



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**PREVALENCIA DE EMBARAZO E INTERRUPCIÓN DEL
MISMO EN ESTUDIANTES DE NUEVO INGRESO DE LA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

P R E S E N T A

JAVIER JUÁREZ DE JESÚS

DIANA ITAMAR MUÑOZ GARCIA

DIRECTOR DE TESIS

DRA. GUILLERMINA ARENAS MONTAÑO



Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, 2019



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.

“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado. Un esfuerzo total es una victoria completa”

-Mahatma Gandhi

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Porque todo te lo debo a ti, porque nunca me haces olvidar de dónde vengo y para donde voy. Por tus bendiciones y fuerzas que me das a diario para ser una mejor persona y por permitir cumplir mis sueños como hasta ahora.

A mis padres

Por todos los sacrificios que hicieron por mí, porque a pesar de las dificultades nunca me dejaron solo y jamás dejaron de creer en mí, porque son mi mayor inspiración para seguir adelante y nunca darme por vencido. Con amor, cariño y respeto.

A mis hermanos

Porque me han enseñado a luchar por lo que se quiere, por ser mi claro ejemplo de superación personal, porque siempre estarán conmigo cuando más lo necesite y gracias especialmente por los sobrinos que me han dado para los cuales estaré siempre.

A mi abuelita

Que sé que desde el cielo está muy orgullosa de lo que su "Pillote" ha logrado, por todo su amor, apoyo y comprensión que siempre me brindó. Abrazos y besos hasta allá arriba mi cariñito.

A mis tíos

Irineo Muñoz y Alicia Moreno porque desde niño fueron mi ejemplo a seguir, porque sus logros fueron mi inspiración para ser un profesional de la salud y porque me dieron mi herramienta de trabajo más poderosa la cual utilice y aproveche durante toda mi carrera. Gracias totales.

A mis profesores y a la UNAM

Que me compartieron sus conocimientos, por su paciencia y porque sus enseñanzas siempre las llevare en el corazón, a mi amada UNAM por permitirme ser parte de sus filas y porque con orgullo podré decir que llevo la sangre azul y la piel dorada.

RESUMEN

La adolescencia se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios tales como el inicio más temprano de la pubertad, el aplazamiento de la edad del matrimonio, la urbanización, la globalización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de embarazo e interrupción del mismo en estudiantes de nuevo ingreso de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. **Metodología:** Estudio de tipo cuantitativo, exploratorio, de corte transversal con un alcance descriptivo, con una muestra de 2684 alumnos donde se aplicó un cuestionario validado con variables cuantitativas, relacionadas con el embarazo. **Resultados:** El 51% de los estudiantes encuestados ha iniciado vida sexual, el 60% fueron mujeres y el 40% fueron hombres. El 7% de las mujeres ya ha presentado al menos un embarazo mientras que el 4% de los hombres han embarazado a alguna pareja sexual. El 53% de las mujeres han interrumpido un embarazo mientras que el 3% de los hombres refirieron que sus parejas sexuales han tenido alguna interrupción del mismo. **Conclusión:** El profesional de enfermería desde el rol de educador tiene que enfrentar el embarazo en la adolescencia, no solo desde el ángulo biológico, sino también como un fenómeno social y problema de salud pública que requiere atención urgente, sobre el que es posible actuar y modificar si se conoce el nivel de impacto que tiene en el ámbito biopsicosocial en las y los adolescentes.

Palabras clave: Prevalencia, adolescencia, embarazo, interrupción, prevención.

ABSTRACT

Adolescence is about one of the most important transition stages in the life of the human being; it is characterized by an accelerated rate of growing up and changes such as the early beginning of puberty, postponement of the marriage age, urbanization, communication globalization and the evolution of behaviors and sexual practices. **Goal:** To determine the prevalence of pregnancy and its interruption in students of recent entrance to the Faculty of Superior Studies of Iztacala. **Methodology:** Study of quantitative, exploratory, cross-section type, with a descriptive scope, with a sample of 2684 students to whom a validated questionnaire was applied, related to pregnancy. **Results:** 51% of the students surveyed have begun sexual life, 60% were women and 40% were men. 7% of women have had at least one pregnancy while 4% of men have got pregnant some sexual partner. 53% of women have interrupted a pregnancy while 3% of men referred that their sexual partners have interrupted pregnancy. **Conclusion:** The nursing professional, from the educator role, has to face pregnancy in adolescence, not only from the biological angle but also as a social phenomenon and a public health problem requiring urgent attention, on which it is possible to act and make modifications if the impact level is known in the biopsychosocial field in adolescents.

Key Words: Prevalence, adolescence, pregnancy, interruption, prevention.

Contenido

CAPITULO I. Introducción	8
Pregunta de investigación	9
Planteamiento del problema	9
Objetivos	11
Objetivo General	11
Objetivos específicos	11
Hipótesis de investigación	11
Hipótesis nula	11
CAPITULO II. Marco Conceptual y Teórico.....	12
Adolescencia y sexualidad	12
Métodos de anticoncepción más utilizados en la adolescencia	16
Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)	21
Embarazo en adolescentes un problema de salud pública	23
Perfil del hombre adolescente que embaraza y paternidad responsable	26
Embarazo en jóvenes universitarios	27
El embarazo en un momento de la vida, justo cuando se está definiendo el proyecto profesional.....	28
Embarazo no deseado en las y los adolescentes	30
El aborto en México como un problema de salud pública	33
Aborto Espontáneo en adolescentes	34
Aborto Inducido en adolescentes	34
Interrupción Legal del Embarazo en adolescentes.	36
Marco Legal para la práctica del aborto	37
Métodos de Interrupción Legal del Embarazo.....	38
Intervenciones de Enfermería para la prevención de embarazos no deseados en las y los adolescentes.	39
CAPITULO III. Metodología.....	43
Diseño de la investigación	43
Instrumento	43

Población	43
Tamaño de la Muestra	44
Criterios de inclusión.....	44
Criterios de exclusión.....	44
Aplicación del cuestionario.....	44
Captura de datos.....	45
Análisis de resultados	45
Operacionalización de variables	46
CAPITULO IV. Estado del arte	48
CAPITULO V. Resultados	52
CAPITULO VI. Análisis y discusión	63
Propuestas	66
Conclusiones.....	67
Capitulo VII. Referencias bibliográficas.....	70

CAPITULO I. Introducción

Esta investigación tiene como objetivo principal determinar la prevalencia de embarazo en estudiantes de nuevo ingreso con datos desagregados por sexo así como conocer el número de alumnos que han utilizado la pastilla de emergencia y detectar el número de alumnas y alumnos que han interrumpido el embarazo. El embarazo en la adolescencia se considera un problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS) debido a las repercusiones biopsicosociales que tiene en la salud de la madre, del padre y del hijo(a).

Para cumplir con los objetivos planteados, esta tesis se estructura en seis capítulos. En el primer capítulo abarca el planteamiento del problema así como los objetivos e hipótesis. En el segundo capítulo se incluye una revisión bibliográfica donde se abordan temas como adolescencia, en el cual se explican los aspectos biológicos y psicosociales de las y los adolescentes, se habla sobre métodos de anticoncepción utilizados en la adolescencia, el embarazo en adolescentes como problema de salud pública, información relacionada con embarazo no deseado, el aborto en México como un problema de salud, interrupción Legal del Embarazo y algunas intervenciones que el profesional de Enfermería puede implementar para la prevención de embarazos no deseados.

El tercer capítulo contiene una descripción de la metodología usada, este es un estudio de tipo cuantitativo, exploratorio, de corte transversal con un alcance descriptivo, ya que su constatación se realiza mediante la recolección de información cuantitativa orientada por conceptos empíricos medibles. En el cuarto capítulo se incluyen los resultados de investigaciones previas sobre el tema de esta tesis. En el quinto capítulo se realizaron tablas y gráficas que nos permitieron conocer la prevalencia de embarazo e interrupción del mismo en los alumnos y alumnas de nuevo ingreso de la Facultad, resaltando que estos resultados fueron desagregados por sexo y por carrera. El sexto capítulo se dedica al análisis descriptivo con base en los resultados obtenidos de esta investigación comparados con otros estudios relacionados. Y finalmente se presentan las fuentes de información consultadas para la realización de este trabajo.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de embarazo e interrupción del mismo en estudiantes de nuevo ingreso de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala?

Planteamiento del problema

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud¹ aproximadamente 16 millones de mujeres jóvenes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos.

