



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN SINALOA

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NUMERO 32,
GUASAVE, SINALOA**

PREVALENCIA DE EMBARAZO DEL ADOLESCENTE EN EL

HGSZ NO 30 GUAMUCHIL SINALOA.

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

ROEL LÓPEZ QUIÑÓNEZ

ASESOR: DR MARCO ANTONIO RANGEL GARCÍA

GUASAVE, SINALOA

2013



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.

**PREVALENCIA DE EMBARAZO DEL ADOLESCENTE EN EL
HGSZ NO 30 GUAMÚCHIL SINALOA.
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR PRESENTA:**


ROEL LÓPEZ QUIÑÓNEZ



**DR. MARCO ANTONIO RANGEL GARCÍA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS.
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA
FAMILIAR No 32, GUASAVE, SINALOA.**



**DRA. ALMA LORENA LOPEZ ARMENTA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS**



**MC. PAULA FLORES FLORES
DIRECTOR DE TESIS
COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
CULIACAN, SINALOA.**

**PREVALENCIA DE EMBARAZO DEL ADOLESCENTE EN EL
HGSZ No 30 GUAMUCHIL SINALOA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DR. ROEL LÓPEZ QUIÑONEZ


AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE EDUCACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 2501
H.GRAL. REG NUM 1, SINALOA**

FECHA 30/01/2012

**DR. ROEL LOPEZ QUIÑONEZ.
P R E S E N T E.**

Por medio del presente se hace constar que el protocolo de investigación en salud presentado por usted, cuyo título es ;

**PREVALENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN HGSZ. No. 30. GUAMUCHIL
GUASAVE SINALOA.**

Que usted sometió a consideración del Comité Local de Investigación en Salud, se encuentra en revisión por integrantes del comité para posteriormente ser capturado en el SIRELCIS de acuerdo con las recomendaciones de los revisores.

No. de Folio
F-2012-2501-09

Atentamente.


**DR. MANUEL VARGAS ROBLES
PRESIDENTE DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION EN SALUD NÚM. 2501**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACION Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2501
H.G.R. No. 1 Sinaloa.

FECHA 19/10/2012

DR. ROEL LOPEZ QUIÑONEZ
P R E S E N T E.

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título :

**“PREVALENCIA DE EMBARAZO DEL ADOLESCENTE EN EL HGSZ. No. 30
GUAMUCHIL SINALOA”.**

Que Usted sometió a consideración del Comité Local de Investigación y Ética en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética médica y de investigación vigente, por lo que el dictamen emitido es **AUTORIZADO**, con el número de registro Institucional.

No. de Registro

R-2012-2501-53

Atentamente:

DR. MANUEL VARGAS ROBLES

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2501.

INDICE GENERAL

1.- Marco teórico	8
1.1 Antecedentes científicos	8
1.2 Antecedentes históricos	29
2.- Planteamiento del problema	33
3- Justificación	35
4.- Objetivos	37
4.1 General	37
4.2 Específicos	37
5.- Metodología	38
5.1.- Tipo de estudio	38
5.2.- Diseño de investigación	38
5.3.- Población, lugar y tiempo de estudio	38
5.4.- Tipo de muestra y tamaño de la muestra.	38
5.5- Criterios de selección	39
5.5.1.- Criterios de inclusión	39
5.5.2.- Criterios de exclusión	39
5.5.3.- Criterios de eliminación	39
5.6.- Variables.	39
5.6.1.- Tipo de variables.	39
5.6.2.- Operacionalidad de variables.	40
5.7.- Instrumento de recolección de datos	43
5.8.- Método o procedimiento para captar la información.	43
5.9.- Análisis estadísticos.	44
5.10.- Recursos.	44
5.10.1.- Recursos humanos	44
5.10.2.- Recursos materiales	44
5.11.-Cronograma de actividades.	45
6.- Resultados.	46
7.- Discusión.	56

8.- Conclusiones.	59
9.- Referencias bibliográficas.	60
10.- Anexos.	66

1.- MARCO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Se denomina embarazo o gestación al proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. En el ser humano la duración media es de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses- calendario).¹

Dos términos que a veces se confunden son pubertad y adolescencia; la pubertad es la etapa en la cual los órganos sexuales primarios inician su madurez y empiezan a aparecer los secundarios. Debemos añadir que con ella empieza esa fase más amplia llamada adolescencia. A la pubertad la podemos considerar un fenómeno biológico durante el cual el cuerpo experimenta una serie de transformaciones sexuales que permiten la procreación. La adolescencia se deriva de la pubertad, ya que es la respuesta psíquica y social originada por los cambios corporales. Pero la gran diferencia entre una y otra etapa es que en la pubertad se descubre el sexo y durante la adolescencia se da un paso más allá, es decir, se ponen en práctica los descubrimientos anteriores: aparecen las fantasías sexuales y los genitales se definen. La adolescencia tiene su punto de partida con la pubertad, lo que no está claro es cuándo termina.²

En cuanto a la adolescencia la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como el "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.³ La adolescencia es un periodo de rápido crecimiento y desarrollo que incluye las esferas físicas, emocional, cognitiva y social.⁴ Es considerada 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. Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

– Adolescencia Temprana (10 a 13 años): Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho 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 prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período 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; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

– 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 mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.⁴

Es por ello que una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida en que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes.⁵

Se entiende por embarazo precoz aquel que ocurre durante la adolescencia (10 a 19 años), momento en el cual no se reúnen las condiciones de madurez sexual ni psicosocial para asumir la maternidad o paternidad en forma sana integralmente.² La OMS, considera como embarazo de riesgo el que ocurre en

mujeres menores de 20 años ya que es la causa principal de mortalidad en jóvenes de 15 a 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto y los abortos practicados en condiciones de riesgo.⁶

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública que tiene implicaciones médicas, psicosociales, políticas y económicas que afectan no sólo a la adolescente y su familia sino también a su comunidad, debido a que la maternidad juvenil reproduce el ciclo de pobreza y tiene como consecuencia para la sociedad una alta pérdida de población con instrucción y productividad, que finalmente repercutirá en el desarrollo económico del país.⁷

El inicio de la actividad sexual expone a las adolescentes a una serie de riesgos que comprometen su salud sexual y reproductiva, además de su desarrollo psicológico y social, pues esta se comienza sin una adecuada orientación y sin conocimiento pleno de las complicaciones que les puede conllevar esa actividad sexual precoz sin la debida protección. Al inicio sexual en edades tempranas se relacionan diferentes factores favorecedores, dentro de ellos se citan: la ignorancia sobre la reproducción humana que tienen los adolescentes, la mala comunicación con los padres, el desconocimiento de los padres sobre sexualidad, vivir con uno solo de los progenitores, ser hija o hijo de padres adolescentes, la influencia de los grupos de amigos, televisión, periódicos y revistas. Son miles las adolescentes que por distintos motivos y circunstancias conciben un embarazo sin haberlo planificado, ya que en sus prioridades no se encuentra planificar un embarazo, y la decisión que tome la adolescente de abortar o de continuarlo siempre va a repercutir en su vida futura.⁸

Dentro de los factores que hacen que un adolescente se convierta en madre están el visualizar la sexualidad como algo malo, a menudo los adolescentes tienen ideas vagas y distorsionadas, con frecuencia no esperan quedar embarazadas después de una relación sexual, son naturalmente impulsivos y es menos probable que actúen en forma planeada como los adultos y que acudan a los

servicios de salud posteriormente. Buscar y obtener asesoría, consejería y servicios en materia se vuelve muy difícil para un adolescente sin experiencia y generalmente están dirigidos a la mujer y no al varón.⁹

En los últimos tiempos se utilizan términos como: revolución sexual; determinada por la iniciación temprana de las relaciones sexuales. El inicio temprano de las relaciones es la principal conducta de riesgo y expone a los adolescentes y las adolescentes al riesgo de embarazos no deseados. Estos por sus riesgos y complicaciones traen aparejados consecuencias psicológicas, sociales y biológicas para la madre y el niño.⁴

En la historia de los aspectos relacionados con la sexualidad, se puede ver que el comportamiento de los humanos depende de las creencias e influencias culturales de cada civilización, que imprime en sus integrantes sus propios patrones de normalidad. Cada una de las épocas ha tenido sus peculiaridades y enfoques sobre la sexualidad; en correspondencia con ello se prepara a los miembros de esa sociedad para asumir el rol que les corresponde.⁴

EPIDEMIOLOGIA:

Las cifras de embarazo adolescente son verdaderamente preocupantes constituyendo un problema que afecta, no sólo a los países en vías de desarrollo, sino a las sociedades más desarrolladas.¹⁰ En el mundo existen más de mil millones de adolescentes que aportan anualmente 15 millones de partos y de ellos el 80% son pertenecientes a países en vías de desarrollo. En España se producen 18000 embarazos anuales en adolescentes, 7 000 deciden interrumpirse la gestación y 800 tienen entre 11 y 15 años. En Colombia 70 de cada 1 000 adolescentes se convierten en madres cada año, el 12 % procede de zonas urbanas y el 16 % de zonas rurales; requieren de servicios de anticoncepción porque ya han tenido un hijo y siguen siendo adolescentes.¹¹

En la mayoría de los países los adolescentes inician sus relaciones sexuales más tempranamente y una de las consecuencias es el embarazo precoz. A nivel mundial el 30% de los nacimientos ocurren en mujeres de 15 a 24 años de edad.

En algunos países de América la proporción de madres y embarazadas adolescentes ha sido significativa. Por ejemplo, en 2000 fue del 12% en Estados Unidos, del 15% en México, del 18% en Haití; para 2003 Bolivia tenía 15,7%.¹²

El adolescente de hoy en día tiene mayores posibilidades de enfrentar el fenómeno de un embarazo, deseado o no, lo cual acarrea toda una serie de problemas. Para poder comprender mejor lo dramático de la situación debemos recordar que alrededor del 50 % de las adolescentes entre 15 y 19 años, tienen vida sexual activa. Hay autores que plantean un incremento del 10 % anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19. Por otro lado, el 25 % de las adolescentes con experiencia sexual se embarazan y ocurre el 60 % de estas gestiones en los primeros 6 meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales. Además debemos añadir que alrededor del 35 % de las madres adolescentes son solteras y que el 50 % de las madres solteras son adolescentes; si añadimos que entre el 60 y el 70 % de estos embarazos no son deseados, podemos comprender los efectos psicosociales de este fenómeno.¹³

La edad de inicio de las relaciones sexuales se encuentra directamente relacionada con el incremento de la probabilidad de un mayor número de hijos al final de la vida reproductiva de una mujer. Dicha edad es cada vez más temprana entre los adolescentes; en Colombia el inicio de las relaciones sexuales en menores de 15 años pasó de 5,6 por ciento en el año 2000 a 13,6 por ciento en el 2005. En el 2005, alrededor del 40 por ciento de las adolescentes de 15 a 19 años ya había tenido actividad sexual.¹⁴

La OMS estima que 16 millones de adolescentes entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, de las cuales el 95 % de los nacimientos ocurren en países en desarrollo, lo anterior sugiere que existen factores sociales y culturales asociados a las altas tasas de embarazo en los adolescentes.¹⁵

CONSECUENCIAS NEGATIVAS PARA LA MADRE, EL HIJO Y LA SOCIEDAD:

Riesgos para las madres: La maternidad temprana obstruye la acumulación de activos en capital humano y social necesarios para mantener expectativas razonables de movilidad social, sobre todo porque dispara la deserción escolar y reduce significativamente el tiempo disponible para las actividades formativas. La fecundidad adolescente, cuando ocurre a edades muy tempranas (en particular, antes de los 17 años) entraña riesgos para la salud asociados a la falta de madurez fisiológica. La fecundidad adolescente suele recluir a las madres en actividades domésticas y empujar a los padres al mundo laboral en condiciones precarias. Esta inserción desmedrada en el mundo del trabajo y de la educación también tiene consecuencias sobre la adquisición de activos en capital social. El abandono de establecimientos educativos y la ausencia o debilidad de experiencia laboral priva a las madres adolescentes de vínculos con redes de personas que pueden cumplir un importante papel en la provisión de información y contactos que facilitan el acceso al mercado laboral y aumentan la posibilidad de obtener buenos puestos.

