida sexual activa.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Indicador	Descripción	Descripción operacional
Edad.	De interés primario.	Respuesta en años.	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.	Numérica.
Ocupación.	Auxiliar.	Registrar la ocupación del individuo.	Acción y resultado de ocupar u ocuparse.	Nominal.
Estado Civil.	Auxiliar.	Registrar si es soltero, casado, viudo, separado, unión libre.	El estado civil de una persona es su situación jurídica en la familia y la sociedad, determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones, es invisible, indisponible e imprescriptible y su asignación corresponde a la ley.	Nominal.
Escolaridad.	Auxiliar.	Registrar último grado escolar que cursa o cursó.	Se refiere a el grado escolar que se encuentra cursando o el último que cursó el paciente.	Nominal.

Variable	Tipo de variable	Indicador	Descripción	Descripción operacional
Nivel Socioeconómico	Auxiliar	Registrar nivel económico, alto, medio o bajo.	Se refiere al nivel económico de la adolescente.	Nominal.
Embarazo.	De Interés Primario.	Respuesta con número de semanas de gestación.	Tiempo transcurrido desde la fecha de última regla hasta el momento de la consulta.	Numérica.
Adolescencia	De interés primario	Registrar edad en años cumplidos(10 a 19 años.	Edad comprendida desde los 10 a los 19 años.	Numérica.
Métodos de Planificación Familiar	Auxiliar	Registrar si los conoce y sabe cómo funcionan: 1: SI 2: NO	Los métodos anticonceptivos son sustancias registradas intergenesicos, dispositivo o técnicas utilizadas para regular la capacidad reproductiva de una persona de manera temporal o permanente.	Dicotómica
Edad Inicio Vida Sexual Activa.	De interés Primario.	Registrar la edad en años cumplidos(10-19).	Edad a la que el individuo mantiene relaciones sexuales por primera vez.	Numérica.

METODO PARA CAPTAR LA INFORMACION

Encuesta aplicada elaborada por el autor del proyecto , consta de ocho ítems incluye: Edad, ocupación, estado civil , escolaridad, nivel socio económico, semanas de gestación, si fue utilizado algún método o conoce los métodos de planificación. Una vez que la paciente este en el consultorio , previamente se le informara los fines de la entrevista y previa autorización de ella misma se le aplicara ,cuando acudan a la consulta externa de la Unidad Médica de Apoyo Playa Colorada, Angostura, Sinaloa. Previa firma y autorización de Consentimiento Informado.

Procedimiento estadístico: Se revisaron las encuestas aplicadas para obtener los puntajes de cada una y se capturaron junto con las demás variables en el programa estadístico SPSS 13 obteniendo medidas de tendencia central y dispersión, la frecuencia de las variables, así como la correlación de las variables al obtener una significancia estadística del 95% cuando la $p < 0.05\%$ entre ellas mismas. Las cifras obtenidas se graficaron en el programa de Excel de Microsoft Office.

CONSIDERACIONES ETICAS

El paciente firmara una hoja de consentimiento informado previa explicación clara y precisa del objetivo del proyecto, así como mantener en anonimato los resultados de este.

Se respetara la individualidad y la integridad de los pacientes al no revelar ni hacer mal uso de los datos registrados en los expedientes Clínicos del archivo clínico y de las encuestas.

Este trabajo se fundamenta desde el punto de vista ético en: La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Art. 4, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.

El reglamento de la Ley general de Salud en materia de Investigación para la salud publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987, Art.17 frac.1 (referido a los estudios considerados sin riesgo, ya que se emplean técnicas y métodos de investigación retrospectiva en los que no se aplica ninguna intervención para la modificación intencionada en las variables fisiológicas, Psicológicas o sociales de los sujetos que participan en el estudio, entre los instrumentos que se emplean son cuestionarios, entrevistas, revisión de Expedientes y otros) Cumpliendo con los criterios de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (Art. 13). Apegándose al los Art. 13, 14, 16 y 18. Se le solicitara su autorización (en base al Art. 21 y 22) y de acuerdo al Art. 23 se podrá dispensar del consentimiento informado al tratarse de un estudio sin riesgo, otorgándose sólo que a petición del paciente este lo solicite.

De acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud (1984) con ultima reforma publicada 12/01/2006 y al Código de la declaración de Helsinki (1964) la investigación científica biomédica en humanos es necesaria, pero solamente aceptable cuando llene los requisitos señalados por este código: apartado 2: Consentimiento informado del sujeto.

El paciente firmara una hoja de consentimiento informado previa explicación del objetivo del proyecto, así como mantener en anonimato los resultados de este.

Se aplicara la encuesta de manera directa para contestar el cuestionario.

La Declaración de Helsinki de 1964 y modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989.

Los acuerdos 5/95 al 55/95 del 1º de Enero de 1995 del H. Consejo Técnico del IMSS referente a la modernización. El manual de la organización de Fomento de la Investigación Médica (FOFOI) en 1999.

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Encuesta descriptiva, elaborada y aplicada por el autor del proyecto. consta de ocho ítems incluye: Edad, ocupación, estado civil, escolaridad, nivel socio económico, semanas de gestación, si fue utilizado algún método o conoce los métodos de planificación. Una vez que la paciente este en el consultorio, previamente se le informara los fines de la entrevista y previa autorización de ella misma se le aplicara ,cuando acudan a la consulta externa de la Unidad Médica de Apoyo Playa Colorada, Angostura, Sinaloa. Previa firma y autorización de Consentimiento Informado.

RECURSOS

Humanos

- Medico responsable del proyecto.
- Asesores : metodológico y estadístico.

Financieros

Material consumible

CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
Copias	200	0.50	100.00
Impresión Protocolo	4 juegos	30.00	120.00
Plumas y lápices	2 de cada una	3.00	12.00
1 computadora	1	Personal	No genera gastos
impresora	1	1.00	100.00

Total: 332.00.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	FECHA PROGRAMADA	OBSERVACIONES
Elaboración de protocolo.	Enero a Junio 2011	
Aprobación del protocolo.	Julio 2011	
Recolección de las Variables	Agosto 2011	
Procesamiento estadístico.	Septiembre 2011	
Interpretación de los resultados.	Octubre 2011	
Redacción del in extenso	Noviembre 2011	
Entrega del Proyecto	Diciembre 2011	

RESULTADOS

Las estadísticas muestran que la edad de predominio es de 16 años que corresponde al 38.4% quedando en menor porcentaje las menores de 15 años con un 7.6%.

En relación a la ocupación predominantes son las amas de casa con un 57.7%, ocupando menor porcentaje estudiantes con un 42.5%.

El estado civil con mayor porcentaje lo presentan las adolescentes que son casadas con un 53,8% y el resto permanecen solteras con un 46.2%.

El bachillerato incompleto es la escolaridad de predominio con un 53,8% y el resto que es el 46.2 permanecen solteras,

El nivel socioeconómico de mayor porcentaje es el “bajo” con un 92.3%, posteriormente nivel medio con un 7.7% y nivel alto en 0.

La edad gestacional de las adolescentes embarazadas que se estudiaron se divide en tres trimestres , acudieron del tercer trimestre el 46.2%, el 34.6% con segundo trimestre y el 19.3 % del tercer trimestre del embarazo.

En la variable sobre el conocimiento de algún método de planificación o anticoncepción de las adolescentes el 53.8 % respondió negativamente, mientras que el 46.2 % dijo conocer algún método.

En la pregunta si utilizaron algún método de anticoncepción el 61-5% respondió que si utilizo método mientras el resto respondió que no, cabe mencionar que de los que utilizaron el 32.6% fue anticonceptivos hormonales y el 28.8% de método de barrera.

Por ultimo el inicio de vida sexual activa predomino con un 42.3% de 16 años, posteriormente 17 años con un 30.7% quedando en menor porcentaje 18 años con un 1-9%.

GRÁFICAS

GRAFICO NUMERO 1

DISTRIBUCION DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS POR EDAD.