La Organización Mundial de la Salud² en 2016 indica que a nivel global se realizan 56 millones de abortos en el mundo en un año; también señala que del 100% de embarazos en el mundo, aproximadamente el 25% terminó en su interrupción por medio del aborto inducido. Se estima que alrededor de cinco millones de mujeres al año son hospitalizadas por la práctica de abortos clandestinos, y de estas, tres millones mueren por mala práctica médica.²

La maternidad adolescente está asociada con diversos factores negativos referidos a la joven, como por ejemplo el descuido personal, la promiscuidad sexual, la marginación social, el fracaso escolar y la desestructuración familiar. Además, se le reprocha una doble falta: no haber sido capaz de tener una relación sexual segura y tampoco de evitar que se produjera el embarazo.³

En México el Consejo Nacional de Población⁴ estima que existen en el país 22.4 millones de mujeres y hombres adolescentes entre los 10 y 19 años de edad. El embarazo en adolescentes cobra cada vez mayor importancia debido a los siguientes aspectos: Las mujeres de 15 a 19 años de edad constituyen el grupo de mayor tamaño entre los grupos quinquenales de mujeres en edad fértil. La disminución de la fecundidad en adolescentes es menor que en otros grupos de edad, tanto por su bajo uso de anticonceptivos, como por el aumento en el porcentaje de la población adolescente que ha sido alguna vez sexualmente

activa. Solamente 37.6% de las adolescentes emplea un método en su primera relación sexual y 45% usa uno en la última; en ambos casos, principalmente métodos con poca efectividad.

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014⁵ informa que, 9.6% de las adolescentes de 15 a 17 años han estado embarazadas alguna vez. Más de 1 de cada cuatro embarazos entre adolescentes no fueron planeados, y 1 de cada 10 no fueron deseados.⁵

Claudia Díaz Olavarrieta, investigadora de la Facultad de Medicina (FM) de la UNAM informa que tres millones de adolescentes entre 15 y 19 años se practican abortos inseguros o clandestinos en el mundo para interrumpir un embarazo no deseado, acción que pone en riesgo su salud.⁶

Los embarazos ocurridos en la etapa de la adolescencia constituyen un importante impacto para la salud y el bienestar de las jóvenes, no sólo por los riesgos y secuelas que puede darse en materia de salud, sino por sus efectos en término de los proyectos de vida y por una serie de problemas sociales que afecta la vida de las y los adolescentes.⁷

La falta de información y educación son los determinantes sociales que influyen en el inicio temprano de su vida sexual, dando como resultado la presencia de un embarazo no planeado y no deseado en la vida de las y los adolescentes. El embarazo adolescente es un problema de salud pública que requiere atención urgente, debido a que se incrementa día con día, por el riesgo en la salud de la madre y de su hijo, el alto costo social relacionado con el abandono escolar, la etapa productiva, el rechazo social y las expectativas de vida; por lo que es necesario desarrollar un modelo de intervención integral que contemple aspectos no solo biológicos sino también psicológicos, sociales, culturales y de valores, enfocado a la prevención del embarazo adolescente.⁸

Tomando en cuenta las consultas realizadas dentro del Programa de Fomento a la Salud y Protección Específica de Enfermedades (PROSALUD), en la Facultad de

Estudios Superiores Iztacala se identificaron alumnos y alumnas que han presentado al menos un embarazo en la etapa de su adolescencia, lo que provoco bajo rendimiento académico y en algunas ocasiones deserción escolar temporal, de igual manera acudieron a consulta estudiantes que han presentado interrupción del embarazo, causando en ellos conflictos emocionales. Es por eso que se lleva a cabo la siguiente investigación en donde se buscara proponer estrategias sobre prevención del embarazo en los y las adolescentes.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la prevalencia de embarazo e interrupción del mismo en estudiantes de nuevo ingreso de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Objetivos específicos

- Identificar el número de embarazos en estudiantes de nuevo ingreso con datos desagregados por sexo.
- Conocer el número de alumnos que han utilizado la pastilla de emergencia.
- Detectar el número de alumnas que han interrumpido voluntariamente el embarazo.
- Identificar el número de alumnos que decidió con su pareja interrumpir voluntariamente el embarazo.

Hipótesis de investigación

Existe una prevalencia significativa de embarazos e interrupciones de los mismos en estudiantes de nuevo ingreso de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Hipótesis nula

No existe una prevalencia significativa de embarazos e interrupciones de los mismos en estudiantes de nuevo ingreso de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

CAPITULO II. Marco Conceptual y Teórico

Adolescencia y sexualidad

A pesar de que no existe una definición de adolescencia aceptada internacionalmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) la establece como “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios”, sobre la base de esta concepción, la OMS señala que “los determinantes biológicos de la adolescencia son similares en todo el mundo, a diferencia de la duración, las manifestaciones conductuales de los adolescentes a partir de su cultura y contexto socioeconómico, así como los cambios ocurridos en el último siglo, tales como el inicio más temprano de la pubertad, el aplazamiento de la edad del matrimonio, la urbanización, la globalización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales”.⁹

Adolescencia procede de la palabra latina “adolescere”, del verbo adolecer, y en castellano tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y, también, crecimiento y maduración. Esta etapa se acompaña de intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales; se inicia con la pubertad, aspecto puramente orgánico, y termina alrededor de la segunda década de la vida, cuando se completa el crecimiento y desarrollo físico y la maduración psicosocial. La adolescencia comprende un periodo de tiempo impreciso, y su duración ha ido aumentando en los últimos años debido al comienzo más precoz de la pubertad y a la prolongación del periodo de formación escolar y profesional.¹⁰

Dado el abismo de experiencia que separa a los adolescentes más jóvenes de los mayores, resulta útil contemplar esta segunda década de la vida como dos partes: la adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años).¹¹

El periodo de la adolescencia se caracteriza también por el desarrollo de competencia emocional y social. Los procesos previos se verán facilitados por la aparición del pensamiento abstracto. Durante las diversas fases de la adolescencia el joven irá experimentando una serie de cambios a nivel psicológico, cognitivo, social, sexual y moral –que repercuten entre sí y a la vez están influidos por el desarrollo físico (incluyendo el cerebral) los cuales le permitirán ir logrando progresivamente las tareas antes descritas. La familia se verá sometida a tensiones durante esta etapa, siendo importante que favorezca que el joven consolide una identidad propia y se haga independiente. Si todo ha evolucionado favorablemente, a fines de la adolescencia el individuo estará en buena situación para enfrentar las tareas de la adultez joven. Si no es así, puede presentar problemas en las etapas posteriores del desarrollo.¹²

Se alcanza la madurez física y la capacidad reproductiva, así mismo su desarrollo intelectual les permite elaborar juicios críticos y pensamientos abstractos, pero también aumenta su responsabilidad social, ya que ahora no tienen la continua vigilancia de los padres en su actuar social.¹³

Según Güemes¹⁰, los objetivos psicosociales a conseguir en la adolescencia son: lograr la independencia de los padres, tomar conciencia de la imagen corporal. Establecer relaciones con los amigos así como la adopción de estilos de vida y establecer la identidad sexual, vocacional, moral y del yo. Estos cambio así como el inicio de la pubertad suceden 1-2 años antes en las mujeres, también los cambios psicosociales y emocionales acontecen 1-2 años antes que en los varones.

Durante la fase temprana de la adolescencia hay preocupación por el cuerpo, persiste la inseguridad y comparación, en la fase media hay aceptación del cuerpo con intentos de hacerlo más atractivo. En la fase tardía se completa el crecimiento y desarrollo por lo cual se aceptación cambios Imagen. Hay menos exploración y experimentación, y se emplea más tiempo en establecer relaciones íntimas; se

forman las pareja. Se establece una identidad, en la fase inicial empieza a mejorar la capacidad cognitiva se forman fantasías objetivos idealistas, surgen sentimientos sexuales y una falta de control impulsos, en la fase media se mejora la capacidad intelectual, surgen sentimientos de omnipotencia e inmortalidad los cuales pueden llevarles conductas de riesgo. En la fase tardía el pensamiento es abstracto y a futuro, se crean valores morales, religiosos, el compromiso y la independencia económica.¹⁴

La adolescencia emerge con la aparición de los primeros signos de la transformación puberal. Desde el comienzo de este periodo van a ocurrir cambios hormonales que generan el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, con la acentuación del dimorfismo sexual, crecimiento en longitud, cambios en la composición corporal y una transformación gradual en el desarrollo psicosocial. Todos estos cambios tienen una cronología que no coincide en todos los individuos y es más tardía en los hombres que en las mujeres.¹⁵

El primer periodo hace referencia más directamente al aspecto fisiológico (físico-químico), caracterizado por la transformación “físico-sexual” del individuo y que se define por la aptitud para la procreación. El segundo periodo se centra en la aparición de características y fenómenos afectivos que determinan cambios en toda su personalidad, y se manifiesta en las niñas con la aparición de la primera menstruación (menarquia) y en los niños por las primeras eyaculaciones.¹⁶

Si se observa la distribución por sexo de la población de entre 10 y 19 años en el país, se aprecia que, a pesar de encontrarse prácticamente en equilibrio, los varones representan el mayor volumen de la población adolescente en México. Ya que las mujeres conforman 49.6% del volumen total de adolescentes en el país y los hombres 50.4%.¹¹⁵