Riesgos para la descendencia: La maternidad temprana es uno de los eslabones centrales en los mecanismos de reproducción intergeneracional de la pobreza, pues el desarrollo del capital educativo y social de los niños depende en gran medida de la mayor o menor riqueza de activos de los progenitores. La fecundidad adolescente se asocia a alta fecundidad al final de la vida fértil, por lo que los hijos tenidos durante la adolescencia frecuentemente deben compartir los usualmente escasos recursos de tiempo, espacio y dinero de sus hogares con varios otros niños. La maternidad en la adolescencia tiene una mayor probabilidad de ser uniparental, lo que constituye una desventaja de base para los hijos.

Riesgos para la sociedad: Con la maternidad temprana, la sociedad no sólo pierde el aporte de recursos humanos potenciales de la madre y de su descendencia, sino que además debe invertir recursos adicionales en el sistema educativo

tendientes a compensar la incapacidad de esos hogares para complementar el esfuerzo de las escuelas.¹⁶ No hay duda de que el embarazo adolescente contribuye al crecimiento de la población y que, en tanto lo haga de manera desmesurada, puede constituirse en un factor negativo para el bienestar presente o futuro de la sociedad y, por tanto, definirse como un problema público legítimo. Empero, habría que valorar su peso real en el crecimiento de la población- que probablemente no es muy elevado- y circunscribirlo a ciertos sectores de la misma en los que el fenómeno se concentra: en los sectores más pobres de la sociedad, en los que, además, la fecundidad tiende a ser elevada independientemente de la edad del primer embarazo.¹⁷

SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

La sexualidad de la adolescencia está estudiada, generalmente, desde una visión adulto-céntrica, siendo poco explorada desde la óptica personal de su principal actor y omitiendo que los adolescentes presentan variados intereses, referencias, modas, formas de expresión y actitudes, las cuales están determinadas por su entorno sociocultural, buscando así respuestas a estas inquietudes en el entorno familiar, escolar, social y a través de sus pares.¹⁸

Se debe tener en cuenta que la evolución de la madurez biológica, psicológica y social se ha ido separando progresivamente con el paso de los años. En lo biológico existe una clara tendencia al descenso del inicio de los cambios puberales y la aparición de la menarquia, y con esto el despertar del interés sexual y el comienzo de las relaciones sexuales más precoces lo que le permite a una adolescente ser madre a edades tan tempranas como los 11 años. Sin embargo la madurez psicosocial tiende a retrasarse cada vez más por los años de estudio que tiene que emplear un joven para lograr su independencia económica, en cuanto a lo psicológico existen cambios que permitirán la formación de la personalidad en su plenitud y como parte de la personalidad está la sexualidad por lo que este es

el momento de transmitir valores que ayuden a desarrollar comportamientos, actitudes sexuales, adecuada autoestima, responsabilidad e independencia.¹⁹

El embarazo adolescente se convierte en una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia por los cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Al no ser planificado, en la mayoría de los casos, la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social. Teniendo en cuenta que en general, las parejas no se casan y que deben convivir con su familia de origen, la maternidad puede ser considerada como una crisis de desarrollo que presenta aspectos difíciles, pero también alegrías y ventajas que pueden generar un crecimiento psíquico y social. En la mayoría de los embarazos adolescentes, se ocasiona deserción estudiantil debido a diversas causas, siendo frecuente la dificultad económica, seguida de la pérdida del apoyo familiar y de la pareja, así como la presión social.⁶

Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 4 ó 5 años antes de ser emocionalmente maduros y muchos se inician sexualmente antes de los 18 años, y de contraer matrimonio. En América Latina y en Venezuela, la edad modal de la primera relación sexual ocurre alrededor de los 15 años, para los varones y un poco más tarde para las adolescentes. El inicio de la actividad sexual sin una adecuada educación sexual y sin los servicios de apoyo de orientación y salud adecuados para este grupo poblacional, propicia comportamientos de riesgo que pueden acarrear embarazos no deseados o no planificados.²⁰

La primera relación sexual cada vez ocurre en estadios de la vida más tempranos lo cual se asocia a un mayor riesgo de embarazos y de contraer enfermedades de transmisión sexual invalidantes. Mientras más precoz ocurre el primer coito mayor es el número de parejas sexuales que tienen esas personas y por lo tanto los riesgos se multiplican.⁵

En la actualidad los jóvenes se enfrentan a un mundo globalizado en el que el tipo de vida que se llevan los envuelve en el estrés y la falta de comunicación con las personas y lo más importante con la familia, lo que ocasiona que los adolescentes no tengan diálogo con los padres acerca de un tema o situación problemática. La comunicación familiar es un factor determinante de las relaciones que se establece en el núcleo familiar y las relaciones que se establecerá con los demás.²¹

CAUSAS:

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

1. El inicio, cada vez más precoz de las relaciones sexuales. Entre los factores que condicionan el inicio precoz de las relaciones sexuales podemos citar:

Factores biológicos: Se ha demostrado relación entre el comienzo de las relaciones sexuales y la edad de maduración sexual. Con el adelanto de la menarquia que se está produciendo, se han adelantado las relaciones sexuales.¹⁰

Factores familiares: El modelo familiar se transmite de padres a hijos y se ha demostrado que las hijas de madres adolescentes tienen el doble de posibilidades de ser, ellas mismas, madres adolescentes. Además del modelo familiar la comunicación que se establezca entre padres e hijos es otro de los factores determinantes del inicio precoz de las relaciones sexuales y de un eventual embarazo.

Factores ambientales: Las malas o bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes, tanto del embarazo adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales. Por ello se observa cómo la fecundidad adolescente no se distribuye de forma homogénea entre los diferentes estratos sociales, apreciándose zonas de elevada prevalencia dentro de una misma área geográfica. Otro de los factores ambientales asociados al inicio precoz de las relaciones sexuales ha sido la falta de escolarización de los jóvenes, hecho que afortunadamente ya no sucede en

nuestro país, pero que constituye una dramática realidad en otras latitudes. Otra de las cuestiones que se ha relacionado, de manera casi constante, con el inicio de las relaciones sexuales ha sido el ámbito o medio de hábitat de los jóvenes, habiéndose postulado que en el medio rural se inicia antes la actividad coital que en el medio urbano y, como consecuencia, se observan tasas más elevadas de embarazo adolescente.

2. No utilización de método anticonceptivo eficaz. Los factores que inciden en la escasa utilización de anticoncepción en esta época de la vida son:

Falta de previsión: Las primeras relaciones sexuales son espontáneas, 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 parece 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. En otras ocasiones la no utilización de método anticonceptivo no obedece a falta de previsión sino, más bien, a la asunción de comportamientos de riesgo, propios de esta edad. En algunas sociedades industrializadas las jóvenes que resultan embarazadas tienen una probabilidad mayor de haber consumido drogas, realizar actos delictivos, etc.¹⁰

La adolescencia es vista como una etapa transitoria y con poco riesgo, pero precisamente por ese motivo, se debe poner especial interés en esta etapa de la vida, principalmente en lo concerniente a la salud reproductiva, ya que de esto dependerá, en parte, el futuro de nuestra sociedad. Para disminuir el número de embarazos durante la adolescencia, se debe proveer educación y acceso a los anticonceptivos, sin embargo, los adolescentes encuentran dificultades y barreras para acceder a los anticonceptivos y muestran desconfianza en cuanto a la confidencialidad.²²

FACTORES DE RIESGOS:

De acuerdo a la literatura, los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ordenan en las dimensiones individual, familiar y social.

En la dimensión individual, los factores que constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de actividad sexual son, entre otros, menarquia en edades cada vez más precoces, percepción de invulnerabilidad, baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales, impulsividad, mala relación con los padres, carencia de compromiso religioso, uso de drogas, amistades permisivas en conducta sexual y uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos.²³

En la dimensión familiar se describen como factores de riesgo: estilos violentos de resolución de conflictos o que en sus familias sufrieron abuso físico y sexual en la infancia, permisividad, madre poco accesible, padres fueron padres en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas. También se ha informado una menor calidad en la comunicación familiar, llegando incluso a plantear la existencia de un grado de disfunción familiar, así como también se ha señalado como factor predisponente del embarazo adolescente el menor nivel educativo de los padres; esto puede llevar a altos niveles de estrés en sus familias de origen llevando a entender cómo es que el embarazo puede llegar a percibirse, como una salida a las relaciones familiares conflictivas.²³

Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una actividad sexual prematura, y un embarazo puede ser visto como la posibilidad de huir de un hogar patológico donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto. Como factores de riesgo asociados a la familia se han descrito también la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres.²⁴

El bajo estatus socioeconómico y menor nivel educativo son factores de riesgo en todos los grupos étnicos. Adicionalmente, mujeres con antecedente de ser hijas de

madres adolescentes son más propensas a embarazo temprano. Las adolescentes de estrato alto consideran que los hijos deben tenerse cuando se ha alcanzado estabilidad económica, emocional y de pareja; mientras que es más común que las de estrato bajo estimen que el embarazo en la adolescencia es una forma de reconocimiento y aceptación social, y una opción de conformar una verdadera familia.¹⁴

En la dimensión social, uno de los elementos asociados a la actividad sexual precoz, con consecuente riesgo de embarazo sería la erotización de los medios de comunicación, lo que ha contribuido a una declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad.²³

En la percepción de la dinámica familiar, la relación entre los padres y las relaciones afectivas con la madre y el padre, son factores que se asocian con la presencia de malestar psicológico. Si la dinámica familiar se percibe como mala o regular, entonces la percepción de la relación, tanto con el padre como con la madre, es calificada como muy mala o regular. En contraste, cuando se percibe como buena o excelente, entonces la percepción de la relación con ambos progenitores es calificada como buena o muy buena. Por otra parte, dentro de los factores familiares relacionados, se ha demostrado que el involucramiento paterno provoca una disminución de las conductas de riesgo en los hijos. Es decir, una buena calidad de apoyo proporcionado a los hijos (por parte de los padres) es un predictor del apoyo social familiar para las adolescentes.²⁵

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.²⁶

ASPECTOS CLÍNICOS:

A menudo no se sospecha el embarazo de la adolescente hasta que es obvio, lo que se traduce en un aumento de sus riesgos, ya que se ha comprobado una relación directa entre las complicaciones del embarazo, su interrupción, y la morbilidad con el número de semanas de embarazo sin atención médica. Esto es especialmente importante en América Latina, donde las muertes a raíz del aborto inducido entre las adolescentes entre 15 y 19 años es una de las principales causas de defunción de la población femenina en este grupo de edad. Por lo anterior, es necesario destacar la importancia de un diagnóstico precoz y analizar las razones del error diagnóstico. Dado que pocas adolescentes consultan a especialistas (ginecólogos), los médicos generales, los médicos de familia, los pediatras y otros profesionales que atienden adolescentes deben estar alerta a la sintomatología vaga y heterogénea con que el embarazo suele manifestarse durante la adolescencia, así como incorporar a su anamnesis habitual, la historia y registro de sus ciclos menstruales. La causa principal del error diagnóstico es una historia y un examen físico incompletos; por ello, la anamnesis sexual debería ser parte de la historia clínica de todo adolescente. Muchas adolescentes sospechan su gravidez y van a la consulta para obtener una confirmación, relatando síntomas de amenorrea secundaria, congestión y aumento de volumen mamario, náuseas matutinas. Sin embargo, en gran número de jóvenes la sintomatología del embarazo puede ser escasa o muy confusa. Entre los síntomas más comunes en las adolescentes en las cuales el diagnóstico de embarazo no fue hecho desde un comienzo, están la fatiga, desmayos recurrentes, mareos, depresión, irritabilidad, náuseas, vómitos, epigastralgia, constipación, aumento de peso, urticaria, cefalea, calambres musculares en miembros inferiores, dolor de espalda y aumento de frecuencia urinaria.²⁴