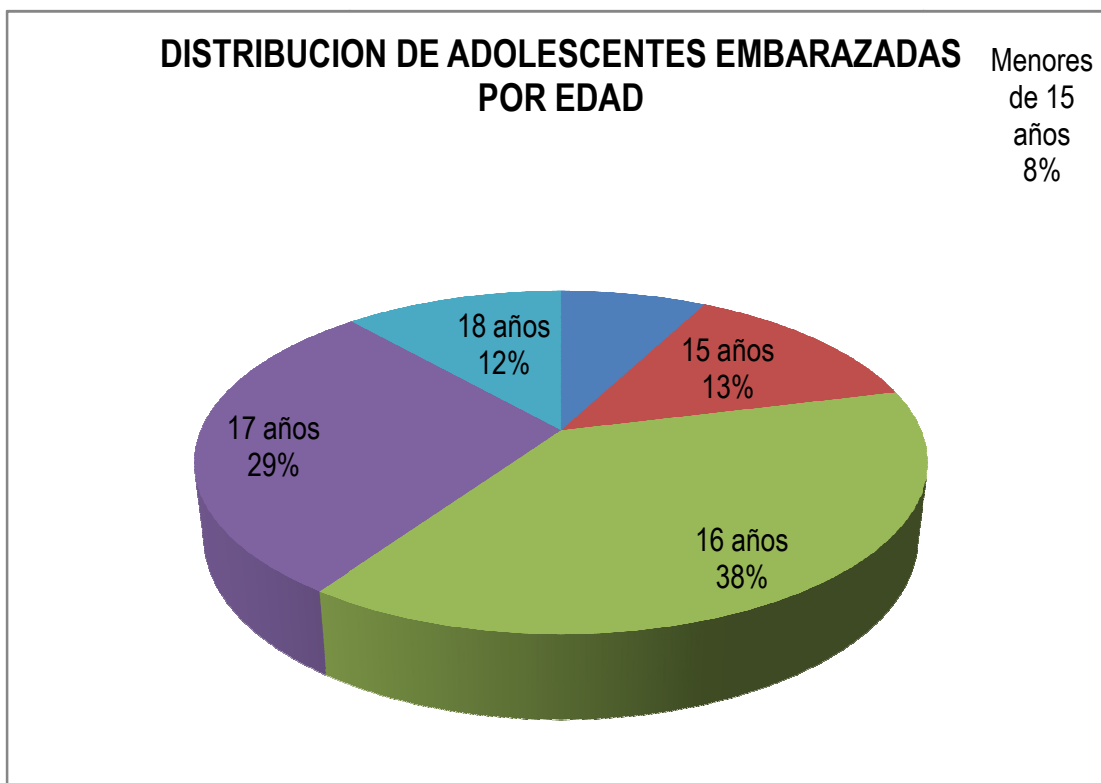
MENORES DE 15 AÑOS-----7.6% (N=4)

15 AÑOS-----13.4%(N=7)

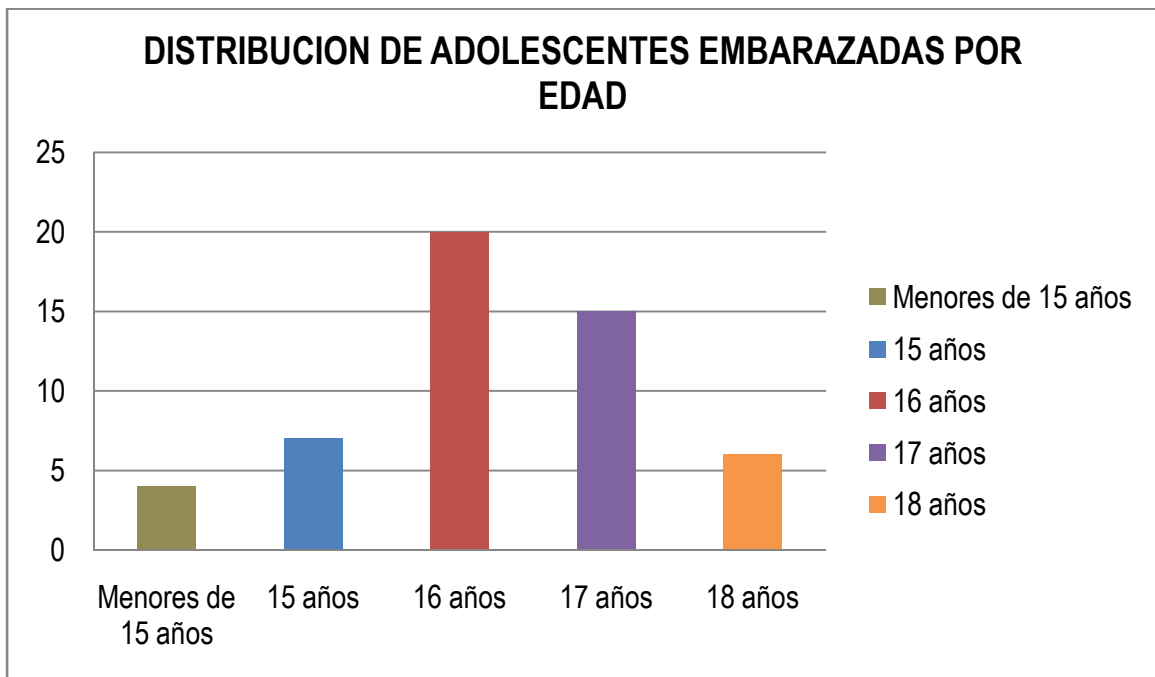
16 AÑOS-----38.4%(N=20)

17 AÑOS-----15%(N=15)

18 AÑOS-----11.6%(N=6)



FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS POR ENTREVISTADOR



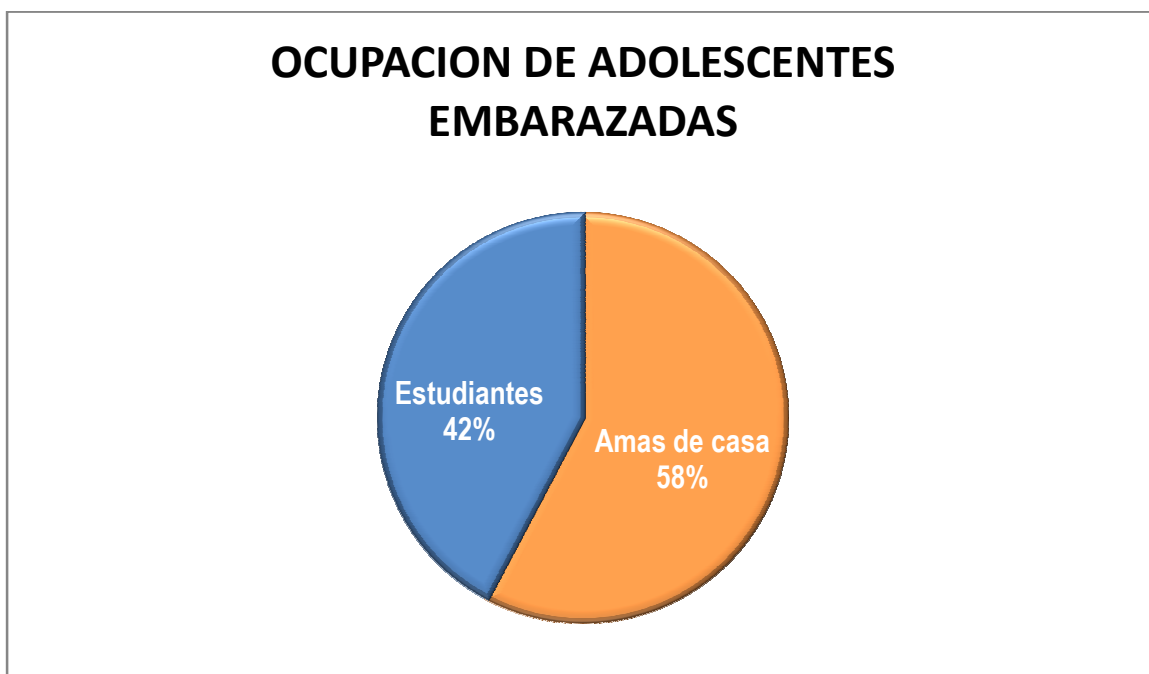
FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS POR ENTREVISTADOR