La sexualidad es un concepto amplio que se define como la manifestación psicológica y social del sexo. Esto quiere decir que la sexualidad es un término que abarca además de los aspectos físicos (la anatomía y fisiología), los aspectos

emocionales (los sentimientos y las emociones) y los aspectos sociales (las normas y reglas de lo que debe ser un hombre y una mujer en el área sexual). Las finalidades de la sexualidad son diversas y consideran la comunicación, el amor, las relaciones afectivas con otras personas, el placer y la reproducción. La cultura influye de manera definitiva en la manifestación de la sexualidad, a través de las diferencias de género.¹⁷

Sexualidad es la expresión integral del ser humano en función de su sexo vinculado a los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Sexualidad y reproducción se encuentran unidos a las condiciones culturales que determinan los roles que han de jugar los hombres y mujeres. En otras palabras, sexualidad es la manera en cómo piensan, sienten y actúan hombres y mujeres en función de los patrones culturales de la sociedad a la cual pertenecen.¹⁸

Entre los determinantes de riesgo para el inicio de la actividad sexual temprana en la adolescencia están los individuales se han asociado el sexo masculino, actitud permisiva hacia la actividad Sexual, consumo de alcohol, consumo de drogas, en los determinantes familiares, falta de educación sexual, antecedente de algún hermano o hermana que haya sido madre o padre, familias reconstruidas, menor control por parte de los padres, sin establecimiento de reglas , conductas disciplinarias extremistas y por ultimo entre los determinantes socioculturales esta pertenecer a estratos socioeconómicos bajos, comportamiento y presión por parte de compañeros, pares o amigos, influencia de ambiente o contexto social, pobre educación en planificación familiar en escuelas y erotización de los medios de comunicación.

A partir de la pubertad comienza el proceso de cambios físicos que convierte a la niña en un adulto capaz de reproducirse sexualmente. Esto no quiere decir que la o el adolescente esté preparado para ser madre o padre. Las consecuencias negativas a largo plazo del embarazo en la adolescente pueden resumirse en dos grandes rubros, las que repercuten en la salud y el crecimiento del niño, y las que corresponden al desarrollo personal y vida futura de la propia adolescente.¹⁹

La actividad sexual a temprana edad tiene consecuencias como el embarazo no deseado representa un riesgo entre adolescentes. El 59% de embarazos terminan en nacimientos y 41% en abortos, 14% de ellos abortos involuntarios. Las adolescentes se encuentran más desfavorecidas en el mantenimiento de un embarazo saludable, debido a un nivel de educación para la salud más pobre, falta de acceso a la atención prenatal, del parto, especializada u otro servicio de salud. A ello se suman los problemas económicos del embarazo y el parto. Un embarazo en una adolescente, puede contribuir a la dificultad para terminar la educación, aislamiento social, falta de apoyo familiar, oportunidades de empleo más pobres, perpetuación, feminización de la pobreza y transmisión intergeneracional de la pobreza consecuente. Esta confluencia de factores de riesgos intrínsecos y extrínsecos que las adolescentes embarazadas experimentan, pueden aumentar el riesgo de mortalidad y morbilidad grave durante el embarazo, el parto y el puerperio.²⁰

Métodos de anticoncepción más utilizados en la adolescencia

El uso de métodos de anticonceptivos se ha convertido en uno de los determinantes principales de la fecundidad, desde los comienzos de la historia, hombres y mujeres han deseado poder decidir si querían tener hijos y en qué momento querían hacerlo. Los métodos anticonceptivos se han usado de un modo u otro por miles de años a través de la historia humana e incluso la prehistoria, ya que son una de las herramientas primordiales de control natal y se constituye como uno de los instrumentos más importantes con los que cuenta la población para planificar el tamaño apropiado de la familia. Así mismo, se considera que una mayor aceptación y uso de dichos métodos disminuye la exposición al riesgo de embarazo; situación que conlleva a una posible reducción del tamaño de los hogares, lo cual trae efectos positivos en el mejoramiento de la calidad de vida de los individuos en términos de cobertura y calidad en salud, educación y otras variables socioeconómicas.²¹

En el primer texto médico del que se tiene noticia, *El Papiro de Petri*, de 1850 antes de Cristo, figuraban ya las recetas anticonceptivas. Una aconsejaba el uso de excremento de cocodrilo mezclado con una pasta que servía como vehículo, usado seguramente como pesario insertado en la vagina; otra receta consistía en una irrigación de la vagina con miel y bicarbonato de sodio nativo natural. El segundo texto importante, *El Papiro de Ebers*, contiene la primera referencia a un tapón de hilaza medicado... "Tritúrese con una medida de miel, humedézcase la hilaza con ello y colóquese en la vulva de la mujer"²² Los métodos usados antes del siglo XX no eran tan seguros y eficaces como los actuales, hace siglos las mujeres chinas bebían plomo y mercurio para controlar su fertilidad, lo cual muchas veces tenía como resultado la esterilidad o la muerte.²³

Durante la Edad Media en Europa, los magos les aconsejaban a las mujeres que lleven los testículos de una comadreja puestos sobre los muslos o que le amputaran una pata y la lleven colgada alrededor del cuello.²⁴ La ciencia moderna ha descubierto que muchos otros métodos de la antigüedad, en especial ciertos tratamientos de hierbas, tienen en realidad algún grado de eficacia a pesar de que no siempre son seguros o prácticos.²⁵

En 1916, Margaret Sanger abrió la primera clínica de planificación familiar en Norteamérica; y 1950 Planned Parenthood financió la búsqueda inicial de un anticonceptivo oral de primera calidad.²⁶ México tiene una trayectoria de más de 35 años en la promoción métodos anticonceptivos, lo cual fue impulsado por dos importantes cambios en el marco legal y de las políticas públicas. El primero, en 1973, cuando nuestro país se convirtió en el segundo del mundo y el primero en América Latina en instituir en su Constitución el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos (Artículo 4º). El segundo fue el planteamiento en 1974 de una serie de acciones para regular el crecimiento de la población dentro de la Ley General de Población.²⁷

Si bien desde antes de estos acontecimientos algunas instituciones públicas habían establecido programas de forma aislada, fue a partir del 1977 que hubo un

esfuerzo coordinado de todo el sector salud para promover la anticoncepción. Esto trajo consigo una rápida disminución de la tasa global de fecundidad de 6.97 hijos por mujer en 1962, a 3.45 en 1990, a 2.26 en 2012 y a 2.08 en 2019.²⁸

Aun así el uso de métodos anticonceptivos no ha ocurrido de manera uniforme: persisten rezagos importantes particularmente en la población adolescente y joven, así como en la que habita en municipios de marginación alta y en zonas rurales e indígenas.²⁹ Se tiene evidencia de que los adolescentes conocen los métodos anticonceptivos, pero se sabe y describe también que hay una brecha entre el conocimiento sobre dichos métodos y su utilización. Lo anterior, asimismo, está mediado por el costo y la disponibilidad de los anticonceptivos, además de que entre la población adolescente puede haber incluso un deseo inconsciente de embarazo.³⁰

Desde el paradigma de la prevención, los conocimientos sobre riesgo de embarazo y la autoeficacia en el uso de condón son componentes necesarios para tener conductas sexuales seguras y evitar embarazos.³¹ En México, información reciente muestra que la tasa de embarazo en adolescentes de 15 a 19 años de edad es la más alta entre las mujeres en edad reproductiva, con 85 embarazos por cada 1 000.³²

De igual manera, se ha documentado que las creencias de los padres respecto de las conductas de prevención para una salud sexual intervienen de manera directa en el tipo de ideas que transmiten a los hijos.³³ Estrada,³⁴ realizó un estudio donde identifican que, con que al menos uno de los padres hable sobre temas de sexualidad, los adolescentes logran tener autoeficacia en el uso del condón. Esto podría estar vinculado con el hecho de que son pocos los padres que abordan de manera directa el tema de los métodos anticonceptivos y, por lo mismo, el hecho de que al menos uno de ellos lo haga podría ser una señal de permisividad y apoyo, situación que podría reflejarse en la autoeficacia. Por el contrario, cuando ninguno de los padres habla sobre sexualidad, la percepción de autoeficacia es baja, lo que aumenta el riesgo de embarazo en esta población. Otro de los

hallazgos de este estudio muestra que tener conocimientos sobre riesgo de embarazo está asociado con adolescentes de mayor edad.