No sorprende, entonces, que se formulen diagnósticos equivocados, como reacción de ajuste de la adolescencia, enfermedad depresiva, somatización, úlcera péptica, constipación, reacción alérgica, anemia, obesidad, infección urinaria, espasmo muscular y jaqueca.²⁴

La experiencia muestra que las adolescentes en quienes se pasa por alto la existencia de un embarazo pueden ser divididas en dos grupos. En el primero se encuentran las que se niegan a aceptar la posibilidad de un embarazo y que pueden llegar a consultar, por primera vez, de emergencia por "dolor abdominal" cuando en realidad están en trabajo de parto; a veces insisten en que tienen periodos menstruales regulares y/o que nunca han tenido relaciones sexuales. No es raro que también los padres nieguen haber notado el evidente embarazo. El otro grupo, más numeroso, son adolescentes que se encuentran solas y confundidas y que, a la defensiva, no revelan sus problemas; ponen a prueba al médico para ver si pueden confiar en él, esperando que se descubra "el segundo diagnóstico", la realidad dramática para ellas del embarazo.²⁴

EVENTOS ADVERSOS EN LA GESTANTE ADOLESCENTE:

En los últimas décadas ha existido controversia acerca de si los resultados obstétricos adversos de las gestantes adolescentes son particularmente atribuibles al hecho biológico de la edad materna o si son más que todo consecuencia de factores demográficos deletéreos generalmente más prevalentes en este grupo de mujeres. Se ha señalado a la edad materna muy joven como un factor de riesgo para el desarrollo de diversas complicaciones y eventos adversos en la gestación tanto fetales como maternos.¹⁴

La asociación entre adolescencia y parto pretérmino ha sido para muchos controversial; en algunos estudios ella desaparece luego de controlar los factores socioeconómicos y reproductivos, sugiriendo que las desventajas sociales tienen que ver más que los factores biológicos en la explicación de este evento adverso. Otros estudios han encontrado un riesgo comparable entre adolescentes y mujeres adultas cuando se realiza un adecuado control prenatal. Actualmente varias investigaciones concluyen que la edad materna joven (menor a 19 años) en comparación con embarazadas mayores es un factor de riesgo independiente para parto pretérmino y bajo peso al nacer.¹⁴ La adolescencia constituye un factor de riesgo importante para el parto pretérmino. A la prematuridad contribuyen una

serie de condicionantes presentes con mayor frecuencia en las adolescentes que en las gestantes adultas, como son la malnutrición materna, la anemia y las infecciones.²⁷ Ser madre adolescente no se asoció con nacimiento pretérmino. La mayor frecuencia de ruptura prematura de membranas, nacimiento múltiple, nacer por cesárea y peso bajo para edad gestacional se asociaron con nacimiento pretérmino en madres adolescentes.²⁸ Otterblad y su grupo reportan que las adolescentes menores de 17 años de edad tienen mayor riesgo de parto pretérmino, muerte fetal tardía y mortalidad perinatal, pero este riesgo se reduce al controlar los efectos de las características socioeconómicas. Básicamente, este efecto se debe a la pobreza económica, al bajo nivel de escolaridad, a la falta de recursos de atención de salud y al rechazo que la sociedad le brinda a esta población.²⁹

El embarazo en la adolescencia se asocia con aumento en el riesgo de bajo peso y prematuridad. El pobre pronóstico asociado al embarazo en la adolescencia es atribuible a factores biológicos, sociodemográficos o ambos. Los hijos de madres adolescentes tienen más probabilidades de complicaciones metabólicas, gastrointestinales e infecciosas que los hijos de madres en edad reproductiva ideal.³⁰

En las adolescentes, la mayor parte de los nacimientos prematuros ocurren, en primer lugar, por indicaciones obstétricas, fetales y maternas (baja proporción). Es importante el análisis de estas variables para el diseño de estrategias clínicas con grandes efectos. Las tres primeras causas obstétricas fueron: rotura prematura de membranas, enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo e infección intraamniótica. Las principales causas fetales fueron: embarazo gemelar, restricción del crecimiento intrauterino y defectos congénitos. Estas condicionantes deben tener principal atención en los programas de salud materna y perinatal entre las adolescentes. Son raras las indicaciones maternas.³¹

Las adolescentes que se embarazan con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquia y el parto se consideran un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables. Entre 10 y 14 años hay mayor porcentaje de bajo peso al nacer, depresión al nacer, hipertensión inducida por el embarazo, elevada morbilidad perinatal materna y mayor porcentaje de cesárea. Al existir poco desarrollo del eje hipotálamo hipófiso gónada durante éste período (antes de los 5 años posteriores a la menarquia), es necesario que el parto se desencadene artificialmente, si espontáneamente éste no ha ocurrido⁵

La infección de vías urinarias quizá sea en parte responsable de la alta incidencia de parto prematuro, sumado a otras entidades que se citan como responsables tales como el propio desarrollo puberal, los procesos infecciosos a otros niveles como cervicovaginal que pueden ocasionar directa o indirectamente, a través de la rotura prematura de membrana, parto pretérmino.⁵ En un estudio prospectivo adelantado en México con gestantes adolescentes de edad igual o menor a 16 años (n = 296) se encontró como morbilidad más frecuente la infección de vía urinaria (confirmada con urocultivo), la cual fue documentada en el 20.4 % de las pacientes. Así mismo, una mayor frecuencia significativa de pielonefritis en gestantes adolescentes (< 19 años) respecto de mujeres adultas (20-35 años), con 1.3 % y 0.9 %, respectivamente; no obstante, aún existen controversias entre estas asociaciones; algunos resultados son contradictorios, entre los que podemos destacar los aportados por el estudio latinoamericano de Conde y cols., quienes no encuentran diferencias significativas en infecciones del tracto urinario entre gestantes adolescentes y adultas.¹⁴

La adolescente embarazada corre un riesgo relativamente mayor de presentar anemia durante la gestación. Clasificada como anemia microcítica hipocrómica, la cual puede ser multifactorial, con una alta incidencia, en la cual sobresalen los hábitos nutricionales deficientes, el acudir tardíamente a su control prenatal y la propia adolescencia. Es una enfermedad frecuente en los países subdesarrollados.^{5,14}

La hipertensión inducida por el embarazo constituye uno de los más importantes problemas de la salud pública, tanto en el contexto nacional como mundial.¹⁴ La presencia de estresores psicosociales se asoció significativamente a un mayor riesgo de presentar síndrome hipertensivo en el embarazo adolescente. Estos fueron: problemas económicos, agresión psicológica familiar, algún evento estresante y/o depresión, enfermedad y/o hospitalización de un familiar, y violencia familiar.³²

En Estados Unidos, en una investigación de cohortes multicéntrica que reunió a 203 gestantes adolescentes y 209 no gestantes, entre los 14 y 19 años, se aprecia que la frecuencia de infección por Chlamydia y Gonorrea entre las gestantes es de (19%). Gran proporción de ellas prosigue su actividad sexual durante el tercer trimestre de embarazo y la mayoría de estos encuentros se realizan sin protección para enfermedades de transmisión sexual, que son hasta 4 veces más frecuentes en comparación con las no embarazadas. La frecuencia de infección por clamidia fue un 7,2 por ciento más elevada en comparación con las no gestantes (5,2 por ciento).¹⁴ En la actualidad, dos de los problemas medico sociales más importantes que afectan a la juventud son el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual, y el uso de métodos anticonceptivos puede servir como solución para ambos. Si bien muchos de estos métodos son conocidos por los adolescentes, la mayoría no los utiliza debido a la falta de información adecuada, a la vergüenza de adquirirlos, y a la carencia de servicios de salud y consejería que les garanticen una privacidad y confidencialidad merecidas. No existe un método anticonceptivo ideal para uso en la adolescencia, como tampoco existen razones médicas para negar el uso de algunos basándose solo en razones de edad. El mejor método será aquel que la adolescente y, en el mejor de los casos, ambos miembros de la pareja, escojan, una vez que hubiesen recibido una completa y detallada información, y hayan sido interrogados exhaustivamente sobre cuestiones inherentes a su sexualidad y derecho reproductivo, lo que facilitará, finalmente, que se produzca el acuerdo entre el proveedor de salud y la

pareja. Deberán tomarse en consideración también a la hora de la selección del anticonceptivo, los hallazgos del examen físico general y de la esfera reproductiva, así como aspectos no médicos, pues estos no solo van a cumplir una función de prevención del embarazo, sino también la no menos importante de prevenir el contagio de una infección de transmisión sexual.³³

COMPLICACIONES SOCIALES:

Abandono de los estudios:

Las madres adolescentes tienen más probabilidades de abandonar los estudios secundarios, lo que menoscaba sus posibilidades de participar plenamente en la sociedad, tener ingresos, cuidarse a sí mismas y cuidar a sus hijos. Estos factores la convierten en una consecuencia de la pobreza y puede acentuarla. Además se convierte en un factor de transmisión de la pobreza de una generación a otra, sumando obstáculos para la movilidad social de esa generación y de la siguiente, profundizando la pobreza.²⁰

Más hijos:

El inicio temprano de la maternidad aumenta la probabilidad de tener más hijos que las mujeres que comienzan a procrear más tarde. Esto influye en el tamaño de las familias y en el total de la población mundial. Así, si en vez de 18 años se aumentara a 23 años la edad de la madre en su primer alumbramiento, podría reducirse el impulso demográfico en más del 40%.²⁰

Más abortos:

La práctica del aborto acompañó a la humanidad desde épocas inmemoriales. El aborto inducido en la adolescencia afecta la salud sexual y reproductiva, por lo que constituye un problema de salud.³⁴ A escala mundial, al menos uno de cada diez abortos ocurre entre jóvenes de 15 a 19 años de edad. En este grupo de edades, más de 4,4 millones de jóvenes se someten cada año a abortos, un 40%

de los cuales se realizan en malas condiciones, comprometiendo la salud y la vida de la joven. Esto obedece a que muchos embarazos de adolescentes no son planificados ni deseados, como lo reportan estudios en América Latina (en Brasil 50 por ciento de los nacimientos de mujeres entre 15 y 19 años no son planificados; en Jamaica, casi 45 por ciento de las jóvenes de entre 15 y 24 años había estado embarazadas alguna vez y habían interrumpido la gestación).²⁰ La sepsis que aparece tras el aborto está provocada en la mayor parte de los casos por microorganismos patógenos procedentes de la flora vaginal e intestinal. Por lo general queda confinada al útero en forma de endometritis, aunque no son raras las parametritis localizadas o generalizadas en muchos de los casos se relación con la presencia de sepsis vaginal previa a la intervención. En el 2007 en Cuba, Enríquez y colaboradores realizaron un estudio para conocer el comportamiento del aborto inducido en la adolescencia en el hospital Materno infantil 10 de Octubre, donde se refleja que las adolescentes solicitaban la interrupción de su embarazo porque eran muy jóvenes para asumir la maternidad, y otro motivo real era no interrumpir su desarrollo personal y perder así su proyecto de vida. Con menos frecuencia respondían que tenían hijos pequeños o que tenían inestabilidad en la unión de pareja.³⁴

Cambio del estado civil:

En la actualidad, debido al cambio social y cultural de los últimos años, se intenta postergar la unión o matrimonio hasta después de los veinte años de edad, ya que se desea una escolarización extendida, y se tienen aspiraciones aparte de la maternidad. En algunos casos ser madre adolescente puede ocasionar un matrimonio a la fuerza, hecho que suele afectar negativamente a la adolescente y a su pareja. Puede ser el inicio de conflictos, rechazo y recriminaciones, que más adelante terminan en separación, divorcio e inestabilidad emocional, sin mencionar los perjuicios para el hijo.³⁵ Según Welti las madres que tuvieron un hijo en la adolescencia muestran un mayor porcentaje de divorcios en todos los grupos de edad, por lo que podría afirmarse que el embarazo adolescente es un factor de inestabilidad conyugal. El porcentaje de mujeres que se encuentran

separadas y que fueron madres adolescentes casi duplica al de las mujeres que tuvieron su primer hijo después de los 19 años.²⁴

ANÁLISIS FINAL

La sexualidad es una importante dimensión en la vida humana, fuente permanente en la gestión de comunicación, afecto y satisfacción, que influye de manera diferente en el modo y estado de salud de cada persona. Pero para lograr una sexualidad placentera y enriquecedora es preciso diferenciar de manera consciente la función sexual y la reproductiva; la primera es la más importante en el ejercicio pleno del derecho a la felicidad y la segunda es objeto de interés específico en muy pocas ocasiones lo que repercute negativamente en la educación integral del ser humano.³⁶

Los padres deben preparar a sus hijos para el encuentro con el otro sexo mediante el ejemplo, el diálogo y una buena educación general y específica en lo particular. Deben proponerse resueltamente analizar con ellos todos los aspectos de la vida familiar que interesen a sus derechos incluido lo referido a la sexualidad y a la reproducción. La mayoría de los padres no están ellos mismos bien informados y su educación arrastra rezagos de la vieja sociedad que deben superar. Tampoco es raro en su actitud hacia la relación familiar y el sexo que predomine la respuesta irracional e incluso contradicciones con la sociedad en que viven al no existir diálogo entre los progenitores y adolescentes. Estos últimos buscarán informantes menos idóneos, menos maduros y quizás menos interesados.³⁶

Los adolescentes figuran como un grupo relegado dentro de las prioridades de salud y los servicios médicos poco hacen por detectar la variedad de problemas que los aquejan. Si los servicios de salud no se abren para recibir a este grupo poblacional, estaremos esperando sólo atender las consecuencias. Una forma de evitar la carga de enfermedades crónicas y degenerativas que hoy aquejan al IMSS es precisamente incidiendo sobre el grupo de adolescentes pues los estilos

de vida nocivos a la salud que hoy adoptan son los que no podremos modificar en el futuro. Esperamos contribuir a despertar el interés por la salud de este importante miembro de la familia.³⁷

La habilitación de espacios de escucha y apoyo para que las madres adolescentes puedan compartir sus experiencias, necesidades, deseos, miedos y angustias constituye un mecanismo para romper el círculo de incomunicación o desamor y para evitar que sus hijos e hijas reproduzcan el esquema de embarazo precoz. Estas acciones, dirigidas a promover la salud mental de las adolescentes embarazadas, son claves para sentar las bases de su crecimiento y fortalecimiento como seres humanos, lo cual les permitirá afrontar de mejor manera los diversos problemas que se presentan en la vida.⁶

Adolescencia y embarazo son términos que se asocian a alegría, esperanza y futuro; pero si ambos coinciden, son motivo de preocupación, ya que, por lo general, la alegría se opaca y se transforma en un problema.³⁸

1.2 ANTECEDENTES HISTORICOS:

En la ciudad de Playa del Carmen Quintana Roo, México (Padrón, 2005) realizó un estudio con 218 adolescentes embarazadas de edades comprendidos entre los 11 a 18 años, donde la edad promedio de embarazo fue de 17 años. El estado civil fue unión libre, casada y soltera. Las adolescentes vivían en el área urbana, suburbana y rural, en núcleo familiar. La vida sexual activa se registró entre los 15 y 16 años. El máximo grado de estudios fue preparatoria o carrera técnica, 65.5%; primaria, 59.1%; secundaria, 33.9%; sin escolaridad, 1.3%.³⁹

En el Instituto Nacional de Perinatología México, D.F. (Lira, 2005) realizó un estudio de cohortes dobles, prospectivo, comparativo en 328 embarazadas, con el fin de establecer si existen diferencias en los resultados obstétricos y perinatales entre 153 mujeres adolescentes de 16 años o menores y 175 mujeres adultas de 20 a 24 años. En las variables sociodemográficas se encontró; dentro del cohorte 1 o grupo de adolescentes, el estado civil casadas resultó con 32 (20.9%), solteras 92 (60.1%) y unión libre 29, que corresponde al 18.9%. En cuanto a escolaridad se presentó adolescente analfabeta con 4 (2.6 %), educación primaria 16 (10.4%) y secundaria 133 (86.8%). En los antecedentes ginecológicos se identificaron diferencias principalmente en cuanto a los promedios de edad de inicio de la vida sexual activa siendo en las adolescentes a la edad de 14.5 años comparado con las adultas a los 18.9 años. Respecto a la menarca en el grupo de las adolescentes se presenta a una edad promedio de 11.79 años comparado con el grupo de adultas a los 12.53 años.⁴⁰

Se analizó la base de datos de adolescentes de la Encuesta Nacional de Salud 2000, realizada en septiembre de 1999 a marzo de 2000, en la cual la muestra incluyó a adolescentes de entre 12 a 19 años de edad (n = 15 241). En cuanto al patrón de inicio de la vida sexual activa en los y las adolescentes muestran que 16.4% han tenido relaciones sexuales; adicionalmente se observa un incremento sostenido en la proporción de actividad sexual en los jóvenes de 12 a 17 años de edad de uno y otro sexo, sin embargo en el grupo de 18 a 19 años de edad el porcentaje de actividad sexual es mayor en los hombres que en las mujeres

($p=0.0000$). Por otro lado, el promedio de la edad en la primera relación no sigue el mismo comportamiento observado en las encuestas previas que indican que los hombres inician su actividad sexual a edades más tempranas que las mujeres: los resultados de la ENSA 2000 muestran que la edad promedio de la primera relación sexual fue a los 15.7 años; no se observa diferencia significativa entre los hombres y las mujeres (15.7 años y 15.8 años, respectivamente, $p=0.0983$). Ahora bien, los resultados señalaron que el porcentaje de adolescentes que han iniciado su vida sexual es mayor en aquellos con menor nivel de escolaridad, los que no tienen acceso a servicios médicos y los que viven en poblaciones urbanas.⁴¹

En el Policlínico Docente Párraga, Arroyo Naranjo, en la Ciudad La Habana, Cuba (Blanco, 2010) realizó en el período de julio 2005 a julio del 2006, un estudio empírico, observacional, descriptivo y retrospectivo con 69 gestantes adolescentes con el propósito de caracterizar el comportamiento social, epidemiológico y clínico del embarazo en las adolescentes. Las variables estudiadas fueron: grupo étnico, en el cual el grupo más afectado fue el de la adolescencia tardía que oscila entre los 17 y 19 años, con 76.8% (53 adolescentes), seguido de la adolescencia media con un 20.3% (14 adolescentes) y por último el grupo de la adolescencia temprana con 2 adolescentes que corresponde al 2.9%; respecto al estado civil predominaron las solteras y las uniones libres coincidiendo ambas con 28 casos que corresponde al 40.6%, respecto a las casadas aportaron el menor porcentaje con un 18.8% (13 casos); en cuanto a la escolaridad, la educación primaria reportó dos casos (2.9%) nivel secundaria constituyó el 59.4% con 41 casos y educación preuniversitaria con 26 casos que corresponde al 37.7%.⁴²

El estudio realizado en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el área de toco quirúrgica por Celi, Hidalgo, Chedraui y Gonzaga (2007) fue un estudio transversal donde el universo lo constituyeron todas las embarazadas que estuvieron ingresadas en la mencionada área con edad de hasta 19 años que aceptaron participar voluntariamente con una gestación de más de 20 semanas, con producto vivo, único o doble; en el cual se determinó teniendo un total de 548

gestantes adolescentes que el 26% corresponde al grupo etáreo de 17 años y el 24% a gestantes de 18 años; el 47% de las jóvenes grávidas proceden de sectores marginales, y el 32% a zonas rurales; 35% de las adolescentes presentaron la menarquia a los 12 años, 23% y 21% de los jóvenes a los 13 y 11 años respectivamente; el 30% de las adolescentes embarazadas tuvieron su primera relación sexual a los 14 años y el 23% a los 15 años; para el 69% de las adolescentes era su primer embarazo, 24% de las gestantes ya tuvieron una gestación previa.⁴³

Serrano y Rodríguez (2008) en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Docente Asistencial “Dr. Raúl Leoni Otero” en San Félix. Edo. Bolívar, estudiaron a todas las pacientes que ingresaron con el diagnóstico de embarazo adolescente durante el periodo 2003–2007. Se registraron 28,060 partos de los cuales 1856 (33,2%) correspondían a embarazadas adolescentes, se tomó una muestra estratificada y al azar del 30% del total de partos adolescentes. El intervalo de edad en el que ocurrieron con más frecuencia los embarazos fue entre los 15 y 16 años, registrándose 432 casos (77,6%), en el grupo de edad de 12 a 14 años se registraron 94 casos (16,9%) y el grupo de 17 a 19 años se registraron 31 casos (5,6%). El nivel de escolaridad se ubicó en primaria con 214 casos (38,4%), secundaria con 341 casos (61,2%) y coincidentemente analfabeta y preuniversitaria con un solo caso que corresponde al 0,2%. Según el estado civil 502 (90,1%) de las adolescentes estudiadas eran solteras y 55 casadas 9,9%. De acuerdo a su lugar de origen 411 (73,8%) eran procedentes de zonas urbanas y 146 (26,2%) provenían de área rural. Con respecto a las características obstétricas de las adolescentes se evidenció que la edad promedio de menarquía fue a los 12 años. De acuerdo al inicio de la vida sexual activa 407 (73,1%) se iniciaron sexualmente entre los 14 y 16 años de edad. Según el número de gestas 544 (97,7%) era su primera gestación, 11 (2%) era su segunda gesta y 2 (0,4%) presentaba se tercera gesta.⁴⁴

En Ciudad Juárez Chihuahua, Acosta y Cárdenas (2010) realizaron un estudio comparativo entre adolescentes de 15 a 19 años de edad que se embarazaron con adolescentes sexualmente activas que no se embarazaron con la finalidad de identificar las barreras socioculturales asociadas con el embarazo en adolescentes. Utilizando un diseño de casos y controles se interrogó a 96 adolescentes: 48 embarazadas y 48 con vida sexual activa sin historia de embarazo. La edad promedio de las adolescentes fue de 17.19 años; la edad de las adolescentes embarazadas fue de 17.48 años, mientras que la de las no embarazadas fue de 16.90 años. La edad de la menarca fue, en general, de 12.16 años; la edad en los casos (adolescentes embarazadas) fue de 11.75 años, mientras que en el grupo control fue de 12.56 años. El inicio de vida sexual activa fue para ambos grupos de adolescentes de 15.44 años; la edad de los casos fue de 15.35 años, mientras que para los controles fue de 15.52 años. En cuanto a la escolaridad, las adolescentes embarazadas fue menor que la de las que no cursaban con embarazo al momento del estudio. Los casos, en su mayoría, vivían en unión libre, mientras que 62.5 % del grupo control permanecía soltero. El uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual en ambos grupos fue muy similar: 43.8 % en los casos y 45.8 % en el grupo control.²²

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En la actualidad el embarazo en el adolescente ha sido calificado como un problema de salud pública, que afecta tanto la vida personal, desarrollo social y familiar, trayendo como consecuencia que un alto porcentaje de estos jóvenes tengan que abandonar o retrasar sus estudios, incluso tengan que abandonar su domicilio por no ser aceptada por la implicación social de su estado de gravidez y encaminarse a roles que no corresponden a su edad y para los cuales no están preparadas.