GRAFICO NÚMERO 2

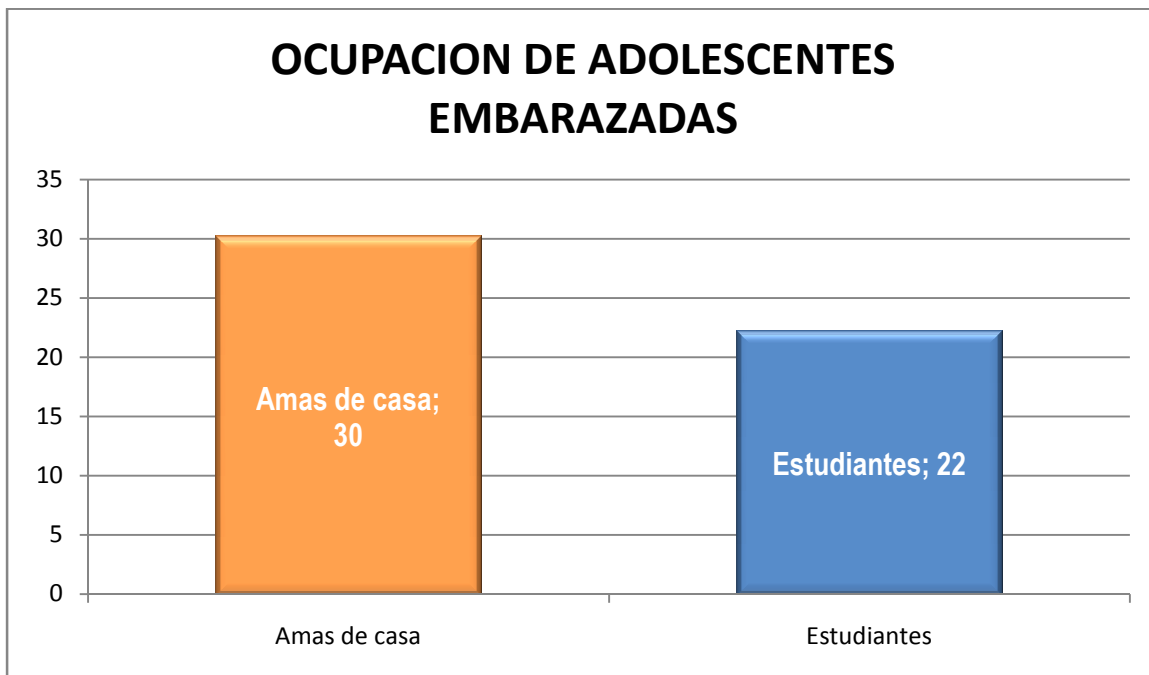
OCUPACION DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS

AMA DE CASA-----57.7%(N=30)

ESTUDIANTES-----42.3%(N=22)



FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS POR ENTREVISTADOR



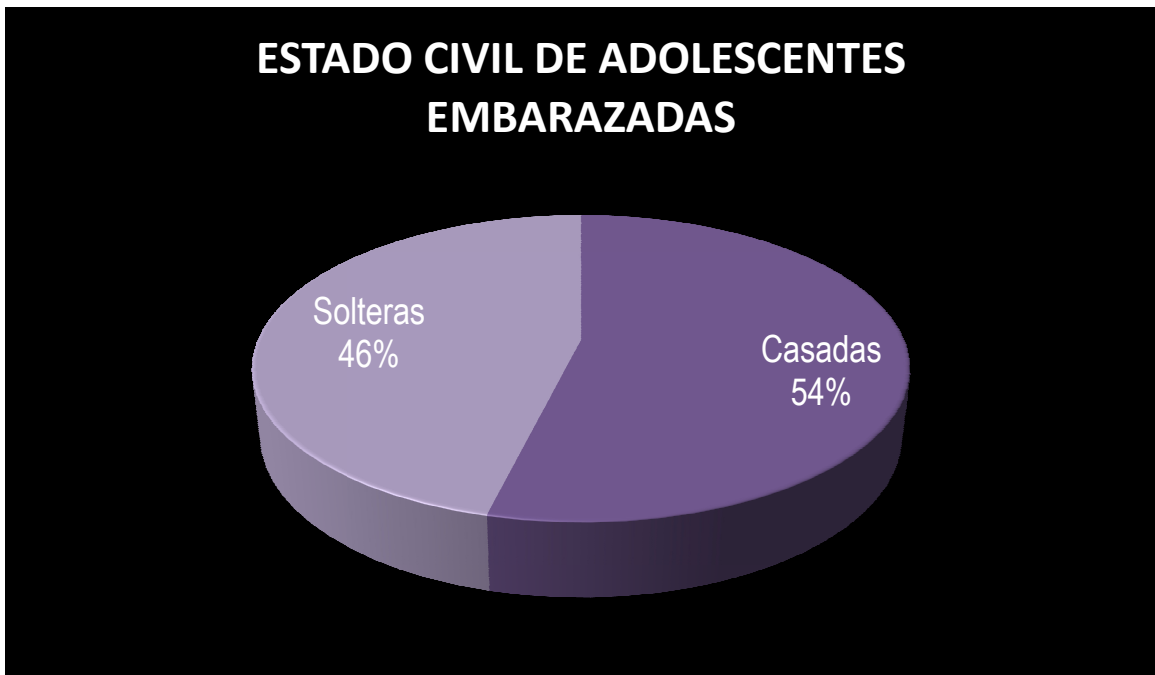
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS POR ENTREVISTADOR

GRAFICO NUMERO 3

ESTADO CIVIL DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS

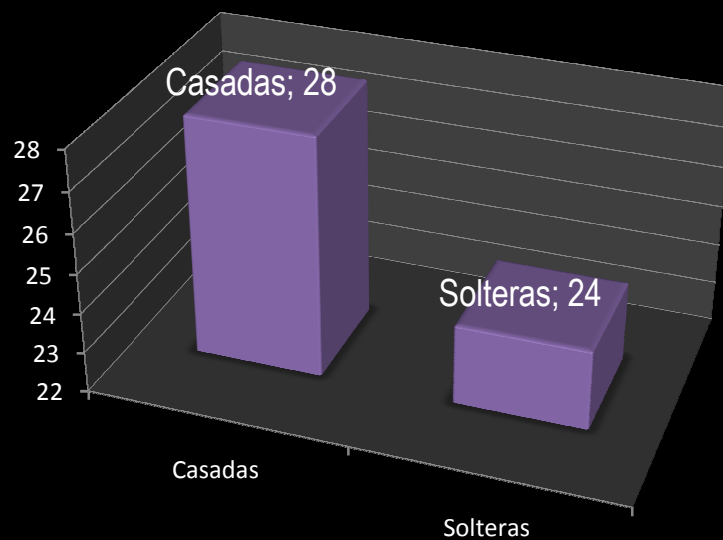
CASADAS-----53.8%(N=28)

SOLTERAS-----46.2%(N= 24)



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS POR ENTREVISTADOR

ESTADO CIVIL DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS POR ENTREVISTADOR

GRAFICO NÚMERO 4

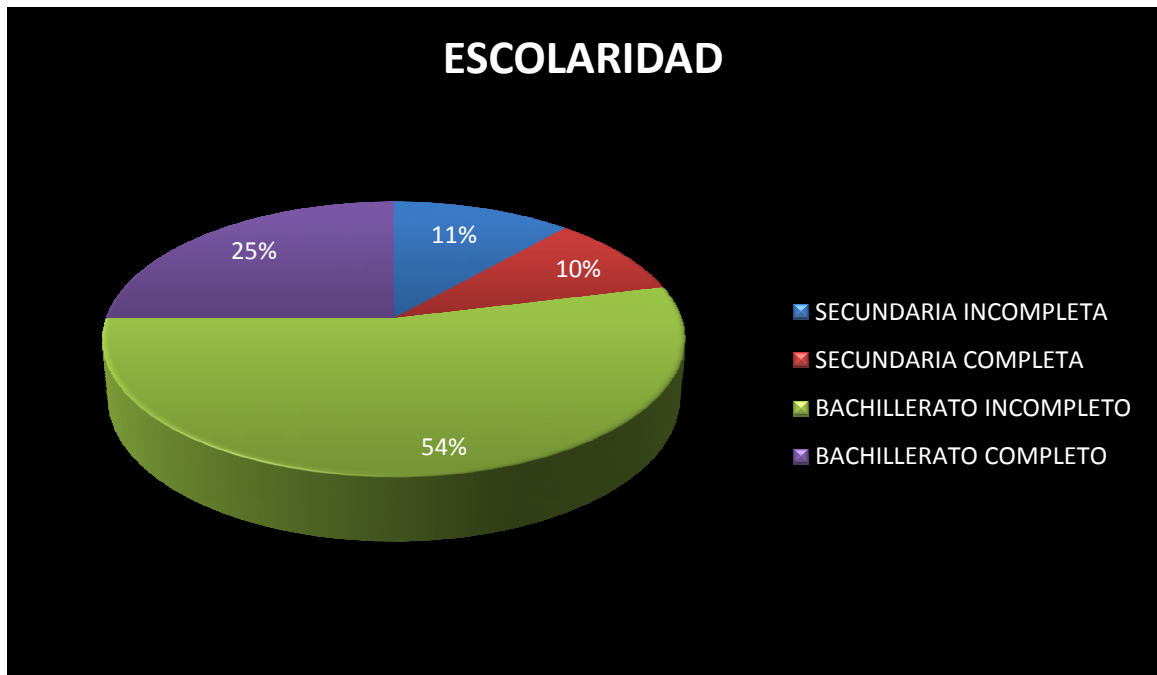
ESCOLARIDAD:

SECUNDARIA INCOMPLETA-----11.5%(N=6)

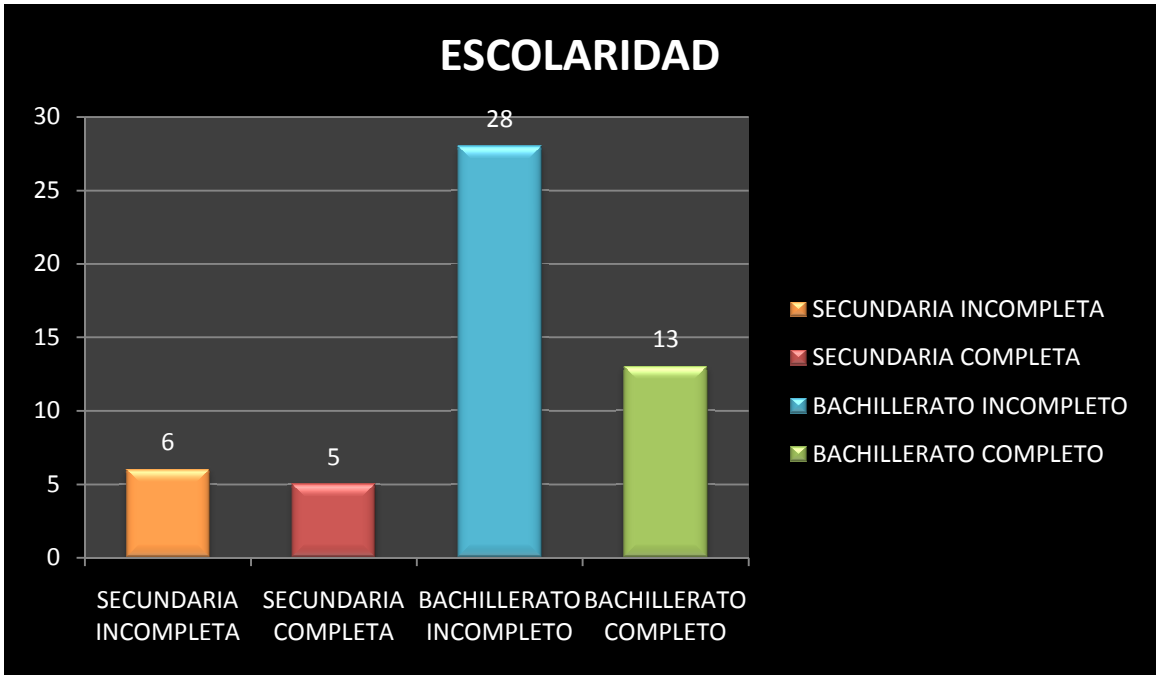
SECUNDARIA COMPLETA-----9.6%(N= 5)

BACHILLERATO INCOMPLETO-----53.8%(N=28)

BACHILLERATO COMPLETO-----25%(N= 13)



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS POR ENTREVISTADOR



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS POR ENTREVISTADOR

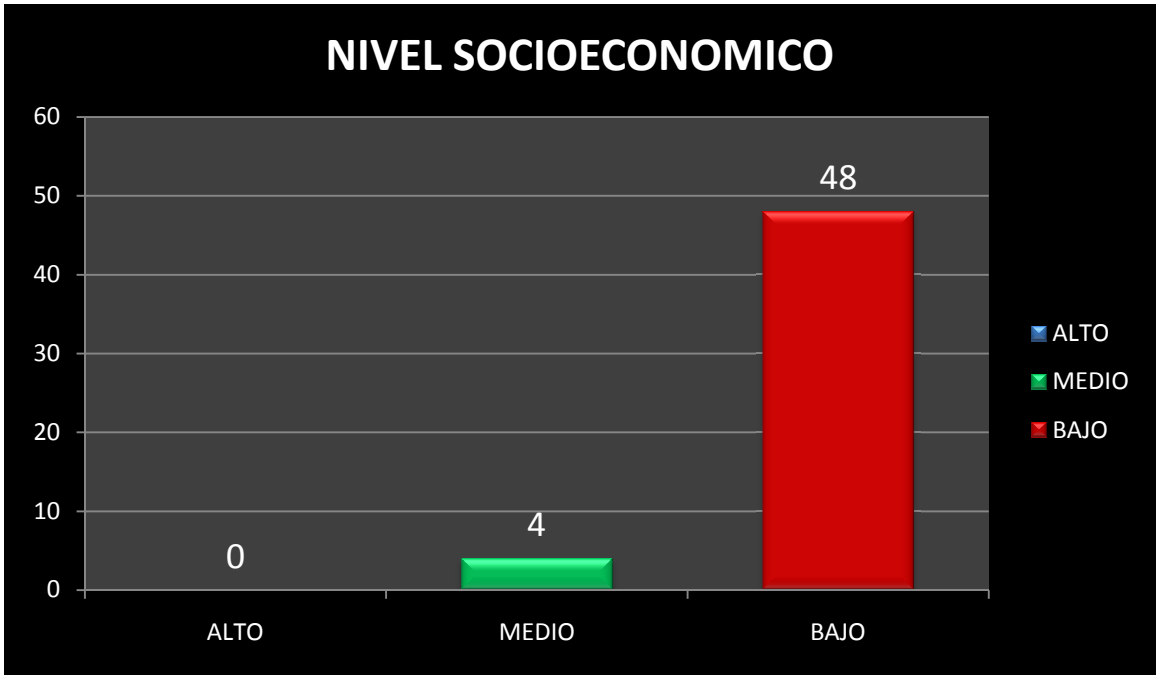
GRAFICO NÚMERO 5

NIVEL SOCIOECONOMICO

-ALTO-----	0
-MEDIO-----	7.7%(N=4)
-BAJO-----	92.3%(N=48)