Se ha documentado que en cada etapa de la adolescencia (temprana, media y tardía) las necesidades de información son diversas y complementarias, de manera que, al ir creciendo, se esperaría que el cúmulo de conocimientos adquirido favoreciera tener mayores capacidades y habilidades para establecer relaciones más responsables.³⁵

Existe una dinámica socio-cultural como los valores asociados a la búsqueda de placer sexual y valores machistas presentes en nuestro contexto que acentúan el problema de las relaciones sexuales desprotegidas, en el sentido de que para los adolescentes hombres y mujeres es más importante evitar un embarazo que contraer alguna ITS y muestran creencias erróneas respecto al uso del condón en las relaciones sexuales, además de que el uso inconsistente del condón se asocia al estado subjetivo de "estar enamorado"³⁶

Los resultados del ensayo en múltiples lugares realizado por la OMS -el primer estudio comparativo de la efectividad de los condones masculinos y femeninos- confirman que los condones masculinos y femeninos son sustancialmente equivalentes en la prevención de embarazos no deseados.³⁷

El condón masculino es una funda de látex que se coloca en el pene erecto antes de la relación sexual y que lo cubre por completo. Impide que los espermatozoides entren al interior de la vagina en la relación sexual, pues actúa como barrera y con esto evita el embarazo. Si se usa correctamente, el condón también disminuye la posibilidad de contraer una infección de transmisión sexual.³⁸ Con una tasa de fallo situada en torno al 2 % si se utiliza de manera sistemática y correcta, el preservativo es muy eficaz para la prevención de embarazos no deseados.³⁹

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)³⁸ da algunas recomendaciones antes de su uso: Verifica la fecha de caducidad. Coloca el condón, sin desenrollar, en la punta del pene erecto, aprieta la punta del condón mientras lo extiendes

hasta cubrir todo el pene, evitando que queden burbujas de aire pues pueden romper el condón durante la relación y provocar escurrimientos, si el hombre no está circuncidado, debe empujar la piel del pene hacia atrás hasta liberar el glande. Después de la eyaculación y antes de perder la erección, el pene debe ser retirado de la vagina sujetando el extremo del condón, evitando que se derrame el esperma. Se tiene que utilizar un nuevo condón en cada relación sexual. Los condones nunca deben ser reutilizados

No se deben guardar los preservativos en billetera ya que el calor y la fricción los pueden dañar. No utilice nonoxinol-9 (un espermicida), ya que puede provocar irritación e incrementa el contagio por VIH y no utilice productos a base de aceites, como aceite para bebés, lociones, vaselina o aceite de cocina, ya que pueden romper el condón.⁴⁰

Se ha elaborado un condón femenino en respuesta a la necesidad de más métodos iniciados por la mujer que protejan contra el embarazo y la transmisión de las ITS. El condón femenino, hecho de poliuretano, se puede usar sin peligro y no tiene efectos secundarios. El condón femenino es una funda de plástico holgada con un anillo flexible en cada extremo. Uno de los anillos está en el extremo cerrado de la funda y cuando se inserta, sirve de soporte en el cuello uterino. El anillo exterior forma el borde externo del dispositivo y se mantiene fuera de la vagina después de ser insertado, lo cual protege los labios y la base del pene durante el acto sexual. Este diseño puede hacer reducir el riesgo de transmisión de organismos causantes de ITS que se encuentren en úlceras de los genitales externos.⁴¹

Para colocar el condón femenino apriete el anillo interior entre los dedos e introdúzcalo en la vagina tan profundamente como sea posible. Empuje el anillo interior hacia arriba hasta que quede del hueso púbico. Una pulgada, aproximadamente, del extremo abierto debe quedar fuera del cuerpo. Justo después de la eyaculación, apriete para cerrar el anillo exterior y extraiga

suavemente el saco. Tira a la basura el condón. No se use condón masculino y femenino juntos ya que al hacerlo podrían desgarrarse.⁴²

Aunque los preservativos forman parte de la mayoría de programas nacionales contra el VIH y las ITS y sobre salud reproductiva, no se han distribuido de forma constante ni se ha fomentado su uso de una forma lo bastante dinámica. La distribución y la venta nacional de preservativos pueden fortalecerse aplicando un enfoque de mercado que combine la distribución por parte del sector público, el marketing social y las ventas en el sector privado. Deben eliminarse las barreras administrativas que impiden que los programas y las organizaciones proporcionen una cantidad suficiente de preservativos para su distribución. En los lugares con una alta prevalencia del VIH, la promoción y distribución del preservativo debe estar integrada de manera sistemática en las actividades de divulgación comunitarias y prestación de servicios y en la más amplia provisión de servicios sanitarios.⁴³

Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)

La Anticoncepción de Emergencia (AE) se refiere a los métodos anticonceptivos que pueden utilizarse para prevenir un embarazo después de una relación sexual. Se recomienda su uso dentro de los 5 días posteriores a la relación sexual, pero cuanto antes se utilicen después de la relación, mayor es su eficacia.⁴⁴ También se utiliza tras la falla o el uso incorrecto de un anticonceptivo (por ejemplo, olvidarse de tomar una píldora o un preservativo que se rompe) y después de sufrir una violación o ser forzada a tener relaciones sexuales.⁴⁵ De acuerdo con la NOM-005-SSA2-1993,⁴⁶ de los servicios de planificación familiar, se le conoce como anticoncepción hormonal postcoital y reconoce únicamente a las combinaciones de estrógenos y progestinas (método de Yuzpe) y la presentación farmacéutica de progestinas solas (levonorgestrel).

La AE debe estar disponible en cantidades adecuadas a precio bajo en todo momento; actualmente está disponible en más de 40 países y la mayoría forma

parte de los programas de salud reproductiva, son de venta libre, sin contraindicaciones para su uso. La aceptación de la AE se ha incrementado desde su aprobación y su uso se ha duplicado 0.9 a 2.2%; lo utilizan 17.8% de mujeres de 15-19 años de edad, 15.5% de 20 a 24 años de edad, 9.2% de 25 a 29 años de edad, 4.9% de 30 a 44 años de edad.⁴⁶

Los mecanismos de acción de anticoncepción de emergencia son: A nivel folicular altera la maduración folicular y disminuye la calidad del folículo produciendo un folículo disfuncional que no será capaz de liberar un óvulo maduro. La administración exógena de hormonas similares a las producidas por el ovario, por retroalimentación negativa, suprime la producción de gonadotrofinas hipofisarias: FSH (hormona estimulante del folículo) y LH (hormona luteinizante) que son elementales para el desarrollo folicular adecuado. Y a nivel de espermatozoides En condiciones normales, después de la eyaculación, los espermatozoides requieren de un proceso de preparación que les facilita tener mayor capacidad para fertilizar un óvulo. A este proceso se le conoce como capacitación espermática. La AE al igual que los hormonales orales, disminuye la filancia del moco e incrementa el pH, lo que afecta el proceso de capacitación espermática dificultando la migración hacia la cavidad endometrial y el lumen intratubario. Al disminuir su movilidad, los espermatozoides son más susceptibles a la fagocitosis.⁴⁷

Hay tres tipos diferentes de píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE): con acetato de ulipristal (PAE-AUP), con levonorgestrel solo (PAE-LNG) y combinadas con estrógeno y progestágeno (PAE combinadas). De los esquemas de administración deben seleccionarse una de las siguientes opciones PAE-AUP: Dosis única: 1 comprimido de 30 mg , PAE-LNG: – Dosis única (esquema preferido para el LNG): 1,50 mg (2 comprimidos de 0,75 mg) – Dosis dividida: 1 dosis de 0,75 mg seguida de una segunda dosis de 0,75 mg 12 horas después, PAE combinadas: – Dosis dividida: 1 dosis de 100 µg de etinilestradiol más 0,50

mg de LNG, seguida de una segunda dosis de 100 µg de etinilestradiol más 0,50 mg de LNG 12 horas después.(método Yuzpe)⁴⁸

Después de un coito único no protegido, la falla es de aproximadamente 1-2% en las mujeres que aplican el tratamiento en forma correcta, dependiendo del tiempo de la toma y de la formulación utilizada; la probabilidad comparativa de embarazo en mujeres que no toman el tratamiento es de cuatro a ocho veces mayor (8%).⁴⁹

Los efectos secundarios más comunes son náusea, mareo, vómito, cefalea, mastalgia, manchado intermenstrual y variaciones en el siguiente ciclo menstrual dependiendo del día del ciclo en que se administró la dosis. El levonorgestrel solo produce considerablemente menos molestias que las pastillas combinadas; en especial, se reducen en un 50% la náusea y el vómito. Si la usuaria presentara vómito en las primeras dos horas después de ingerido el medicamento, debe repetir la dosis.⁴⁷

Al facilitar información sobre el uso de las píldoras anticonceptivas de urgencia se deben dar a conocer los métodos anticonceptivos regulares disponibles y ofrecer asesoramiento sobre cómo utilizar correctamente los diferentes métodos en caso de que se perciban fallos en el método utilizado.⁴⁵

Embarazo en adolescentes un problema de salud pública

Tasa de incidencia: La tasa de incidencia se define como el número de casos nuevos de una enfermedad u otra condición de salud dividido por la población en riesgo de la enfermedad (población expuesta) en un lugar específico y durante un período específico. **Tasa de prevalencia:** La tasa de prevalencia se define como el número de casos existentes de una enfermedad u otro evento de salud dividido por el número de personas de una población en un período específico. Cada individuo es observado en una única oportunidad, cuando se constata su situación en cuanto al evento de interés.¹¹⁶