Además, es difícil determinar con exactitud las razones de la preñez de las adolescentes, ya que puede ser concebido producto de una violación, un mal uso del método anticonceptivo, ya sea por desconocimiento o falta de información precisa de cómo utilizarlos, o probablemente se torne como una falsa puerta debido a problemas en su entorno ya sea familiar o escolar.

De tal manera, el embarazo en los adolescentes es un problema importante de salud pública, tanto en los países en desarrollo como en el mundo desarrollado, debido a sus repercusiones adversas sociales, económicas y de salud, tanto para las madres como para los niños. Entre dichas consecuencias se incluyen la mayor probabilidad de que la mujer recurra a un aborto inseguro, de que inicie la atención prenatal tarde o reciba poco cuidado prenatal, y que el niño nazca con bajo peso.

Cabe decir que el embarazo y la maternidad de adolescentes son hechos más frecuentes que lo que la sociedad quisiera aceptar; son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí.

En la actualidad, en la consulta externa de medicina familiar del Hospital General de Subzona No 30 se ha presentado con frecuencia el embarazo en las adolescentes, cuyas cifras se desconoce, debido a la inexistencia de un programa donde se registren este tipo de pacientes adolescentes; Por lo que dentro de los marcos de observaciones anteriores resulta interesante cuestionarse sobre:

¿Cuál es la prevalencia de embarazo del adolescente, en el Hospital General de Subzona No 30 de Guamúchil Sinaloa?

3.- JUSTIFICACION:

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública importante que trae tanto implicaciones médicas, psicosociales, políticas y económicas que no solo afectan a su familia sino también a su comunidad. Esto podría ser justificado por la inoportuna información o mal uso de ella que hacen los adolescentes, implicado en gran proporción la falta de comunicación familiar, la menarca temprana, el incorrecto o nulo uso del método anticonceptivo (estudios realizados cuenta que casi un 70% de adolescentes no tienen conocimiento sobre anticoncepción y 19% los utiliza en forma errónea), la falsa creencia que en la primera relación sexual es imposible salir embarazada. Resultando con ello un embarazo no esperado o no deseado justo en plena adolescencia trayendo como consecuencia generar en las futuras madres y padres deserción escolar, rechazo por la familia e incluso abandono y tener que ingresar al mundo laboral en condiciones precarias.

Según se ha visto, México registra altos porcentajes de embarazos en adolescentes, registrando alrededor de 450 000 nacimientos anuales en los últimos lustros, equivalente al 15% del total³⁴ y, según especialistas, el problema seguirá si no se atiende la insuficiente educación sexual, la falta de disponibilidad de métodos anticonceptivos, el que haya maestros poco preparados y gobiernos locales que obstaculizan políticas públicas en la materia. Se necesita dar unas nuevas bases de información a los adolescentes con el fin de promover la educación y salud sexual, logrando con ello la disminución de embarazos no deseados, hacer consciente a la sociedad que este tema se ha convertido en un problema de salud pública. Con la disminución de embarazos en la adolescencia se aumentaría significativamente la educación en nuestro país, haciendo jóvenes preparados y competitivos ante el mercado laboral, accediendo con ello a una mejor calidad de vida disminuyendo el canal de pobreza.

Ante el impacto en la salud pública y familiar, se hace necesaria la iniciativa de contribuir a la prevención no sólo de embarazos no deseados si no de todas las consecuencias que de él se desprenden y con ello lograr una mejor sociedad y

planear un futuro donde los adolescentes puedan decidir desde ya, su futuro y hasta donde desean llegar en la vida, sin tener ningún impedimento o dificultad que les impida el lograrlo. Por lo cual en este estudio se buscará identificar el número de embarazadas adolescentes, en el Hospital General de Subzona No 30 de Guamúchil Sinaloa, con el fin de obtener estadísticas que guíen a determinar objetivos relevantes para implementación de un programa educativo basado en prevención del embarazo, métodos de planificación familiar, riesgos y complicaciones del embarazo, que incidan favorablemente en la disminución de la morbimortalidad materna, además de incrementar el nivel de escolaridad, así como disminuir el gasto a nivel institucional en este grupo etario de la adolescencia.

Para concluir, el presente estudio es viable su realización, al disponerse de recursos humanos y materiales necesarios para desarrollarse.

4.-OBJETIVOS:

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de embarazo del adolescente, en el Hospital General de Subzona No 30 de Guamúchil Sinaloa.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Cuantificar la población adolescente femenino derechohabiente del Hospital General de Subzona No 30 de Guamúchil Sinaloa.
- 2.- Identificar la edad de las adolescentes embarazadas.
- 3.- Identificar la frecuencia de adolescentes embarazadas en cada etapa de la adolescencia.
- 4.- Determinar la edad de la menarquia de las adolescentes embarazadas.
- 5.- Identificar la edad de inicio de vida sexual activa de las adolescentes embarazadas.
- 6.- Identificar el número de gestación de las adolescentes embarazadas.
- 7.- Determinar el estado civil de las adolescentes embarazadas de acuerdo a su agregado médico en el número de afiliación.
- 8.- Identificar la procedencia de las adolescentes embarazadas del medio rural y el urbano.
- 9.- Determinar el grado de escolaridad de la población de estudio.

5.- METODOLOGIA:

5.1.- TIPO DE ESTUDIO:

Encuesta descriptiva y transversal.

5.2.- DISEÑO DE INVESTIGACION:

El presente estudio es observacional según la interferencia del investigador, descriptiva de acuerdo a la comparación de las poblaciones y la búsqueda de causalidad, transversal de acuerdo a la evolución del fenómeno estudiado o el tiempo de estudio, y de acuerdo con el periodo en que se capta la información (de los antecedentes o causas) el estudio es retrospectivo.

5.3.- POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:

Derechohabientes adolescentes embarazadas, que acudieron a consulta de Medicina Familiar de primera vez a consulta de control prenatal del Hospital General de Subzona No 30 durante el periodo de julio de 2011 a junio del año 2012.

5.4.- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Muestreo: No probabilístico a conveniencia.

Muestra: $n = 95$.

Análisis estadístico: Se realizó el vaciado de las variables en una base de datos. Análisis e interpretación de las variables en el programa estadístico SPSS 13, para la presentación de los resultados en el programa de Excel y Power Point de Microsoft Office. Al procesar las variables en el programa estadístico, se obtuvieron frecuencias, porcentajes y medidas tendencia central, de dispersión. Los resultados obtenidos se presentaron en forma de cuadros y gráficas en los programas de Microsoft Excel de Microsoft Office.

5.5.-CRITERIOS DE SELECCIÓN:

5.5.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Se incluyó a todos los expedientes de las embarazadas que aparezcan en el listado del SIAIS en el agregado medico con fecha de nacimiento de 1993 al 2002 que acudan a control prenatal de primera vez a la consulta de medicina familiar del Hospital General de Subzona No 30.

5.5.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Todas aquellas pacientes embarazadas que aparezcan en la lista del SIAIS con fecha de nacimiento en el agregado médico antes de 1993.

5.5.3.- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN: Todos aquellas pacientes que tengan datos incompletos en el expediente electrónico.

5.6.- VARIABLES

5.6.1.- TIPOS DE VARIABLES:

Variables independientes: Embarazo adolescente, etapas de la adolescencia.

Variables dependientes: Menarquia, inicio de vida sexual activa y numero de gestación.

Variables concurrentes: Edad, estado civil, procedencia y escolaridad.

5.6.2.- OPERACIONALIDAD DE VARIABLES:

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
Embarazo adolescente	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.	Obtenida del análisis en el Área de Informática Médica y Archivo Clínico.	Razón	En años
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Obtenida del análisis en el Área de Informática Médica y Archivo Clínico.	Razón	En años
Etapas de la adolescencia	Son los periodos en los cuales se divide tomando en cuenta cambios físicos, emocionales, psicológicos y de comportamiento	Obtenida del análisis en el Área de Informática Médica y Archivo Clínico	Ordinal	Selección dicotómica que corresponde: 1.Temprana 2.- Media. 3.-Tardía
Menarquía	Es el día en el que se produce el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual, o primera hemorragia menstrual de la mujer.	Obtenida del análisis del expediente clínico	Razón	En años
Inicio de vida sexual activa	Edad de la primera relación sexual	Obtenida del análisis del expediente clínico	Razón	En años

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
Número de gestación	Cantidad de períodos de cuarenta semanas de duración, en el que tiene lugar el desarrollo del embrión hasta su formación completa y durante el cual tiene lugar la formación de todos los órganos.	Obtenida del análisis del expediente clínico	Razón	Selección dicotómica que corresponde: a: 1 b: 2
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Obtenida del análisis del departamento del sector técnico.	Nominal	Selección dicotómica que corresponda: 1 = Soltera 2 = Casada
Procedencia	Lugar en que se reside o se vive habitualmente. De acuerdo con el INEGI, una población se considera rural cuando tiene menos de 2 500 habitantes, mientras que la urbana es aquella donde viven más de 2 500 personas.	Obtenida del análisis del departamento de sector técnico.	Nominal	Selección dicotómica que corresponda: a = Medio rural b = Medio urbano

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Obtenida del análisis del expediente clínico.	Ordinal	Selección dicotómica que corresponda: Primaria =1 Secundaria =2 Preparatoria =3 Licenciatura = 4

5.7.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:

Se utilizó una hoja de recolección de datos en la cual se recolectó la información sobre las adolescentes que presenten diagnóstico de embarazo en el periodo acordado en el Hospital General de Subzona no 30 de Guamúchil Sinaloa.

El instrumento se compone de 2 apartados: el primero contiene los datos personales del paciente como número de afiliación, agregado médico y estado civil, datos que fueron recabados en el área de ARIMAC y en el segundo apartado se obtuvieron los datos directamente en el expediente electrónico tales como edad, menarca, edad de inicio de vida sexual activa, número de gestación y escolaridad.

5.8.- MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN:

Se acudió con el encargado del Área de Informática Médica y Archivo Clínico (ARIMAC) previa autorización del director, para solicitar información estadística acerca del número total de adolescentes femeninas registradas, posteriormente se identificó a las embarazadas adolescentes que acudan a control prenatal de primera vez durante el periodo de julio del 2011 a junio del 2012; se especificó que dicha información se puede obtener del Sistema de Atención Integral a la Salud (SIAIS), donde se obtuvo un listado en dicho sistema posterior a ingresar el periodo de tiempo, el código del diagnóstico (control prenatal) y la ocasión del servicio, que en este caso sería de primera vez. Posteriormente se revisaron los expedientes electrónicos para obtener el resto de la información. También se apoyó con el departamento de Sector Técnico, con base en el listado de embarazadas adolescentes se indagaron los datos del agregado médico y domicilio.

5.9.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se realizó el vaciado de las variables en una base de datos. Análisis e interpretación de las variables en el programa estadístico SPSS 13, para la presentación de los resultados en el programa de Excel y Power Point de Microsoft Office. Al procesar las variables en el programa estadístico, se obtuvieron frecuencias, porcentajes y medidas tendencia central, de dispersión. Los resultados obtenidos se presentaran en forma de cuadros y gráficas en los programas de Microsoft Excel de Microsoft Office.

5.10.- RECURSOS

5.10.1.- Recursos humanos:

- Médico responsable del proyecto.
- Personal del departamento de archivo clínico y sector técnico.
- Asesor estadístico.

5.10.2.- Recursos materiales:

- Hojas blancas.
- Tarjetas para recolección de datos.
- Plumas y lápiz.
- Borradores.
- Copias.
- Equipo de cómputo e impresión:

Programa: Microsoft Office Word 2007.

Microsoft Office Excel 2007.