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS POR ENTREVISTADOR



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS POR ENTREVISTADOR

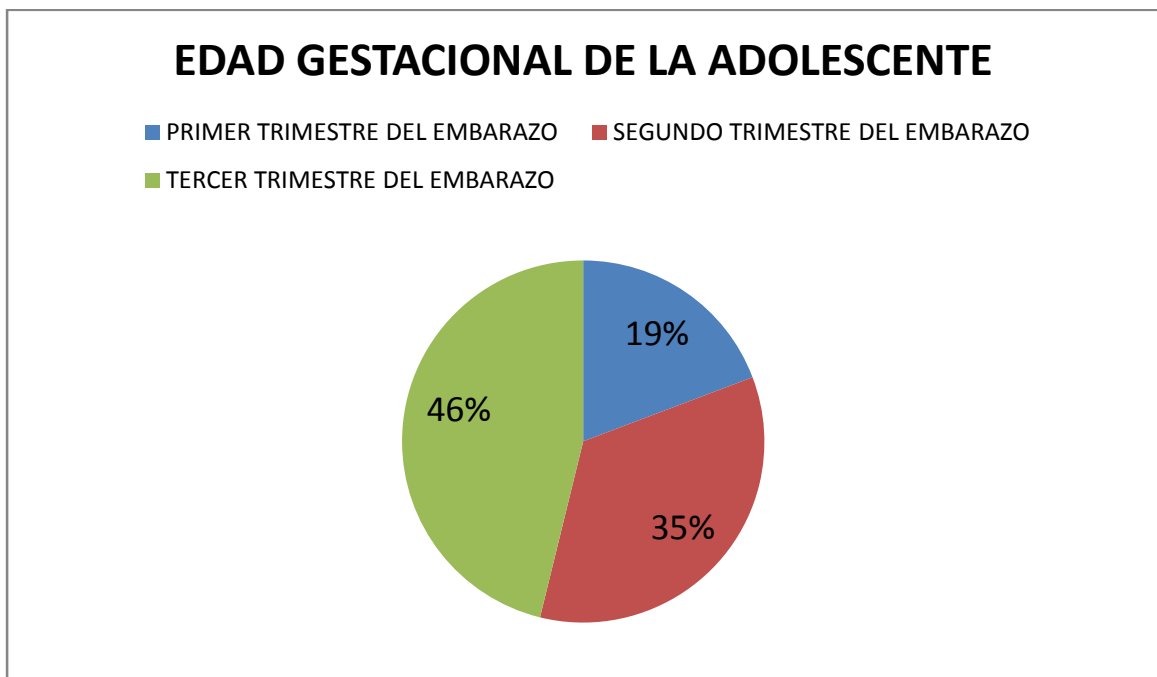
GRAFICO NÚMERO 6

EDAD GESTACIONAL DE LA ADOLESCENTE

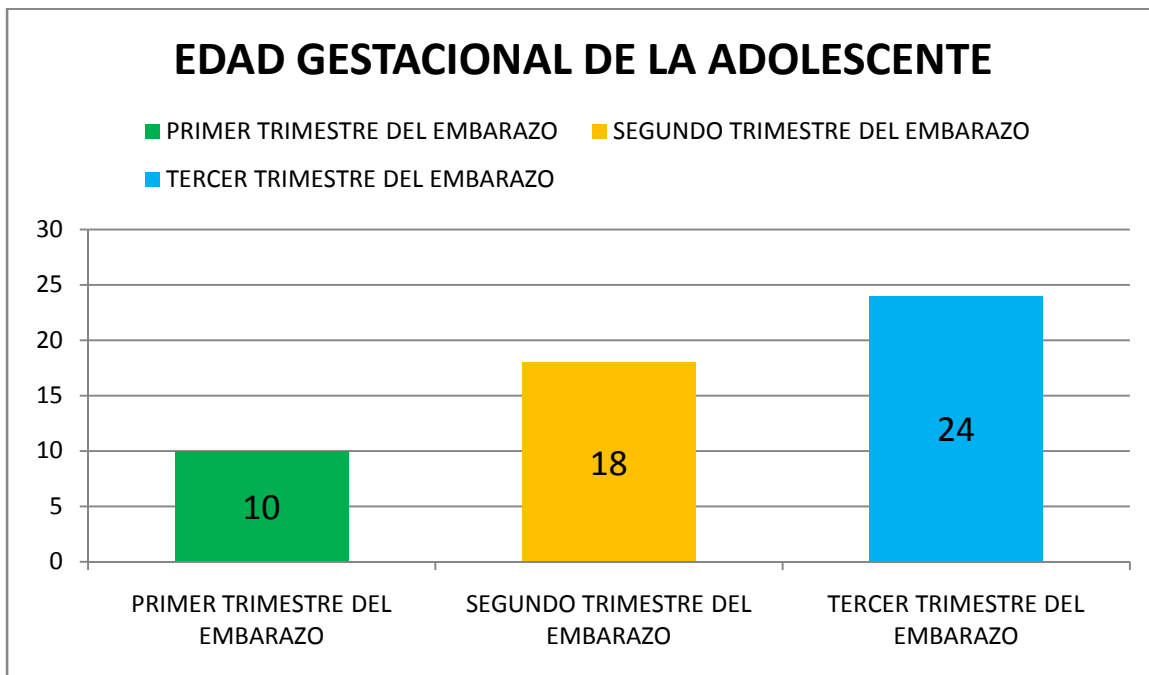
-PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO-----19-3%(N=10)

-SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO-----34.6%(N=18)

-TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO-----46.2%(N=24)



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS POR ENTREVISTADOR



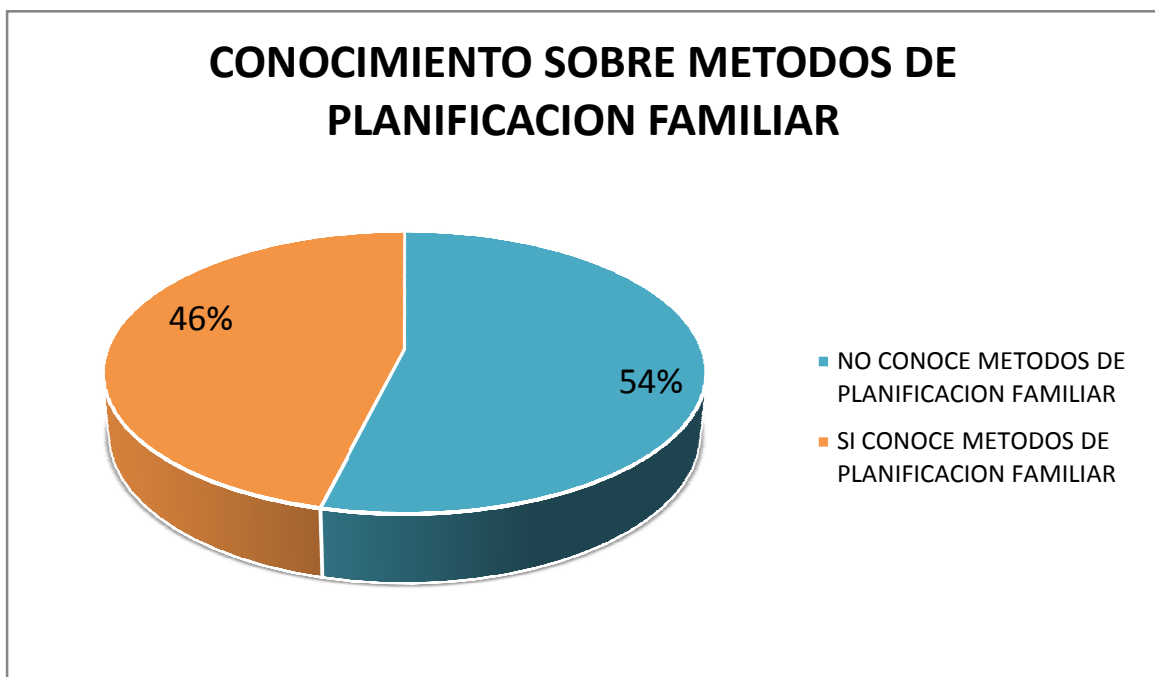
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS POR ENTREVISTADOR

GRAFICO NÚMERO 7

CONOCIMIENTO SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

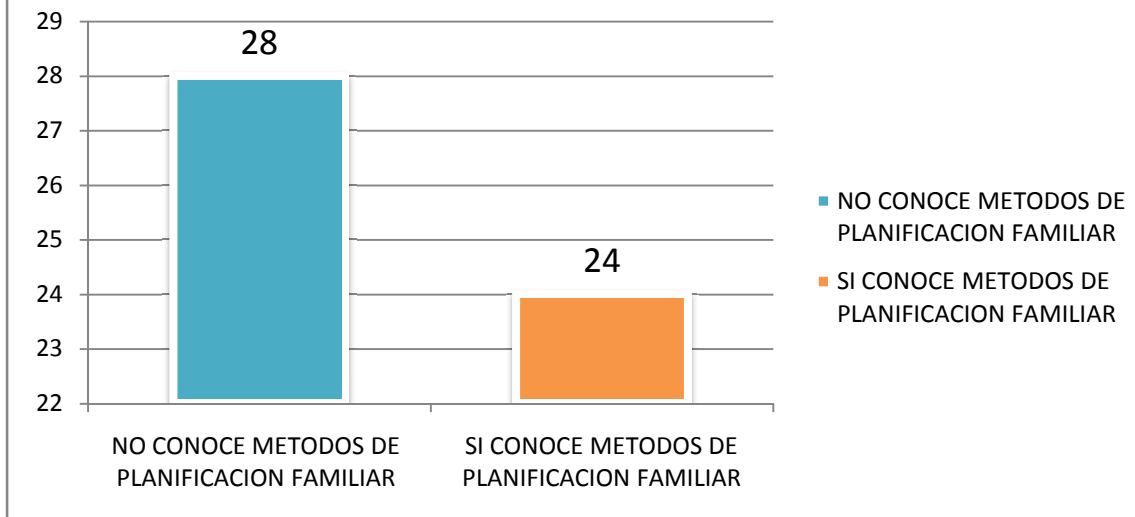
NO CONOCE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR ----53.8%(N=28)

SI CONOCE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR-----46.2%(N= 24)



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS POR ENTREVISTADOR

CONOCIMIENTO SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS POR EL ENTREVISTADOR