Tasa Global de Fecundidad (TGF): Combina las tasas de fecundidad de todos los grupos de edad, durante un período de tiempo determinado y es definida como el promedio de hijos nacidos vivos que tendrían las mujeres durante toda su vida reproductiva, si las tasas de fecundidad obtenidas en la encuesta se mantuviesen invariables en el tiempo. **Tasa de Fecundidad General (TFG):** Muestra el número de nacimientos que anualmente ocurren, en promedio, por cada mil mujeres de 15 a 49 años.¹¹⁷

Embarazo, gravidez o gestación son los términos con que se designa el periodo comprendido entre la fecundación y el nacimiento o parto. Dura aproximadamente 280 días o 40 semanas que corresponden a 9 meses calendario (de 30 días) o 10 meses lunares (de 28 días). Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.⁵⁰

La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.⁵¹

El embarazo adolescente hace referencia a toda gestación que ocurre durante la adolescencia y comprende las mujeres de hasta 19 años, es decir, todo embarazo que ocurre dentro del tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar de origen.⁵²

La edad media del periodo de la menarca (primera menstruación) se sitúa en los 11 años, aunque esta cifra varía según el origen étnico y el peso. El promedio de edad de la menarquia ha disminuido y continúa haciéndolo. El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales. Las adolescentes embarazadas además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada, deben enfrentarse, *a priori*, a una mayor desprotección, con mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica, de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social.⁵³

El 40% de mujeres en países en vías de desarrollo tiene un parto antes de cumplir 20 años. Muy pocos de estos embarazos son planeados o deseados por las adolescentes. Muchas de ellas son forzadas por las presiones sociales a tener matrimonios tempranos y embarazos tempranos, o son resultado de adolescentes a las que se les negó libre acceso a anticonceptivos. El embarazo en adolescentes puede tener consecuencias adversas para la salud tanto de corto plazo como de largo plazo. Las embarazadas adolescentes tienen mayor posibilidad de tener desnutrición y de dar a luz a hijos con bajo peso. Las adolescentes que se embarazan, más que cualquier otra adolescente, necesitan apoyo, comprensión y ayuda, ya que está más sensible, insegura y desvalorizada que cualquier otra mujer y con mayor razón para una adolescente, que no se convierte en adulto por el hecho de ser madre.⁵⁴

Para comprender como vive el embarazo una adolescente, se debe tener en cuenta que los cambios psicológicos, estarán condicionados por su historia de vida, por la relación con el progenitor de su hijo, por la situación con su familia, por su edad y especialmente por su madurez personal.⁵²

La atención obstétrica a la embarazada adolescente más que un problema particular de la adolescente lo es de toda la familia. Por lo general acarrea serios problemas de índole biológica, psicológica y social en la adolescente embarazada.

De tal modo los cuidados prenatales están determinados por factores como: el estado biológico de la adolescente en el momento que comienza el embarazo haciendo énfasis en el estado nutricional, mayor riesgo de anemia, toxemia, diabetes parto distócico, hemorragias, recién nacido bajo peso, y enfermedades genéticas sin dejar de mencionar las alteraciones psicosociales y crisis familiares no transitorias por desorganización.^{55, 56}

Otro tipo de consecuencias a largo plazo son las fístulas obstétricas fístulas obstétricas, que a consecuencia del trabajo de parto prolongado u obstruido, es un orificio entre la vagina y la vejiga o el recto, lo cual causa que la mujer padezca de incontinencia crónica. Este padecimiento afecta a más de dos millones de niñas y mujeres en todo el mundo y se estima que cada año se agregan entre 50.000 y 100.000 nuevos casos.⁵⁷

La adolescente muy joven tiene un riesgo elevado particular durante el embarazo, porque tiende acudir más tarde a los cuidados prenatales. Esta demora, puede ser el resultado del reconocimiento tardío del embarazo, su negación o el desconocimiento de los recursos disponibles.⁵²

Perfil del hombre adolescente que embaraza y paternidad responsable

El embarazo en adolescentes es un fenómeno de gran impacto social, dada su incidencia creciente y sus repercusiones.⁵⁸ Las investigaciones acerca de este problema, así como las intervenciones y los programas de prevención del embarazo han sido dirigidas a las mujeres adolescentes, los cuales señalan los factores de riesgo en esta población, dejando de lado la participación masculina y su responsabilidad en la salud reproductiva de la pareja.⁵⁹ Para abordar el aspecto de salud sexual y reproductiva debe tomarse en cuenta el concepto de masculinidad, ya que éste ejerce una influencia cultural decisiva en la forma en que los varones se relacionan con los demás, específicamente con las mujeres en el plano sexual.⁶⁰ La masculinidad, según Meler (2004), es un conjunto de representaciones colectivas que funciona de forma coordinada, contribuye a la

organización psíquica e influye en aspectos que van desde la constitución de los deseos que subyacen a los proyectos de vida, hasta los ideales propuestos, pasando por las funciones o habilidades que el sujeto es capaz de desempeñar.

El concepto de paternidad es uno de los componentes para la conformación de la identidad masculina. Existen dos modelos: 1) el tradicional, que contempla solamente dos funciones paternas, la contribución económica y el ejercicio vertical de la autoridad⁶¹ y 2) el alternativo, que incluye un involucramiento más comprometido del padre con su hijo o hija.

Por su parte la paternidad durante la adolescencia se ha vuelto el foco de atención de las investigaciones recientes. Estas investigaciones se pueden dividir en dos corrientes: 1) negativa, en la que se intenta demostrar que el adolescente, al convertirse en padre, no se hace responsable, sino que se ausenta, es egoísta y desinteresado; y 2) positiva, la que prueba que los adolescentes tienen un sentimiento de obligación hacia el hijo/a, que está más involucrado en su desarrollo y busca trabajo para sostenerlo/a.⁶²

La reacción de los hombres ante el anuncio de la paternidad implica una mezcla de sentimientos que para algunos es descrita como una “catástrofe”, un “shock”, o “caos”.⁶³ Inicialmente se sienten mal preparados para ser padres. Se autocritican y consideran que no tienen “la visión de a dónde querer ir o qué querer hacer o quién querer llegar a ser”.⁶²

Embarazo en jóvenes universitarios

De acuerdo con datos de la última Encuesta Intercensal levantada en 2015 por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), en México, las y los jóvenes constituyen un grupo de población numeroso (30.6 millones de personas entre 15 y 29 años), que requiere servicios médicos, empleos, oferta educativa suficiente y de calidad, entre otros para tener una calidad de vida adecuado. Esta realidad afecta de manera particular a las mujeres, quienes en muchos casos logran con

grandes esfuerzos ingresar a las instituciones de educación superior, y afrontan retos que las colocan en situación de desventaja respecto de sus compañeros varones, y que las pueden orillar en un momento determinado a abandonar la carrera.

El embarazo en adolescentes es un problema de salud de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las universitarias, suele creerse, no corren ese riesgo; sin embargo, los datos demuestran que cada vez más universitarias de distintas regiones del mundo, sobre todo Latinoamérica, se embarazan, lo que pone en tela de juicio la calidad de la educación que reciben en sus universidades.⁶⁴

Desde siempre, resulta una estampa común ver a algunas alumnas acudir a sus clases y a sus actividades en un proceso de gestación avanzado, cargando un bebé, o acompañadas de un/a niño/a pequeño/a, lo cual representa una situación incómoda, que impacta en todas las áreas de su vida, y en su proyecto de futuro, y, sobre todo, que pone en riesgo su permanencia en las instituciones educativas de nivel superior. Ciertamente, no todas las jóvenes que se embarazan abandonan los estudios, y algunas, después de darse un tiempo para atender a su bebé, retoman sus actividades académicas, combinando así su rol de madres y de estudiantes universitarias.⁶⁵

El embarazo en un momento de la vida, justo cuando se está definiendo el proyecto profesional

La adolescencia es un periodo de cambio, crecimiento y también desequilibrio a nivel físico, psicológico, social y sexual, el cual implica también nuevas formas de exploración y de participación en la actividad sexual según la OMS. Las primeras relaciones sexuales en esta etapa son de suma importancia por la poca experiencia que se tiene al respecto, lo cual puede llevarlos a enfrentar problemas como el embarazo no planificado. Los embarazos no deseados son especialmente comunes en adolescentes, mujeres solteras y mayores de 40 años, sin embargo,

también se dan en otros grupos de edad. Sus consecuencias no solo afectan a las mujeres, sino también a los hombres, las familias y a toda la sociedad.⁶⁶

Las estudiantes universitarias, jóvenes en edad fértil, parecen no escapar a esta situación, encontrando así en muchos estudios que las adolescentes entre 15 y 19 años no utilizan ningún tipo de método anticonceptivo, a pesar de que una gran parte de ellas se inician en la vida sexual a temprana edad.⁶⁷