5.11. - CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

AÑO DE INICIO: 2011

AÑO DE TÉRMINO: 2013

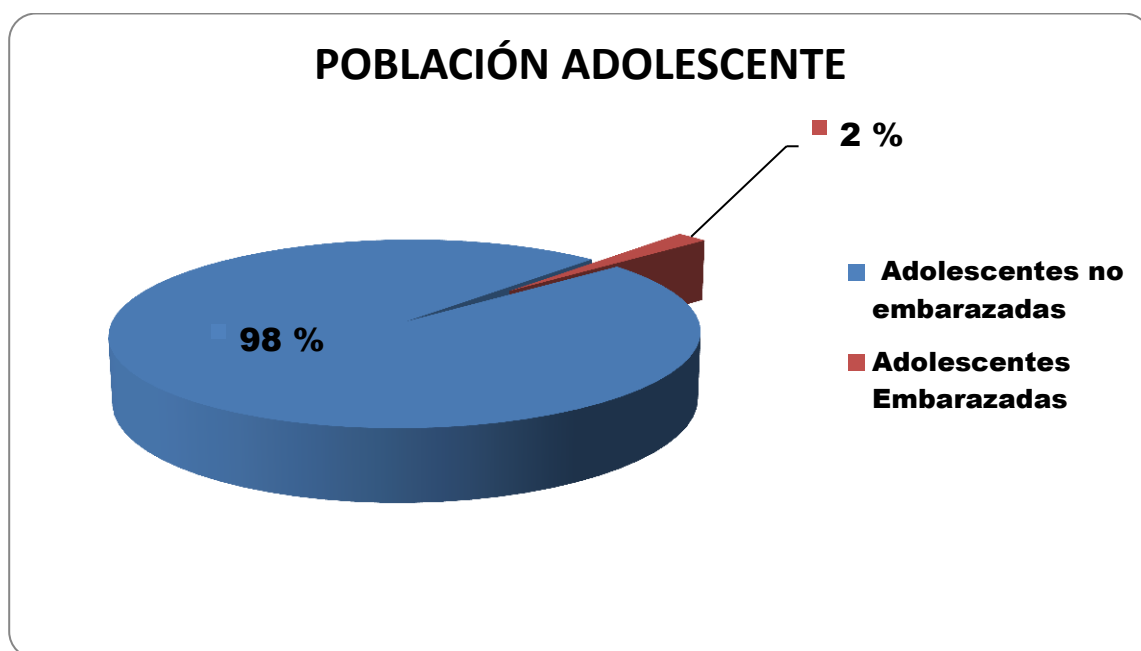
ACTIVIDAD	FECHA PROGRAMADA
Elaboración de protocolo	8 meses
Registro de protocolo	1 mes
Revisión del comité de evaluación	2 mes
Dictamen de autorización de protocolo	1 mes
Recolección de los datos	4 meses
Análisis de resultados	1 mes
Interpretación de datos y conclusiones	1 mes
Redacción e informe final	1 mes
Envío y entrega de proyecto	1 mes

6.- RESULTADOS:

En el presente estudio durante el periodo comprendido de julio de 2011 a junio del 2012 se encontró que del total de 4116 derechohabientes adolescentes adscritas a la Consulta Externa de Medicina Familiar del Hospital General de Subzona No.30 de Guamúchil Sinaloa, una frecuencia de 83 adolescentes embarazadas, que comprende el 2% de esta población total de adolescentes, con una media de 17.15 años de edad (gráfica 1). Considerando las etapas en que se divide la adolescencia, durante la etapa temprana de los 10 a los 13 años no hubo adolescente embarazada, en la etapa media de los 14 a los 16 años se encontraron 24 adolescentes embarazadas que corresponde al 28.9% del total de adolescentes y en la etapa tardía de los 17 a los 19 años, se encontraron 59 adolescentes embarazadas (gráfica 2 y 3). Con respecto a la edad de aparición de la menarca se encontró una edad promedio de 12 años con un rango de 9 a 15 años (gráfica 4). En relación a la edad de inicio de la vida sexual activa resultó una media de 16 años con un rango de los 14 a los 18 años, (gráfica 5). En lo que se refiere a el número de gestaciones resultó con un solo embarazo el 89.16% y con segunda gesta el 10.84 %, (gráfica 6). Respecto al estado civil un 44.5% es casada y 55.42% es soltera (gráfica 7). De acuerdo a su lugar de residencia el 10.84% proviene del medio rural y 89.15% del medio urbano (gráfica 8). Por último en cuanto a la escolaridad, en primaria se encontró un 6%, a nivel secundaria el 33%, en nivel preparatoria el 59% y nivel licenciatura con un 2%, (gráfica 9).

GRÁFICA 1

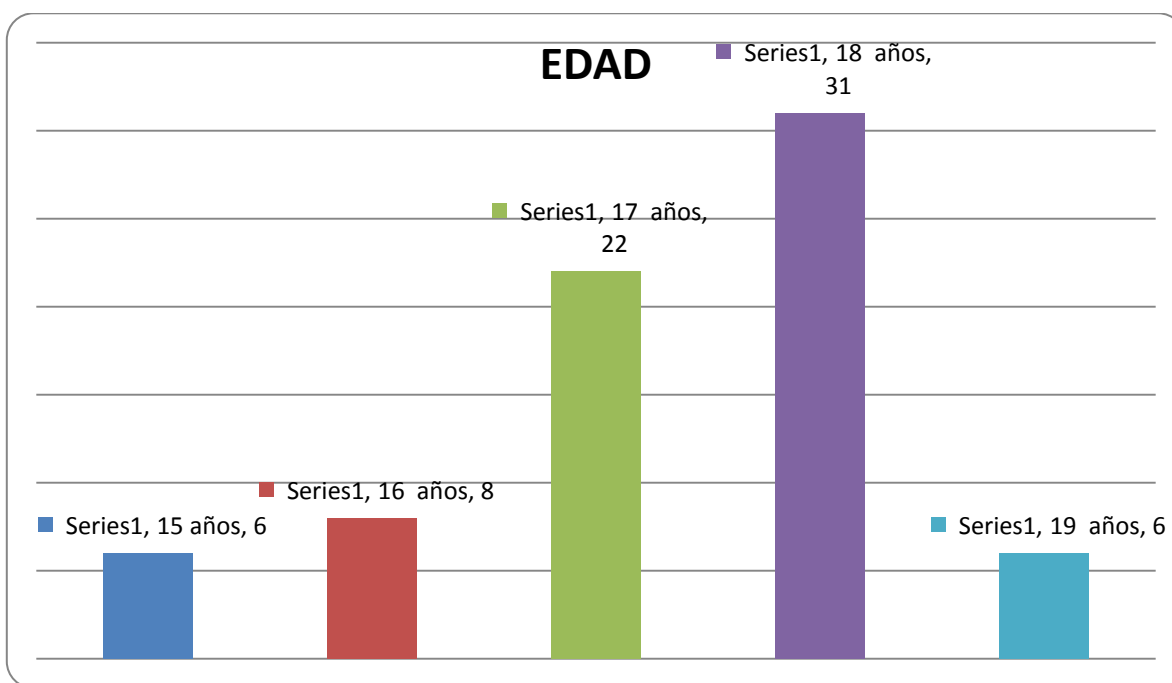
TOTAL DE POBLACIÓN ADOLESCENTES Y ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA NO 30 GUAMÚCHIL, SINALOA PERIODO DE JULIO 2011 A JUNIO 2012.



FUENTE: Área de informática médica y archivo clínico.

GRÁFICA 2

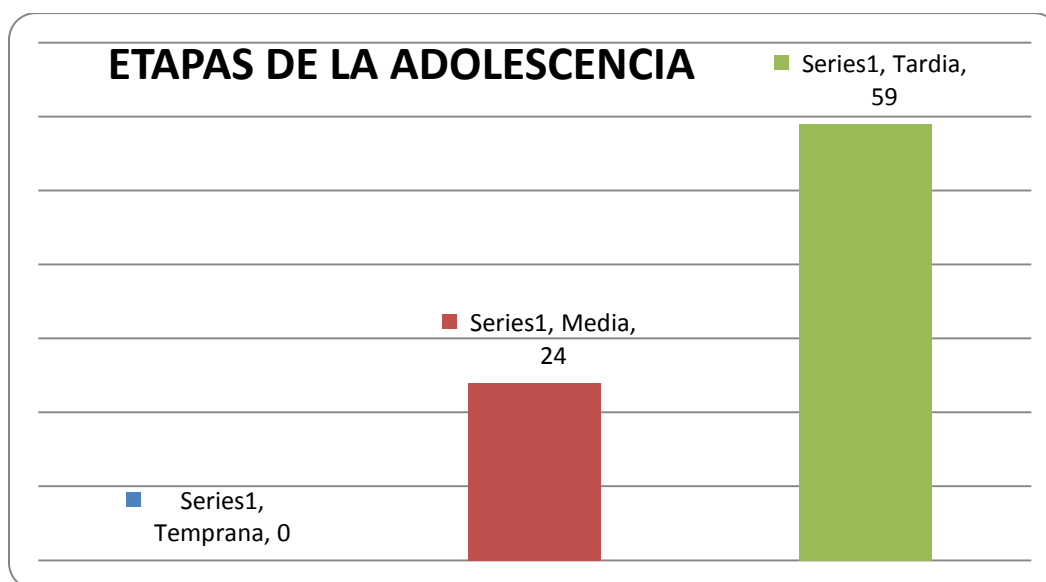
ADOLESCENTES EMBARAZADAS, SEGÚN FRECUENCIA POR EDAD, EN HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA NO 30 GUAMÚCHIL, SINALOA. PERIODO DE JULIO 2011 A JUNIO 2012.



FUENTE: Área de informática médica y archivo clínico.

GRÁFICA 3

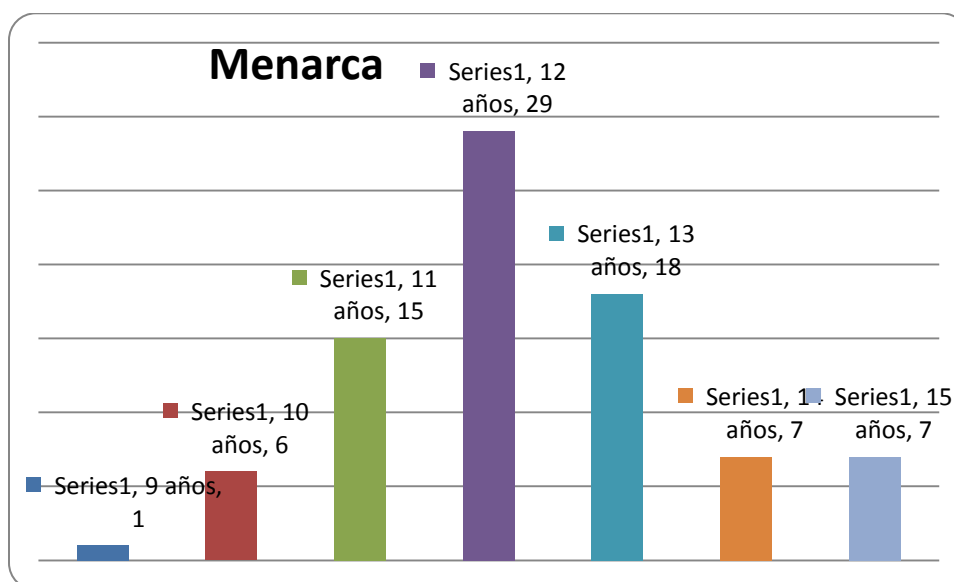
ADOLECENTES EMBARAZADAS SEGÚN ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA NO 30 GUAMÚCHIL, SINALOA PERIODO JULIO 2011 A JUNIO 2012.



FUENTE: Área de informática médica y archivo clínico.