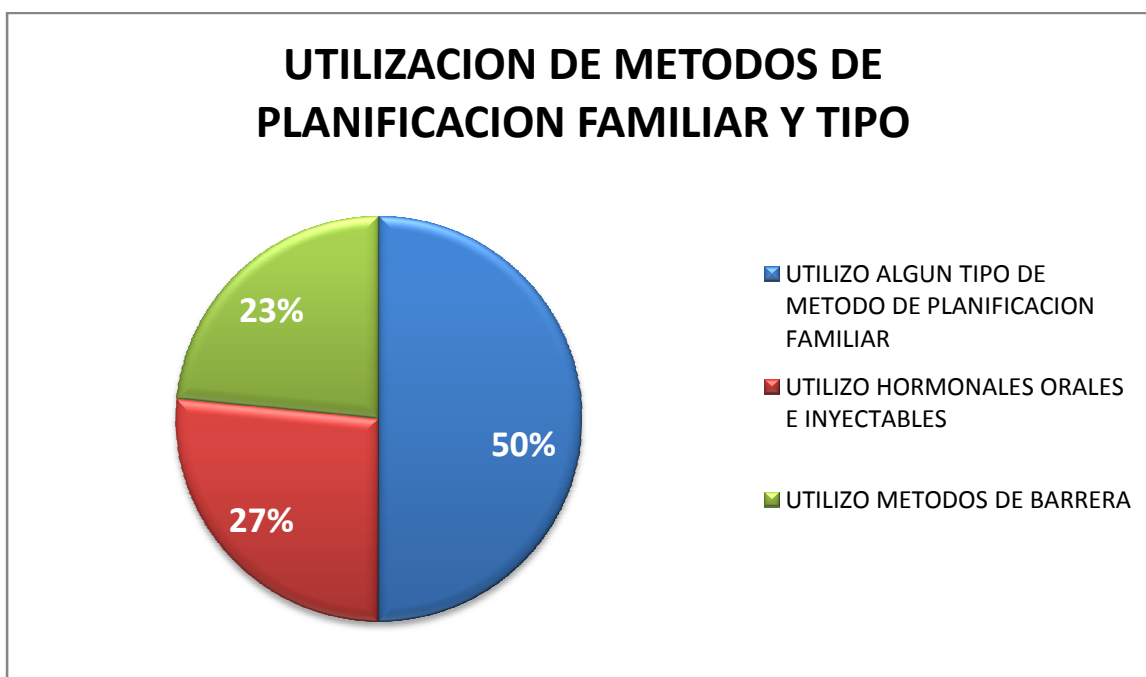
GRAFICO NÚMERO 8

UTILIZACION DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR Y TIPO

EL 61.5% UTILIZO ALGUN TIPO DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR

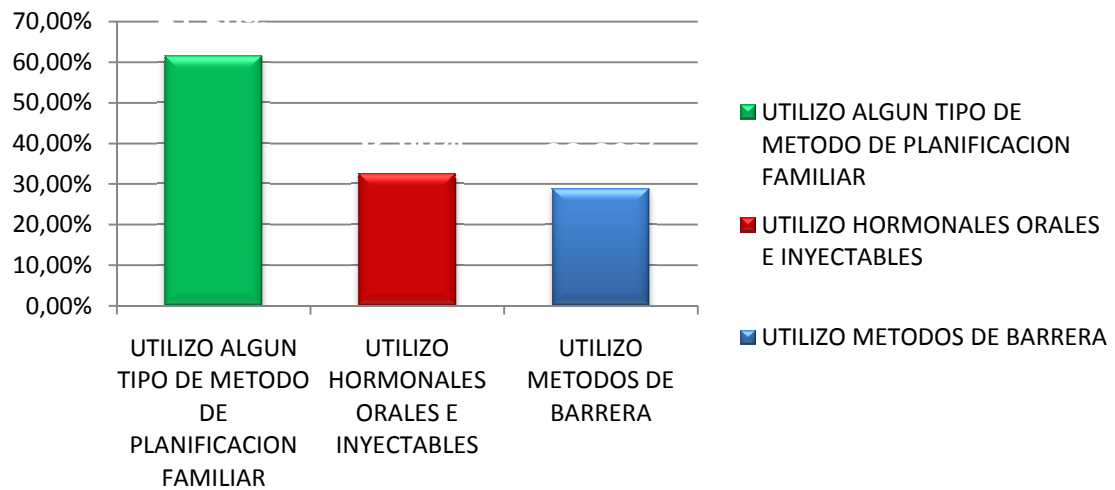
- DE ESTOS EL 32.6% (N=17) UTILIZO HORMONALES ORALES E INYECTABLES

- 28.8%(N=15) UTILIZO METODOS DE BARRERA



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS POR ENTREVISTADOR

UTILIZACION DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR Y TIPO

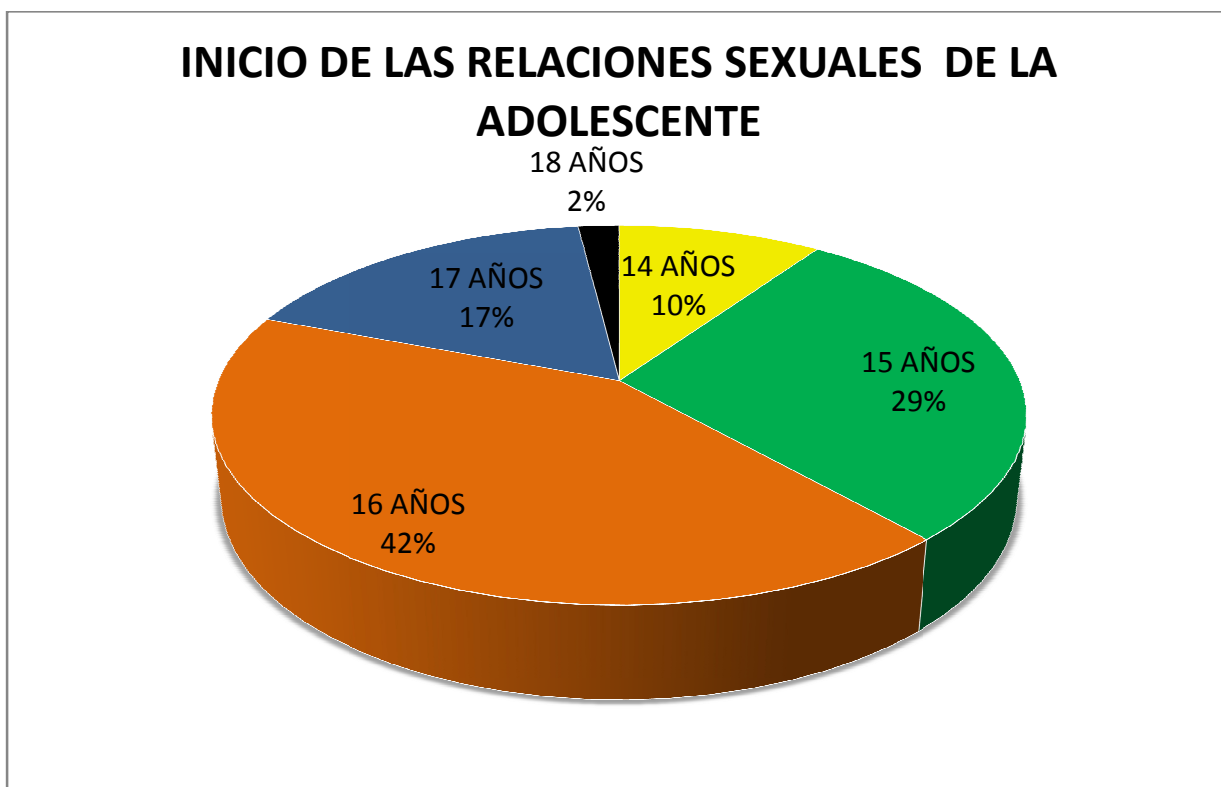


FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS POR EL ENTREVISTADOR

GRAFICO NÚMERO 9

INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES DE LA ADOLESCENTE

-14 AÑOS-----	9.6%(N=5)
-15 AÑOS-----	28.8%(N=15)
-16 AÑOS-----	42.3%(N=22)
-17 AÑOS-----	30.7%(N=9)
- 18 AÑOS-----	1.9%(N=1)



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS POR ENTREVISTADOR

DISCUSIÓN

Los resultados arrojados en esta investigación muestran que la edad promedio de las adolescentes embarazadas es de 16 años. En similitud con estudios realizados por demógrafos cubanos han demostrado un rejuvenecimiento de la fecundidad, con gran incidencia en el grupo de edad comprendido entre 10 y 19 años, fundamentalmente a partir de los 15 años.

La ocupación predominante son amas de casa. En un estudio realizado en España las madres adolescente después del embarazo siguen manteniendo la dependencia con la familia de ahí que más del 50% de los casos viven actualmente con sus padres o familiares.

El estado civil de las adolescentes son casadas. Muy similares son los resultados de un estudio realizado en Cartagena donde se observó que el 64% de los padres de las madres adolescentes viven juntos en pareja, mientras que el 20% de los padres de la madre adolescente tuvo o tiene otra pareja; también encontramos que el 35.5% de las madres adolescentes pasaban solas la mayor parte del tiempo en casa antes del embarazo.