Un embarazo temprano afecta a las jóvenes de todos los estratos sociales, aunque principalmente a las de escasos recursos. Durante mucho tiempo se consideró que estas últimas eran las más vulnerables por vivir en contextos de carencias educativas, familiares, sociales, laborales, culturales y económicas, es decir, donde impera la desigualdad social. Desde luego, las estudiantes universitarias no pertenecían, en principio, a ese grupo, pero en los últimos años, la realidad nos ha mostrado que también se encuentran expuestas a la posibilidad de un embarazo no planeado en un momento de la vida en el que resulta por lo menos inoportuno, y en el que ellas no cuentan con los recursos personales, familiares, económicos y sociales para hacer frente a tal responsabilidad.⁶⁵

El embarazo en mujeres universitarias constituye un fenómeno que no ha sido suficientemente atendido, pues se considera como un tema de la vida privada de las jóvenes y sus familias. El impacto de un evento como este trasciende el ámbito personal para convertirse en una cuestión familiar y social, y por tanto, es responsabilidad de las sociedades y sus instituciones atenderlo y prevenirlo. Un descubrimiento en este terreno es el de que, aun cuando se piensa que hay información suficiente –e incluso excesiva– sobre sexualidad para la población infantil, adolescente y de jóvenes en nuestro país, también es cierto que su educación sexual y emocional tiene muchas deficiencias todavía. De ahí que las decisiones que toman en ciertos momentos de la vida, que no podemos decir que necesariamente sean erróneas, les toman desprevenidas o poco preparadas para afrontar las responsabilidades del cuidado y la crianza de los hijos.⁶⁵

Hay jóvenes que consideran que un embarazo es un evento catastrófico que termina por completo con sus proyectos a futuro o por lo menos lo ven negativo en su curso de vida, sin embargo existen jóvenes que revaloran positivamente la experiencia, suelen verlo como una oportunidad para crecer, para madurar, para ser mejores personas, e incluso para volver a la universidad, concluir sus carreras, y desarrollarse en el terreno profesional, motivadas por dar un buen ejemplo y ser una guía para sus hijos e hijas.

Embarazo no deseado en las y los adolescentes

El embarazo adolescente es un problema de salud pública mundial que puede afectar la salud física y emocional de la pareja, la condición educativa de ambos y, en general, esta situación les puede ocasionar más efectos negativos que positivos en su entorno familiar, escolar y social.⁶⁸

Dentro de las características principales de las jóvenes embarazadas destacan: una gran diversidad de adversidades sociales acumuladas, los aspectos biológicos (la maduración sexual temprana y la actividad sexual prematura), la región que habitan (rural o suburbana, principalmente), los usos y costumbres, la religión, y el bajo nivel educativo.⁶⁹

La OMS⁷⁰ estima en 16 millones la cantidad de adolescentes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años que dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales.

- En América Latina y el Caribe, cada año hay 1.2 millones de embarazos no planificados en adolescentes, el 18% de los nacimientos son de madres de 15 a 19 años.
- 2.5 millones de abortos inseguros se realizan anualmente en adolescentes de 15-19 años en los países en desarrollo.

- 15% de los abortos inseguros que se practican en América Latina y el Caribe se producen entre adolescentes de 15-19.

Ante un embarazo no deseado, las mujeres y las parejas enfrentan decisiones difíciles. Las opciones que se abren son básicamente dos: Intentar interrumpir el embarazo a través de un aborto inducido, con todos los riesgos y consecuencias que este procedimiento conlleva en sociedades en las que está legalmente restringido y continuar con el embarazo no deseado.⁶⁷

Además de los riesgos médicos asociados con el embarazo de las madres adolescentes, como patología hipertensiva, anemia, bajo peso al nacer, parto prematuro, así como la nutrición insuficiente, determinan la elevación de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil al compararse con los grupos de edades entre 20 y 29 años. El 80% de los niños hospitalizados por desnutrición grave son hijos de madres adolescentes.⁷¹

Como consecuencia de su nueva condición, la adolescente puede presentar comportamientos poco habituales, destacando el descuido de su salud física y emocional, tales como infringirse daño físico e incluso provocarse el aborto.⁷²

El Embarazo Adolescente tiene otras consecuencias además de los cambios hormonales, entra en juego la emotividad de la adolescente. Su proceso de formación emocional se altera, la confianza en sí misma se ve vulnerada al no saber si será capaz de superar la etapa que vive y ello, entre otras cosas, puede afectar su salud física.⁶⁸ También puede acarrear como consecuencia problemas sociales como la pérdida de autonomía, la interrupción de relaciones sociales, el aplazamiento o estancamiento en el desarrollo personal y el abandono escolar.⁷¹

Otro problema que tienen que resolver, es cómo solventar económicamente su embarazo y los estudios. Ante esa situación, casi siempre se torna dependiente de la ayuda familiar y/o tiene la necesidad de buscar trabajo para su manutención y la de su hijo. Ante esta última posibilidad, su situación es crítica ya que no tiene una

formación educativa adecuada para conseguir un trabajo aceptablemente remunerado debido a que su experiencia laboral es nula o muy limitada.⁷³

En la minoría de los casos, su pareja la apoya y por ello también tiene que abandonar los estudios porque necesita trabajar. Si cuenta con el apoyo de su familia, la nueva familia vivirá en la casa de sus padres y probablemente pueda reiniciar los estudios.

En México, sólo la mitad de los niños que inician la primaria concluye estudios de nivel medio superior; de toda la población en rezago que asiste a la escuela, 80% tiene de 15 a 17 años y se compone principalmente de estudiantes con extra edad. No obstante, conforme avanzan en edad, el volumen de asistencia escolar se va reduciendo.⁷⁴ Cuando hay un evento reproductivo en la adolescencia, hay una baja posibilidad de que se asuman simultáneamente la maternidad y la escuela, pues es común que este último se posponga o bien se abandone como expectativa de vida.⁷⁵

Un hijo puede representar una amenaza en el caso de existir algún deseo de superación académica o abonar al afán de ser madre, por lo que la actitud hacia el embarazo variará en función de esas variables. Las desigualdades socioeconómicas, junto a las expectativas de género, vinculadas a la unión y el embarazo, son, entonces, los factores que determinan los proyectos de vida de las adolescentes en situación de pobreza.⁷⁶

Durante la última década, tanto en México como en otros países de la región latinoamericana, el estudio del vínculo maternidad adolescente y rezago o abandono escolar ha cobrado mayor interés.⁷⁷

En su investigación sobre Embarazo no deseado, Morales⁷⁸ menciona que el embarazo no deseado tuvo una alta prevalencia debido a una inadecuada educación sexual con un grado significativamente bajo de conocimientos sobre el tema, con consecuencias fundamentalmente sociales y psicológicas.

Las consecuencias biológicas y docentes, representaron un tercio de las complicaciones descritas, lo cual se debe a que estas se encuentran estrechamente relacionadas, ya que por lo general una conlleva a la otra. Universalmente el embarazo no deseado en las jóvenes, limita las oportunidades de estudio o de éxito educativo de las mismas. En ese momento muchas abandonan las escuelas y otras tantas no regresan a clases después del embarazo, y sus oportunidades de alcanzar un trabajo remunerado son menores.

El aborto en México como un problema de salud pública

En la antigüedad, la realización de abortos era un método generalizado para el control de la natalidad. Después, fue prohibido por algunas religiones, pero no se consideró una acción ilegal hasta el siglo XIX. El aborto se prohibió para proteger a las mujeres de intervenciones quirúrgicas, que en aquellos tiempos, eran muy riesgosas. La única situación en la que estaba permitido, era en casos en los que peligraba la vida de la madre.⁷⁹

Etimológicamente, la palabra aborto procede del latín abortus o aborsus, derivados de aborior opuesto a orior, nacer.⁸⁰ Aborto es la terminación espontánea o provocada de la gestación antes de la vigésima semana, contando desde el primer día de la última menstruación normal o expulsión del producto de la gestación con peso menor a 500 gramos.⁸¹

Celis González, ginecólogo adscrito a la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Gineco-Obstetricia Luis Castelazo Ayala, del IMSS, informó que según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, en México se han reportado 33 abortos por cada mil embarazos mientras el promedio en el mundo es 29 por cada mil.⁸²

En principio, un aborto, sea de la naturaleza que sea, es un problema humano difícil, y casi siempre traumático para la mujer; incluso cuando lo decide con plena libertad y no existen otros factores como una violación o un incesto. Para la mujer, decidir un aborto es complicado en virtud de que la confronta con factores

sociales, culturales, religiosos; de salud y de responsabilidad, así como con un proyecto de existencia individual y familiar.⁸³