GRÁFICA 4

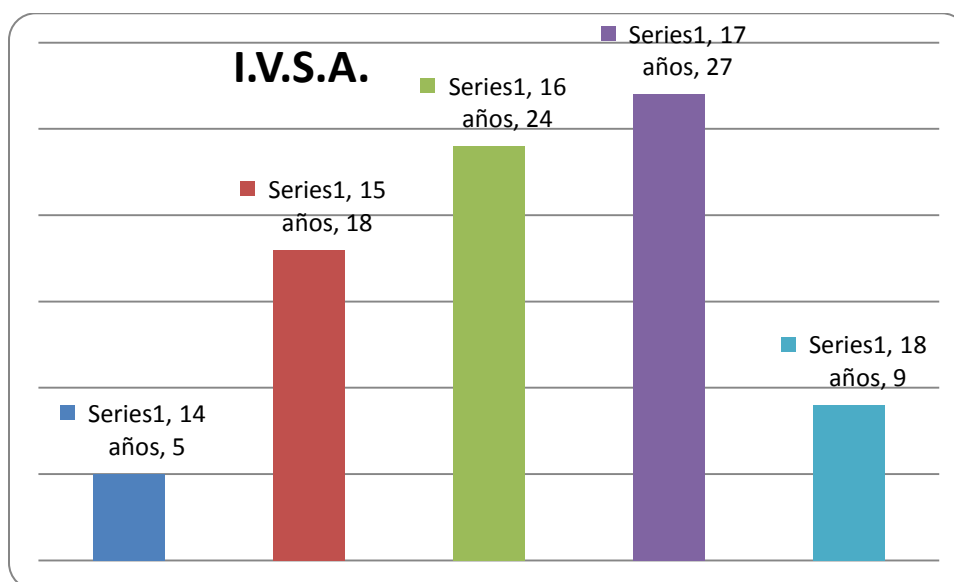
ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN LA EDAD DE LA MENARCA EN EL HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA NO 30 GUAMÚCHIL, SINALOA. PERIODO JULIO 2011 A JUNIO 2012.



FUENTE: Expediente electrónico.

GRÁFICA 5

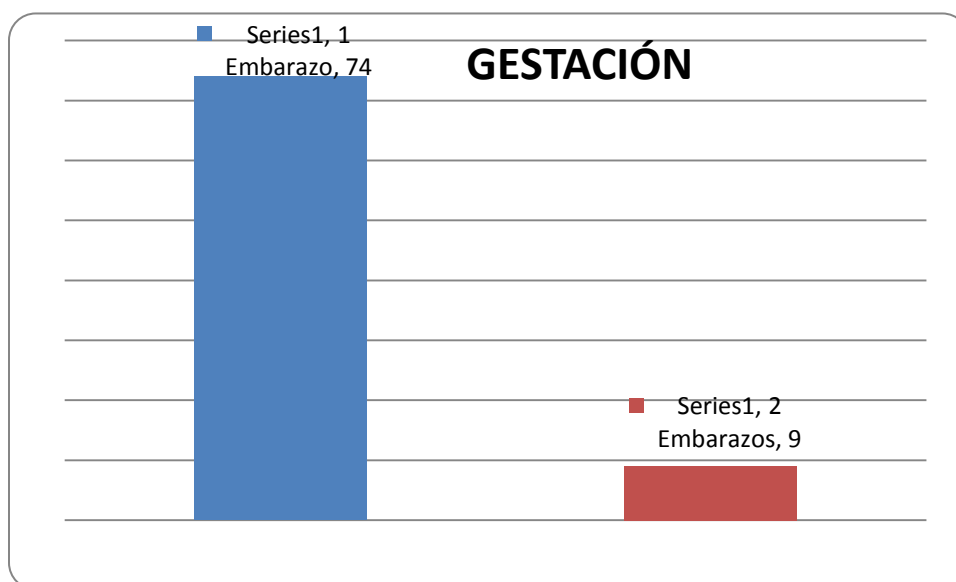
ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN EL INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA EN EL HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA NO 30 GUAMÚCHIL, SINALOA. PERIODO JULIO 2011 A JUNIO 2012.



FUENTE: Expediente electrónico.

GRÁFICA 6

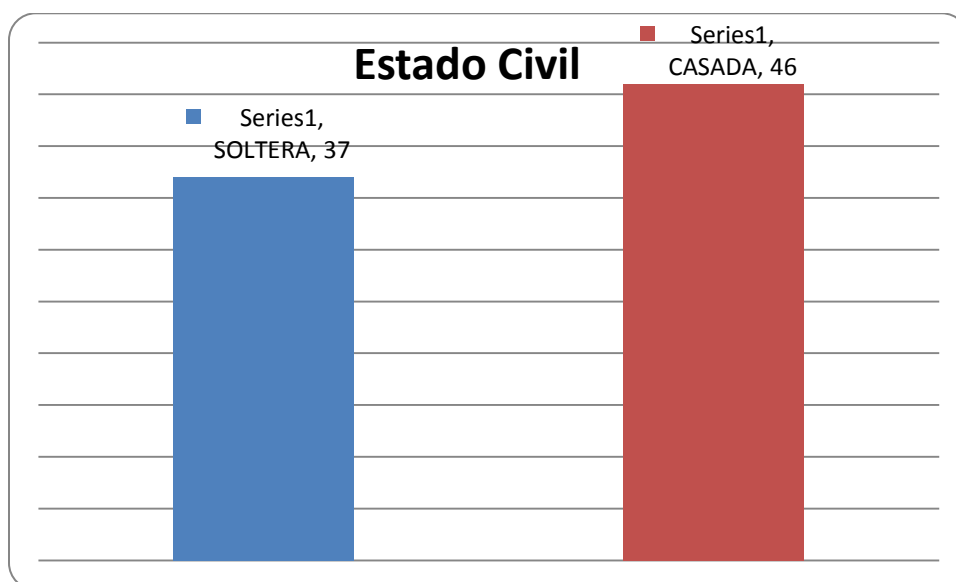
ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN EL NUMERO DE GESTACIONES EN EL HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA NO 30 GUAMÚCHIL, SINALOA PERIODO JULIO 2011 A JUNIO 2012.



FUENTE: Expediente electrónico.

GRÁFICA 7

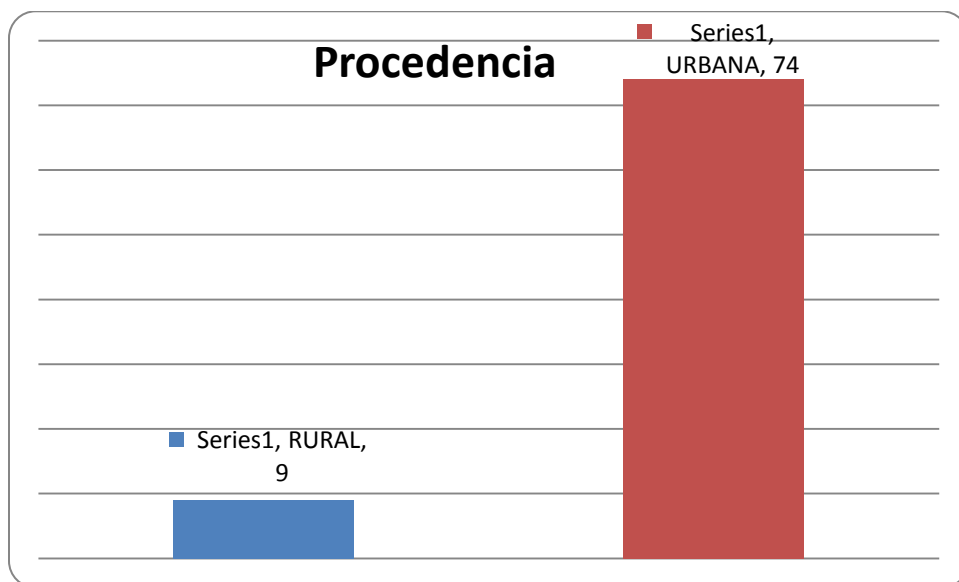
ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN SU ESTADO CIVIL EN EL HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA NO 30 GUAMÚCHIL, SINALOA. PERIODO JULIO 2011 A JUNIO 2012



FUENTE: Obtenido del agregado médico en el departamento del sector técnico.

GRÁFICO 8

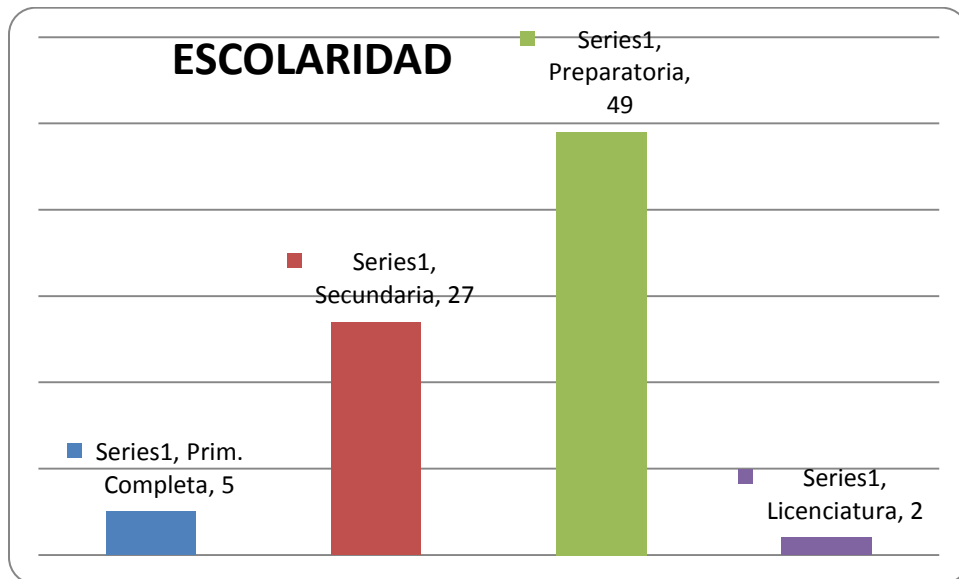
EMBARAZADAS SEGÚN SU PROCEDENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA NO 30 GUAMÚCHIL, SINALOA. PERIODO JULIO 2011 A JUNIO 2012.



FUENTE: Departamento del sector técnico.

GRÁFICO 9

ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN LA ESCOLARIDAD EN EL HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA NO 30 GUAMÚCHIL, SINALOA. PERIODO JULIO 2011 A JUNIO 2012.



FUENTE: Expediente electrónico

7.- DISCUSIÓN:

En cuanto a la edad promedio de presentación del embarazo en el adolescente en este estudio fue a los 17 años, que coincide con el realizado por Padrón en el 2005, el de Acosta y Cárdenas (2012) y el de Celi, Hidalgo, Chedraui y Gonzaga en el 2007, siendo en menor edad comparado con las estadísticas venezolanas en el 2008 que oscila entre los 15 a los 16 años.

Referente a la distribución por grupos de acuerdo a la división de la adolescencia, coincide nuestro estudio con el realizado en la Habana, Cuba (Blanco, 2010) ya que en ambos prevalece el mayor porcentaje en el grupo de la adolescencia tardía, lo cual difiere del realizado en el Hospital Docente Asistencial en San Félix Estado de Bolívar (Serrano y Rodríguez, 2008) donde la mayor frecuencia de embarazo se presentaron en los adolescentes de entre 14 a 16 años (adolescencia media).

Con respecto a la menarquia temprana y maternidad adolescente no se encontraron diferencias significativas con otros estudios con relación a la primera menstruación, ya que se evidencia que la edad promedio tanto en este estudio como en el de Serrano y Rodríguez (2008) y el de Acosta y Cárdenas (2012) es a los 12 años de edad, al igual Lira (2005) quien encontró en su trabajo que la edad de la menarquia fluctuó en un promedio de 11.7 años.