En relación a la escolaridad de las madres adolescentes las de bachillerato incompleto fue la de mayor predominio. En estudio realizado en Cartagena Colombia, año 2007 por Dra. Díaz Cárdenas sobre prevalencia de embarazo en estudiantes adolescentes universitarias del área de la salud se encontró una prevalencia del 7%, cifra menor a la que se obtuvo en este estudio, y se debe a que la muestra de esta investigación se realizó en jóvenes de bachillerato y de la universidad donde cuentan con mayor información sobre los métodos de planificación familiar y el inicio de las relaciones sexuales a edades más tardías (18 años). Contrario a lo que dicen la mayoría de los estudios que en el

bachillerato es donde mayor información se proporciona , es en esta etapa que predomina mas el embarazo en este estudio.

Relacionado al nivel socio económico coincide con todos los estudio realizados en otras ciudades o países donde mas del 90% de las adolescentes son de nivel socio económico bajo. Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela o la comunidad, educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara específica sobre las consecuencias del intercambio sexual (incluyendo el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y efectos psico-sociales). Por lo tanto gran parte de la educación sexual que los adolescentes reciben viene a través de filtros desinformados o por compañeros sin formar.

Para identificar el nivel de conocimientos sobre algún método anticonceptivo no existe mucha diferencia entre si los conocen o no , el resultado demuestra casi el 50% de conocimientos entre un grupo y otro esto significa que aun conociendo los métodos , el sexo se realiza sin protección para evitar un embarazo, de igual forma en la variable sobre si se utiliza algún método el 50% respondió que si los utiliza, lo que significa que falta experiencia o conocimiento en el manejo para que sea este sea efectivo ,los adolescentes que escogen ser sexualmente activos se limitan frecuentemente en sus opciones anticonceptivas a la información de sus compañeros, influencias paternas, financieras, culturales y políticas.

Finalmente para conocer la edad en que se inicia la vida sexual activa ésta coincide con la mayoría de otros estudios de investigación. En estados Unidos el 18% de los adolescentes americanos han experimentado el sexo antes de los 15 años. Además este número crece hasta el 66% de adolescentes no

casadas que tienen experiencias sexuales antes de los 19 años, aspectos que coinciden con este estudio. Diferentes investigaciones han demostrado que a la edad de 19 años, el 75% de las mujeres y el 86% de los varones estadounidenses son sexualmente activos. El por qué los adolescentes practican el sexo y lo hacen sin métodos de contracepción, es un tema de discusión ardiente.

El embarazo es más probable a mayor cercanía de la menarquia. Después de 5 años de edad ginecológica la joven alcanza su madurez reproductiva, por esa razón los embarazos que inician en los primeros 5 años postmenarquia adquieren especial prioridad por los mayores riesgos maternos y perinatales que traen consigo. ⁽⁷⁴⁾.

Autores como Gonzáles A, Castellanos B y Silber J T coinciden en que la menarquia precoz y las relaciones sexuales en edades tempranas, unido al desconocimiento de los mecanismos de reproducción humana y de los métodos de control de la natalidad son factores que inciden en la aparición de embarazos en la adolescencia. ⁽⁶⁹⁻⁷⁵⁾

Investigadores como González Delgado S y Abreus Reyes D R, obtuvieron resultados que coinciden con los encontrados en esta investigación, en estudios sobre factores asociados al embarazo en la adolescencia en Carabobo, Venezuela. ⁽⁶⁰⁻⁶¹⁾

CONCLUSIONES

Se encontró que la prevalencia de embarazo en adolescentes fue del 10.8% por cada 1000 adolescentes. El inicio de las relaciones sexuales a temprana edad es alta y que el acto sexual no se lleva a cabo con la responsabilidad, ni planificación adecuada ya que casi de las dos terceras partes son embarazos no planeados o no deseado.

El nivel socio económico es bajo , sin embargo la cultura de iniciar una familia a tan temprana edad, sigue teniendo mayor fuerza a pesar de las campañas y los programas educativos y de difusión que manejan las institución tanto académicas y de salud de nuestro país. Con ello se puede comprobar que la información que reciben los adolescentes no trasciende ni se ve reflejada en su vida futura inmediata.

Los compromisos morales y sociales que implica el embarazo en una etapa con tanta inestabilidad lleva a estos jóvenes a círculos de problemática y disfunciones familiares los cuales en su vida futura limita a llevar un entorno de familia estable.

Se llega a la conclusión con todo lo anterior que la prevalencia de embarazo en adolescentes sigue siendo elevada, por ser pacientes de alto riesgo ameritan una vigilancia médica mayor, y tratar las complicaciones tanto de la madre como en el producto, amerita la utilización de recursos humanos y económicos elevados. Por lo que el abordaje a los jóvenes sobre sexualidad, valores y una formación adecuada desde el hogar debe ser intensivo y de manera adecuada, por ello se requiere la capacitación de los padres y maestros por parte del personal sanitario y de salud.

SUGERENCIAS

- Se sugiere implementar programas de educación sexual en la escuela telesecundaria del lugar y mejorar la accesibilidad de los jóvenes a los métodos anticonceptivos.
- -Elaborar trípticos con información sobre sexualidad y sus consecuencias y hacérselos llegar a los jóvenes.
- Programar reuniones con padres de familia para informar sobre la problemática que se presenta en esta edad al momento de salir a estudiar el bachillerato, etapa en la que mas se presentan los embarazos en la adolescencia en esta comunidad-
- Informar a los padres de familia sobre las complicaciones obstétricas y psicosociales que pueden presentarse en un embarazo en la adolescencia.
- Los padres necesitan seguir ayudando a sus hijos, haciéndolos responsables de sus actos, solamente de esta manera el adolescente podrá conciliar sus deseos de crecimiento en distintas áreas de su vida y sus deseos de llevar a cabo sus funciones paternas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. García Sánchez M. H., Hernández Hernández M. L., Manjon Sánchez A.: "Embarazo y adolescencia" - Dto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Univers. de Salamanca – Rev. Sobre Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, junio 2.000, pág. 10-12 – Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).
2. [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.\(2\)](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.(2))
3. American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Adolescent Pregnancy. Pediatrics 1989;83:132–3.
4. Ávila VM Morgan Of Frago, Condiciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes.
5. Kegeler SM. Sexually active adolescent and condoms: changer over one year in know to dge attitudes and use. Am J Public Health 1988;78:460-6.
6. Henskaw SK, Kost K. Prenatal involvement in minors abort indecisiones. Fam Plann Perspect 1992;24(2):196-213.
7. Wolk LI, Rosebaum R. The benefits of school-based condom availability: cross sectional analysis of a comprehensive—high school-based program. J Adolescent Health 1996;17(3):184-8
8. Garita Arce, Carlos E. y Vargas Obando, Gineth. Adolescentes de asentamientos en precario urbano: representaciones sociales de su situación socioeconómica (asentamiento La Lucía). Tesis para optar el grado de Licenciatura en Psicología. San José, C.R.: UCR, Facultad de Ciencias Sociales. Escuela de Psicología, 1989.
9. Krauskopf, Dina. Informe Nacional sobre la salud sexual y reproductiva en la adolescencia costarricense. San José, C.R.: Fondo de Población de Naciones Unidas, agosto de 1997.
10. American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Adolescent Pregnancy. Pediatrics 1989;83:132–3.
11. Balderas, L. (1983). Administración de los Servicios de Enfermería. (2da Ed.). México. Interamericana.
12. Chelala C: Concern grows about adolescent pregnancy in Cape Verde. Lancet 2000; 355: 128.

13. Hamel P. Crónica de un embarazo Anunciado: Criterios de Riesgo en Adolescentes populares Urbanas. Revista De Familias y Terapias, Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar. 1993; 44-62. - Chirinos de Cova MA. Embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Enferm 1992;8(1):50-62.- Rigol Ricardo O, Pérez Carballás F, Perea Corral J, Fernández Sacasas JA, Fernández Mirabal JE. Medicina general integral. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1987; t 2:140-53.
14. García Sánchez M. H., Hernández Hernández M. L., Manjon Sánchez A.: "Embarazo y adolescencia" - Dto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Univers. de Salamanca – Rev. Sobre Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, junio 2.000, pág. 10-12 – Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER)
15. World Health Organization. Sexual relations among young people in developing countries: evidence from WHO case studies. Ginebra: WHO, 2001.
16. Masters WH, Thompson VE, Kilondy RC. La sexualidad humana. La Habana: Editorial Científico Técnica, 1988; t 1, vol 2:115-20.
17. Maddaleno M. Enfoque familiar y los problemas de salud del adolescente. En: Florenzano R, Horwitz N, Rigeling Y, Venturini G et al, editores. Salud Familiar. 1ª. edición. Division Ciencias Médicas. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago; 1986: 125-141.
18. Coates V. Transformaciones en la familia durante la adolescencia de los hijos. Adolescencia Latinoamericana. Abril/Junio 1997; 1(1): 40-46.
19. Smilkstein G. The Family APGAR. A proposal for family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978; 6: 1231-1239.
20. Smilkstein G. The Family APGAR. A proposal for family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978; 6: 1231-1239.
21. Barnet B, Arroyo C, Devoe M, Duggan A. Reduced school dropout rates among adolescent mothers receiving school-based prenatal care. Arch Pediatr Adolesc Med 2004; 158: 262-268.
22. Torres Pilar, Walker Dilys M., Gutiérrez Juan Pablo, Bertozzi Stefano M. Estrategias Novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/sida entre adolescentes Escolarizados.