Aborto Espontáneo en adolescentes

El aborto espontáneo se define como la pérdida involuntaria del embarazo antes de que el feto sea viable, o sea, a las 22 semanas de gestación. Se denomina aborto precoz a aquel que ocurre antes de las 8 semanas de gestación, correspondiendo al 80% de los abortos espontáneos. El resto ocurre entre las 13 y 14 semanas de gestación y se denominan como abortos tardíos. Esta clasificación tiene cierta utilidad clínica ya que la mayoría de los abortos precoces corresponden a huevos aberrantes o anembriónicos, mientras que los abortos con feto son generalmente tardíos.⁸⁴

La mayoría de los abortos espontáneos son tempranos, 80% ocurre las primeras 12 semanas y el 20% restante de la semana 12 hasta la 20.⁸⁵ Por lo tanto, la incidencia de aborto espontáneo es de hasta alrededor de 20% en los embarazos confirmados.⁸⁶

Cuando se analiza la edad de las mujeres que presentan abortos espontáneos, se observa que en las adolescentes puede alcanzar entre 10 y 12%.⁸⁷ El riesgo aumenta con la edad materna: 11.1% entre 20-24 años, 11.9% de 25-29 años, 15% de 30-34 años, 24.6% de 35-39 años, 51% de 40-44 años y del 93.4% a partir de los 45 años.⁸⁸

Aborto Inducido en adolescentes

El aborto inducido, y con frecuencia inseguro, pone en riesgo la vida y la salud de las mujeres y los sistemas de salud.⁸⁹ En México, una de cada diez hospitalizaciones obstétricas se origina por abortos inseguros que, en un porcentaje muy alto es difícil de determinar.⁹⁰ Entre los años 2000-2012 el sistema de salud mexicano atendió, aproximadamente, a 180,000 mujeres por año;⁹¹

alrededor de 100,000 se atendieron en los hospitales de las Secretarías de Salud Estatales y Federales. La atención de mujeres con aborto incompleto-inducido, con o sin complicaciones, se efectúa en hospitales donde se recurre a técnicas quirúrgicas inadecuadas, como el legrado uterino instrumental, y esquemas de tratamiento médico ineficaces,⁹² a pesar de las recomendaciones internacionales y de los lineamientos nacionales.⁹³

El aborto practicado en condiciones inseguras es un problema social y de salud pública de gran importancia en México. La Organización Mundial de la Salud define el aborto inseguro como un procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado, practicado por personas sin capacitación o experiencia, o en un ambiente que carece de los estándares médicos mínimos.⁹⁴

El aborto en México está penalizado. Sin embargo, los códigos penales de los estados contemplan circunstancias bajo las cuales la interrupción del embarazo no es punible y todos lo autorizan en casos de violación. A pesar de la existencia de este marco jurídico el acceso de las mujeres al aborto seguro está marcadamente restringido aún bajo las circunstancias previstas en la legislación; la mayoría de los códigos penales estatales carecen de los instrumentos normativos adecuados para dar cumplimiento a las leyes y los hospitales públicos con capacidad para atender casos de aborto legal son muy pocos en el país. Dadas las restricciones para la práctica del aborto que existen en toda la República Mexicana, la gran mayoría de las mujeres que deciden interrumpir el embarazo lo hacen al margen de las leyes. Muchos abortos se practican en condiciones de inseguridad, lo que propicia una alta incidencia de complicaciones y un número desconocido de muertes prematuras que podrían evitarse.⁹⁵

El aborto se ha convertido en una práctica para evitar los hijos, cada día se incrementan sin tener en cuenta los peligros que acarrea este método no concebido para regular la fecundidad y cuyos riesgos son mayores cuando se trata de adolescentes muy jóvenes. Todo aborto electivo o por «causas sociales», debe ser considerado como un «fallo de la educación moral». Cada día disminuyen las

edades de las adolescentes que se someten a esta práctica, se incrementa el número de jóvenes que acuden a la consulta de infertilidad, ascienden las enfermedades de transmisión sexual y se evidencia la promiscuidad. Las adolescentes y sus familiares solicitan interrupción de la gestación por los diferentes métodos abortivos, la disminución cada día de las edades en que se inician en esta práctica evidencia una baja percepción de riesgo y una educación deficiente.⁹⁶

Interrupción Legal del Embarazo en adolescentes.

El acceso al aborto legal y seguro es parte esencial de los servicios de salud reproductiva a los que tienen derecho las mujeres. El acceso al aborto legal y seguro se fundamenta en los derechos a la vida; la salud, incluida la salud reproductiva; la integridad física; la vida privada; la no discriminación y la autonomía reproductiva de las mujeres. Estos derechos se encuentran reconocidos tanto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como en los tratados internacionales en materia de derechos humanos.⁹⁷

En México el aborto es un delito en la mayor parte del territorio, salvo que éste se realice cuando el embarazo es producto de algunas causas o tiene ciertas características. La regulación de esta práctica es de carácter estatal, por lo que cada entidad federativa establece cuándo el aborto es delito y cuándo no, los trámites que se deben hacer para llevarlo a cabo y la forma en que se presta el servicio. Ello, evidentemente, deriva en discriminación jurídica, ya que el derecho a decidir sobre su cuerpo para las mujeres está dado en función de dónde viven y de su calidad de víctimas.⁹⁸

La Interrupción Legal del Embarazo (ILE) establece que toda mujer tiene derecho a decidir sobre cuándo y en qué momento tener hijos, si desea interrumpir su embarazo, puede hacerlo de manera totalmente legal en cualquier clínica autorizada hasta la semana 12 con 6 días de gestación. En otras palabras el

aborto temprano recibió una definición distinta, legalmente hablando, para su aprobación.

Hay todo un aparato normativo para el caso de la ILE producto de una violación sexual, el cual se especifica en la Norma Oficial Mexicana 046–SSA2-2005 (NOM 046).⁹³ Ésta es de observancia obligatoria para las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como para los y las prestadoras de servicios de salud de los sectores público, social y privado que lo componen. Su incumplimiento, en teoría, da origen a sanciones penales, civiles o administrativas según corresponda.

La NOM 046⁹⁹ garantizaría, teóricamente, que en el peor de los escenarios imaginables para un embarazo, en el cual la mujer es retratada como una víctima, se pudiera tener acceso seguro y garantizado a la ILE. Sin embargo, ello no sólo es insuficiente, puesto que ni siquiera se garantiza en todos los casos, en todos los espacios, en todos los estratos socioeconómicos, sino que perpetúa la idea de que la mujer no tiene derecho a decidir sobre su propio cuerpo a menos que sea víctima de algo ajeno a ella, en cuyo caso nada más se estaría atendiendo una circunstancia contingente producto de una inseguridad y perpetua violencia contra las mujeres que el estado no ha logrado resolver.

Marco Legal para la práctica del aborto

El mes de abril de 2007 marcó el inicio de una etapa histórica en los derechos de las mujeres en la Ciudad de México, con la aprobación de la ley que despenaliza el aborto hasta la décima segunda semana de gestación. En un proceso inédito en el país, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF) reformó el artículo 144 del Código Penal para el DF.¹⁰⁰

A partir de este mandato se implementó el programa de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en diversos hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Hasta abril de este año, 78,544 mujeres con diversas características

sociodemográficas han ejercido este derecho a través de servicios médicos de aborto legal y seguro.¹⁰¹

La aprobación de la ley instauró así condiciones materiales y simbólicas más sólidas para el ejercicio del derecho a elegir voluntaria y libremente sobre la maternidad, dado que la interrupción del embarazo en el período marcado por la ley ha dejado de ser un delito y se ha convertido en la posibilidad de ejercer un derecho. De este modo, la existencia de la ILE diversifica las opciones para las mujeres que se enfrentan a un embarazo no deseado y, en esa medida, “amplía el ejercicio de una maternidad libre, informada y responsable.”¹⁰²

Las clínicas ILE, son establecimientos médicos especiales para llevar a cabo la Interrupción Legal del Embarazo. Prestan el servicio de forma confidencial, segura y confiable, a través de personal profesional y debidamente certificado, donde adicionalmente, en ocasiones se brinda atención psicológica y acompañamiento posterior al proceso a la mujer solicitante. Las clínicas ILE están ubicadas dentro del Distrito Federal, únicamente donde es legal la interrupción del embarazo. Algunas clínicas prestan sus servicios de forma gratuita, éstas son las pertenecientes a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, mientras que otras brindan sus servicios de forma paga.¹⁰³

Métodos de Interrupción Legal del Embarazo

Hasta las 12 semanas de gestación se utiliza de preferencia la aspiración al vacío manual o eléctrica y los métodos médicos que generalmente consisten en una combinación de mifepristona y prostaglandina (generalmente misoprostol).¹⁰⁴ Esta combinación ha demostrado ser segura y efectiva hasta las nueve semanas de embarazo.