Estudios realizados por Padrón (2005) y Serrano y Rodríguez (2008) señalan en sus estudios que el inicio de las relaciones sexuales es en promedio de los 14 a los 16 años. En relación a los datos anteriores, Lira en el 2005 y la Encuesta Nacional de Salud 2000 reportan como primera relación sexual a la edad de 14.5 años y 15.7 años respectivamente. En el estudio comparativo de Acosta y Cárdenas (2012) el inicio de la vida sexual activa para ambos grupos de adolescentes es de 15.44 años; la edad de los casos fue de 15.35 años, mientras que para los controles fue de 15.52 años. Celi, Hidalgo, Chedraui y Gonzaga en su

estudio en el 2007 reportaron que 30% de las adolescentes embarazadas tuvieron su primera relación sexual a los 14 años y el 23% a los 15 años. De la misma manera las adolescentes embarazadas en este estudio reportaron una edad promedio de inicio de vida sexual activa a los 16 años con un rango de los 14 a los 18 años.

En relación al número de gestas, en este estudio el 89.15% de las adolescentes embarazadas eran primigestas, y al comparar estos resultados con los presentados por Serrano y Rodríguez (2008) y Celi, Hidalgo, Chedraui y Gonzaga en el 2007, no se aprecian diferencias importantes.

Los resultados en cuanto al estado civil de las embarazadas adolescentes en este estudio presenta un mayor número el grupo de mujeres solteras con un 55.42% que concuerda con los estudios realizados por Lira en el 2005 y el realizado por Serrano y Rodríguez en el 2008 en Venezuela. Cabe agregar que en el estudio presentado por Blanco en el 2010, los resultados son coincidentes en las solteras y las que tienen unión libre con un 40.6% mientras que las casadas aportaron el menor porcentaje. En forma comparativa en el estudio realizado por Acosta y Cárdenas (2012) los casos en su mayoría, vivían en unión libre, mientras que 62.5% del grupo control permanecía soltero.

En el presente estudio el 89.15% de las embarazadas provenían de zonas urbanas al igual que el presentado en Venezuela por Serrano y Rodríguez en el 2008 con un 73.8%. En forma inversa al estudio de Celi, Hidalgo, Chedraui y Gonzaga (2007) en donde el 47% de las jóvenes grávidas proceden de sectores marginales, y el 32% a zonas rurales.

La escolaridad reportada en este estudio coincide con la expuesta en el estudio de Padrón (2005), ya que en ambas el mayor porcentaje de embarazadas cursaban o su mayor grado de preparación escolar es la preparatoria con un 59% y 65% respectivamente. Dadas las condiciones que anteceden se encontró que los

estudios de Lira (2005), Blanco (2010) y Serrano y Rodríguez (2008) son muy semejantes, coincidiendo en que la mayor proporción de adolescentes reportaban como escolaridad la educación secundaria.

8.- CONCLUSIONES:

El embarazo adolescente actualmente es considerado un problema de Salud Pública por su aumento desmedido y por seguir vigente ante la sociedad, en cualquiera de las diferentes clases sociales, evento al que no es ajeno el Hospital General de Subzona No 30 de Guamúchil Sinaloa, como lo refleja este estudio.

Afortunadamente en sentido por mayor edad, la mayor prevalencia de embarazo en la adolescente fue en la etapa tardía que podría justificarse ya que una gran proporción reportó estado civil casada.

Se considera factor de riesgo la edad materna muy joven, ya que se pueden presentar eventos adversos tanto para la madre como para el producto. Por lo cual es importante que en cada visita que realice la adolescente a la unidad de salud, tanto la atención del médico familiar, la trabajadora social, la enfermera materno infantil, los módulos de atención preventiva integrada sea encaminada a orientarlas permanentemente sobre métodos de planificación familiar, sobre embarazo, edad ideal para concebirlo , de las complicaciones clínicas e implicaciones sociales.

Como sugerencia se podrían formar grupos de apoyo conformados por adolescentes previamente capacitados para que sean ellos mismos los que lleven la información a sus escuelas tanto a nivel de secundaria y bachillerato.

9.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Benson R, Pernoll ML. Diagnóstico de embarazo y cuidados prenatales. Manual de Obstetricia y Ginecología. 9ª ed. McGraw-Hill Interamericana. 1994.
2. Pérez I, Bastardo D, Cermeño T, Díaz L. Incidencia de Embarazo Precoz según las Etapas de la Adolescencia, Informe Médico, 2008; 10(4): 203-210.
3. Issler, JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 107.2001; 11-23.
4. Quintero PP, Roba LB. Antecedentes históricos de la educación de la sexualidad para prevenir el embarazo en la adolescencia. Su incidencia en la práctica deportiva. Ciencia e innovación tecnológica en el deporte. Dic 2010; 14: 1-12.
5. Ulanowicz MG, Parra KE, Wendler GE, Tisiana ML. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. 2006; (153): 13-17.
6. Estupiñán AM, Rodríguez BL. Aspectos psicosociales en universitarias embarazadas. Salud Pública Mex. 2009; 11(6): 988-998.
7. Blanco GA, Latorre LF, Osma ZS, Monturiol DX, Medina PM, Quintero DL, et al. Prevalencia de partos en la adolescencia y factores asociados en el Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga (Colombia). RCOG. 2010; 6(2): 113-120.

8. Doblado, DN, De la Rosa BI, Junco MA. Aborto en la adolescencia, un problema de salud. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*.2010; 36: 1-15.
9. Rivera, S. Embarazo en adolescentes. Aspectos de tipo social, psicológico y cultural. 2003.
10. Lete LL, Lozano JL, Martínez AC, Parrilla AJ. Embarazo en la adolescencia. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Embarazo en la adolescencia. San Sebastián España. INO reproducciones, S.A. 1999: 817-35.
11. Rodríguez HD, Morgado BY, Pérez JE, Rodríguez CA, Suarez RJ. Caracterización del embarazo en la adolescencia. Barrio La Victoria, Barquisimeto, Estado Lara. Venezuela.2008-2009. *Gaceta Médica Espirituana*.2010; 12(3):3.
12. Cortés OM, Valencia MS, Vásquez TM. “Mi mente decía no... mi cuerpo decía sí...”: embarazo en adolescentes escolarizadas. 2009; 27(2): 57-70.
13. Valdés DS, Essien J, Bardales MJ, Saavedra MD, Bardales ME. Embarazo en la adolescencia, incidencia, riesgos y complicaciones. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2002; 28(2): 84-88.
14. Parada BD, Becerra CD, Villacis VC. Embarazo en la adolescencia. *Obstetricia Integral en el siglo XXI*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2009. 122-41.
15. Diagnóstico de embarazo adolescente en Baja California Sur. Observatorio de vigilancia social y de género de Baja California Sur. 2006; 1-26.

16. Coll A. Embarazo en la adolescencia ¿Cuál es el problema? Adolescencia y juventud en América latina. Costa Rica. Consejo Editorial del LUR; 2001. P. 425- 43.
17. Stern. C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. Salud Publica de México.1997; 39 (002): 137-143.
18. Libreros L, Fuentes L, Pérez A. Temas de interés sobre sexualidad en adolescentes. Informe Médico. 2011; 13(1): 31-42.
19. Doblado DN, De la Rosa BI, Pérez RE, Jiménez SC, González G. Estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre algunos aspectos de sexualidad en estudiantes. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2009; 35(4): 191-204.
20. Fundación Escuela de Gerencia Social. Embarazo en Adolescentes. 2006; p 1-6.
21. Cruz, MM. Embarazo de adolescentes y comunicación familiar. Margen. Jun 2011; Vol.21:1 - 3.
22. Acosta VM, Cárdenas AV. El embarazo en adolescentes. Factores socioculturales. Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social. 2012; 50(4): 371-374.
23. Baeza WB, Póo FA, Vásquez PO, Muñoz NS. Vallejos VC. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2007; 72(2): 76-81.

24. Romero MI. Curso salud y desarrollo del adolescente. Embarazo en la adolescencia, <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/home.html> Pontificia Universidad de Chile.
25. Díaz FE. Guía clínica de intervención psicológica del embarazo en la adolescencia. Perinatología y reproducción humana. Abril-Junio 2007; 21 (2): 100-110.
26. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Revista Pediatría Electrónica. 2008; 5(1): 42-51.
27. Sáez CV. Embarazo y adolescencia. Resultados perinatales. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2005; 31(2): 0-0.
28. Pérez MJ, Orozco EE, Gaytan MJ, Panduro BJ, Castro HJ. Madre adolescente como factor de riesgo de nacimiento pretérmino. En: Boletín Médico Hospital Infantil de México. Congreso Nacional de Neonatología. México. Ediciones médicas del Hospital Infantil de México Federico Gómez; 2007. 9-10.
29. Panduro BJ, Jiménez CP, Perez MJ, Panduro ME, Peraza MD, Quezada FN. Embarazo adolescente y sus repercusiones materno perinatales. Ginecología y obstetricia de México. 2012; 80(11): 694-704.
30. Quezada SC, Reveles GM, Arteaga TG. Efecto de riesgo de la adolescencia sobre el resultado perinatal en el Instituto Nacional de Perinatología. En: Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Congreso Nacional de Neonatología. Monterrey. Ediciones médicas del Hospital de México Federico Gomez. 2009; 13-14.

31. Oviedo CH, Lira PJ, Ito NA, Grosso EJ. Causas de nacimiento pretérmino entre madres adolescentes. *Ginecología y Obstetricia Mexicana*. 2007; 75: 17-23.
32. Muñoz PM, Oliva MP. Los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en el embarazo adolescente. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2009; 74(5): 281-285.
33. Cruz HJ, Yanes QM, Isla VA, Hernández GP, Velazco BA. Anticoncepción en la adolescencia. *Revista Cubana de Endocrinología*. Ene-Abril 2007; 18(1).
34. Enríquez DB, Bermúdez SR, Puentes RE, Jiménez CM. Comportamiento del aborto inducido en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 2010; 36: 1-14.
35. Salazar AA, Acosta MM, Lozano RN, Quintero CM. Consecuencias del embarazo adolescente en el estado civil de la madre joven: Estudio piloto en Bogotá, Colombia. *Persona y bioética*. 2008; 12(31): 169-182.
36. Alarcón AR, Coello LJ, Cabrera GJ, Monier DG. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Enfermería*. 2009; 25(1-2): 1-14.
37. El IMSS en cifras. La salud de los adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2008; 46(1): 91-100.
38. Alonso VR, Campo GA, González HA, Rodríguez AB, Medina VL. Embarazo en la adolescencia: algunos factores biopsicosociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2005; 21(5-6):0-0.

39. Padrón AG. Embarazo en adolescentes. Estudio demográfico en 218 pacientes. *Acta pediátrica de México*. 2005; 26(4): 225.
40. Lira PJ, Oviedo CH, Zambrano CM, Ibarguengoitia OF, Ahued AR. Implicaciones perinatales del embarazo en la mujer adolescente. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2005; 73(8): 407-414.
41. Gómez SA, Gutiérrez MM, Izzedin BR, Sánchez ML, Herrera MN, Ballesteros CM. Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. *Revista salud pública*. 2012; 14(2): 189-199.
42. Blanco GD, Arrieta ZM. Embarazo y adolescencia. Comportamiento clínico epidemiológico en el Policlínico Parraga. Arroyo Naranjo. 2005-2006. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2010; 9(2): 246-253.
43. Celi RR, Hidalgo GL, Chedraui P, Gonzaga FM. Factores etiológicos y epidemiológicos en adolescentes embarazadas. Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor. 2007.
44. Serrano GD, Rodríguez AN. Embarazo en adolescentes. Hospital "Dr. Raúl Leoni Otero". San Félix. Edo. Bolívar 2003– 2007 [tesis]. Ciudad Bolívar Venezuela. 2008.