23. Carrillo, Ma. de los Angeles. Hijos sin afecto, madres sin apoyo. En: Otra mirada. Año 1, N° 1. Enero - Febrero, San José, Costa Rica: Centro Mujer y Familia, 1997. -Kilondy RC, Masters WH, Thompson VE. La sexualidad humana. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1998; t 1, vol 1:283-314.
24. Kilondy RC, Masters WH, Thompson VE.
25. Chirinos de Cova MA. Embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Enferm 1992;8(1):50-62.
26. Rigol Ricardo O, Pérez Carballás F, Perea Corral J, Fernández Sacasas JA, Fernández
27. -Mirabal JE. Medicina general integral. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1987; t 2:140-53.
28. Jolly MC, Segire N, Harris J, Robinson S, Regan L: Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. ObstetGynecol 2000; 96(6): 962-6.
29. Vera G, Gallegos MS, Varela M: Salud mental y embarazo en adolescentes. Contexto de la gestación y consecuencias biográficas tempranas. RevMéd Chile 1999; 127: 437-43.
30. Sulak PJ, Haney AF: Unwanted pregnancies: understanding contraceptive use and benefits in adolescent and older women. Am J ObstetGynecol 1993; 168: 2042-8.
31. National Center for Health Statistics. Advance report of final nataly figures 1990. Monthly Vital Statistics Report. Hyatts Ville. Maryland: Public Health Service 1993; 41. 59.-Otterblad P, Cnattingius S, Haglund B: Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. Br J ObstetGynaecol 1999; 106(2): 116.
32. Pelaez J: Adolescente embarazada: Características y riesgos. Comentarios al trabajo de AngelMaida y cols. RevSogia 1996; 3(1): 13-16.
33. Vera G, Gallegos MS, Varela M: Salud mental y embarazo en adolescentes. Contexto de la gestación y consecuencias biográficas tempranas. RevMéd Chile 1999; 127: 437-43.
34. Anuario de estadísticas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital del Salvador.

35. Montero A, Matamala M, Valenzuela M: Principales características biosociales del embarazo y parto en adolescentes. Rev Sogia 1999; 6: 10.
36. Oyarzún E: Rotura prematura de membranas. Alto riesgo obstétrico. 2ª ed. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile 1996; 97-112.
37. Castro S: Adolescente embarazada: Aspectos orgánicos. Embarazado en adolescentes. Diagnóstico 1991. 1ª ed. Chile: SERNAM UNICEF, 1992
38. Krauskopf, Dina. Informe Nacional sobre la salud sexual y reproductiva en la adolescencia costarricense. San José, C.R.: Fondo de Población de Naciones Unidas, agosto de 1997.
39. American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Adolescent Pregnancy. Pediatrics 1989;83:132-3.
40. United Nations Population Found. Valorizar a 1 000 millones de adolescentes: inversiones en su salud y sus derechos. New York: UNFPA, 2003.
41. Martínez E et al: Experiencia de una unidad de gestantes precoces. Rev Chil Obstet Ginecol 1985; 50(2): 127-3940
42. Pelaez J: Adolescente embarazada: Características y riesgos. Comentarios al trabajo de Angel Maida y cols. Rev Sogia 1996; 3(1): 13-16.
43. Hollingsworth DR, Kreutner AK: Teenage pregnancy. N Engl J Med 1980; 304: 516.
44. Barnet B, Arroyo C, Devoe M, Duggan A. Reduced school dropout rates among adolescent mothers receiving school-based prenatal care. Arch Pediatr Adolesc Med 2004;158:262-268.
45. Barton JR, Stanziano GJ, Jacques DL, Bergauer NK, Sibai BM: Monitored outpatient management of mild gestacional hypertension remote from term in teenage pregnancies. Am J Obstet Gynecol 1995; 173(6): 1865-8.
46. Cordoví Fiffe YM. Comportamiento sexual y reproductivo de adolescentes y jóvenes de un área de salud. Tesis para optar por la Especialidad de I Grado en Medicina General Integral. Facultad "Calixto García", Ciudad de La Habana, 2003.
47. Alba Cortés Alfaro, 1 Yuliet Marleidy Fiffe, 2 René García Roche, 3 Alina Mezquía Valera 4 y Dania Pérez Sosa 5. Rev Cubana Med Gen Integr vol. 23 no. 1 Ciudad de La Habana Jan.-Mar. 2007

48. Alba Cortés Alfaro,¹YulietMarleidys Fiffe,² René García Roche,³ Alina Mezquía Valera⁴ y Dania Pérez Sosa⁵. Rev Cubana Med Gen Integr vol.23 no.1 Ciudad de La Habana Jan.-Mar. 2007
49. García Sánchez M. H., Hernández Hernández M. L., Manjon Sánchez A.: "Embarazo y adolescencia" - Dto. Obst. yGinec. Hptal. Clín. Univers. de Salamanca – Rev. Sobre Salud
50. <http://www.angelfire.com/pe/actualidadpsi/embarazo.html>
51. Revista electrónica de portales medicos <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3046/11/Factores-asociados-al-embarazo-en-la-adolescencia>
52. Vera G, Gallegos MS, Varela M: Salud mental y embarazo en adolescentes. Contexto de la gestación y consecuencias biográficas tempranas. RevMéd Chile 1999; 127: 437-43.
53. Sulak PJ, Haney AF: Unwanted pregnancies: understanding contraceptive use and benefits in adolescent and older women. Am J ObstetGynecol 1993; 168: 2042-8.
54. National Center for Health Statistics. Advance report of final nataly figures 1990. Monthly Vital Statistics Report.Hyatts Ville. Maryland: Public Health Service 1993; 41.
55. <http://leidycampoupssp.blogcindario.com/2005/08/00001-trabajo-de-investigacion.html> Tavera orozco L. "contribucion de la adolescencia a muerte materna en el Perú" ginecolobstperu 2004, 50 (2) 111-122.

ANEXOS

HOJA DE ENCUESTA

PREVALENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA UNIDAD DE MEDICINA AUXILIAR PLAYA COLORADA, ANGOSTURA, SINALOA

No. De encuesta _____

1.-Edad: _____

2.-Ocupación _____

3.- Estado Civil: 1) Soltera 2) Casada 3) Divorciada o separada

4) Viuda 5) Unión libre

4.-Escolaridad _____

5.-Nivel socioeconómico _____

6.-Semanas de gestación: _____

7.-Conoce los métodos de planificación familiar y cómo funcionan?

1.-SI ____ 2.-NO ____

8.-Utilizó algún método de planificación familiar (anticonceptivo):

1.-SI ____ 2.-NO ____

a) Métodos Hormonales ____ b) Dispositivos intrauterinos ____

c) De barrera y espermicida ____ d) Observación de la fertilidad ____

e) Método lactancia y amenorrea ____ f) Métodos tradicionales ____

9.-Edad de Inicio de vida sexual activa

**PREVALENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA
UNIDAD MEDICA DE APOYO PLAYA COLORADA,
ANGOSTURA, SINALOA**

CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

Por medio de la presente carta DECLARO que he sido informado por el Dr. César René Montoya Arias sobre el propósito del protocolo de estudio PREVALENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA UNIDAD MEDICA DE APOYO PLAYA COLORADA, ANGOSTURA, SINALOA, donde se respetara el anonimato de mi persona como de mi familia y que toda información que genere será para beneficio en que los resultados derivados de la presente investigación nos servirán para intentar mejorar la calidad en la atención que otorgamos a nuestros pacientes.

Entendiendo con lenguaje claro y conciso el propósito del protocolo ACEPTO con toda libertad y pleno juicio de mis facultades mentales el participar en este proyecto.

Firma o huella digital del paciente

Firma Testigo

Lugar y Fecha: _____