El legrado uterino instrumentado (dilatación y curetaje) sólo debe ser utilizado cuando no se disponga de la aspiración o de los medicamentos recomendados para la interrupción médica del embarazo. En ocasiones puede surgir la necesidad de interrumpir el embarazo después de la semana 12 de gestación. Las

principales causas que podrían originar esta necesidad son el diagnóstico de anomalías congénitas, que por lo general no se puede realizar en etapas tempranas del embarazo, así como la presencia de enfermedades que pongan en riesgo la vida de la mujer o que requieran un tratamiento agresivo, como cánceres. En estos casos se recomienda el uso de mifepristona, seguido de dosis repetidas de misoprostol o gemeprost. La dilatación y evacuación, mediante aspiración (aspiración manual endouterina, AMEU-aspiración eléctrica endouterina, AEEU) o mediante pinzas (legrado uterino instrumentado, LUI), es un método también recomendado en la interrupción de embarazos avanzados.¹⁰⁵

Intervenciones de Enfermería para la prevención de embarazos no deseados en las y los adolescentes.

El embarazo en la adolescencia es una situación compleja que se produce antes de finalizar el desarrollo psicosomático completo, que puede conllevar a complicaciones de índole médica o social, y que tiene como principales factores de riesgo el inicio precoz de las relaciones sexuales y la falta de uso de anticonceptivos. Dichos factores de riesgo pueden combatirse mediante la educación sexual, en la que debe ser enfermería quien dé el primer paso a la hora de hablar con el adolescente ya que la mayoría refiere dificultades a la hora de acceder a él.¹⁰⁶

Para la formación de estudiantes universitarios integrales se requiere de estrategias y programas que los preparen de manera completa y comprometida para la maternidad y paternidad. La educación como mecanismo de prevención conlleva a mejorar la comunicación familiar y social, y de esta manera se evita un embarazo no deseado que pudiera tener como consecuencia la deserción escolar.¹⁰⁷

Para abordar este problema, se han empleado, en todo el mundo, numerosas estrategias de prevención primaria, como el *marketing* social para la promoción de la salud sexual en la adolescencia, las actividades grupales de

educación y desarrollo de habilidades desde el ámbito escolar y comunitario, el asesoramiento desde los servicios de salud o la mejora de la accesibilidad a los métodos anticonceptivos y de protección.¹⁰⁸

El profesional de enfermería desde su rol de educador, debe enfrentar el embarazo en la adolescencia, no solo desde el ángulo biomédico, tradicionalmente conocido, sino también como un fenómeno social sobre el que es posible actuar y modificar si se conoce y aplica un trabajo educativo con los adolescentes, la familia, la comunidad, pero a partir de los intereses, inquietudes, deseos y temores de los propios adolescentes como grupo social.¹⁰⁹ La entrevista con el adolescente debe realizarse de manera individual, transmitiendo seguridad, sensibilidad y comprensión y garantizando en todo momento la confidencialidad de la información del paciente. Es importante fomentar la creación del vínculo enfermero – paciente, ya que favorecerá la expresión de sus sentimientos e inquietudes, optimizando los resultados.¹⁰⁶

Es factible considerar al profesional de enfermería portador de las adecuadas potencialidades para que, previo proceso de capacitación, promueva cambios en métodos y estilos de vida relacionados con la salud reproductiva, en adolescentes, familias y comunidad. Este criterio de la enfermera (o) como agente de cambio, se apoya en que "la enfermería es una profesión que desde sus orígenes se ocupa de la educación sanitaria, la preocupación por el entorno del individuo y del cambio del ambiente natural y social"¹¹⁰

Con frecuencia, no se ofrece educación acerca de los comportamientos sexuales responsables e información clara y específica con respecto a las consecuencias de las relaciones sexuales (el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y los efectos psicosociales). Por lo tanto, la mayor parte de la "educación sexual" que los adolescentes reciben está llegando a través de los compañeros mal informados o desinformados; es por ello relevante que la enfermera(o) tenga una intervención sobre la educación sexual hacia las adolescentes, con el fin de evitar los embarazos no deseados.¹¹¹

Morin¹⁰⁷ señala algunas estrategias preventivas de embarazo, con la finalidad de evitar principalmente el aborto clandestino, abandono escolar y mortalidad, así como brindar apoyo a estudiantes embarazadas y entre ellas están, crear programas de divulgación y difusión sobre embarazo y educación sexual mediante la utilización de redes sociales, especialmente para adolescentes, implementar cursos de educación sexual, con énfasis en la prevención de embarazos en los programas académicos en los niveles de secundaria, preparatoria y universidad (para mujeres y hombres), establecer mecanismos de cooperación interinstitucional para la atención y prevención del embarazo en estudiantes, crear centros estatales de apoyo a mujeres adolescentes y universitarias, sobre todo cuando se encuentra en situación de abandono y rechazo, por parte de su familia o pareja, o que no tenga una cobertura para su control prenatal y de atención del parto.

Existen muchas intervenciones que el profesional de enfermería puede realizar para prevenir embarazos en la adolescencia, algunas son: Brindar asesoría en salud sexual y reproductiva, tanto en las instituciones de salud como de educación; dicha educación debe estar soportada y reforzada por la familia, los medios de comunicación, el personal de salud, grupos culturales, religiosos y centros de atención integral a adolescentes; debe estar dirigida a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes, a promover su salud integral, buscando desarrollar un pensamiento crítico que permita adquirir actitudes positivas frente a la sexualidad y a la toma de decisiones sobre el cuidado de su cuerpo.¹¹²

Estrategias de éxito para la prevención del embarazo en adolescentes incluyen la realización de programas comunitarios, educación en conducta sexual responsable y consejo contraceptivo. El profesional de la salud tiene un papel muy importante en asesorar a los pacientes adolescentes en salud sexual y reproductiva de manera abierta y no amenazante en el uso de métodos

anticonceptivos, dando anticoncepción cuando la necesiten e incluyendo la anticoncepción de emergencia.¹¹³

La actuación de enfermería ante la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) de una adolescente, tendrá como objetivo principal el apoyo emocional, favoreciendo la expresión de sus sentimientos tanto antes como después de que se produzca la interrupción voluntaria del embarazo, teniendo en cuenta las posibles secuelas psicológicas que dicho aborto puede desencadenar, adelantándose a su aparición y recomendando la visita a otros profesionales especializados en el caso de que dichas secuelas se produzcan. Además, es labor también de enfermería facilitar el acceso a los centros donde se practique la IVE, y garantizar que la adolescente cuenta con una adecuada información sobre el aborto, sus riesgos y sus consecuencias en el momento de tomar la decisión.¹⁰⁶

Son diferentes los determinantes asociados al inicio temprano de la actividad sexual y embarazo entre adolescentes, entre ellos las inequidades, barreras de acceso a los servicios y políticas en salud. Las consecuencias de estos dos fenómenos son graves para la salud pública, afectando las dimensiones familiar, social, de salud y económica.²⁰ Por tanto, es necesario como profesionales de enfermería educar para contribuir en la disminución del número de embarazos adolescentes y por ende evitar complicaciones de salud tanto física como de salud mental en los futuros padres o madres adolescentes.¹¹²

CAPITULO III. Metodología

Diseño de la investigación

Basados en la guía didáctica “Metodología de la Investigación cualitativa y cuantitativa” del Antropólogo Monje Álvarez¹¹⁴ este estudio es de tipo cuantitativo, exploratorio, de corte transversal con un alcance descriptivo, ya que su constatación se realiza mediante la recolección de información cuantitativa orientada por conceptos empíricos medibles.

Instrumento

Cuestionario constituido por datos demográficos, y variables relacionadas con la sexualidad en la adolescencia, formado por 7 preguntas, contiene 3 dimensiones: edad, sexo y carrera, en donde se buscó obtener el número de casos de embarazo e interrupción del mismo y conocimientos acerca del tema de anticoncepción. El cuestionario consta de preguntas abiertas como lo son la edad, el sexo y la carrera así como también a que edad se ha iniciado vida sexual y cuantos compañeros y compañeras sexuales se ha tenido, de igual manera cuenta con preguntas cerradas de elección única dicotómicas teniendo como opción de respuesta sí y no.

Población

La población son estudiantes de primer ingreso a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de todas las carreras: Biología, Cirujano Dentista, Enfermería, Médico Cirujano, Optometría y Psicología.

Tamaño de la Muestra

Fue una muestra de 2684 alumnos de primer ingreso que acudieron al Examen Médico Automatizado (EMA) seleccionados con técnica no probabilística por conveniencia.

Criterios de inclusión

- Alumnos de nuevo ingreso a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala generación 2019.
- Alumnos que pertenezcan a las carreras impartidas en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala; Biología, Cirujano dentista, Enfermería, Médico cirujano, Optometría, psicología.
- Alumnos enterados de la finalidad del instrumento y estuvieran de acuerdo en participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Alumnos que no pertenezcan a la generación 2019, de la facultad de estudios superiores Iztacala,
- Alumnos que no deseen participar en el estudio

Aplicación del cuestionario

Durante el desarrollo del Examen Médico Automatizado(EMA), en el módulo de Enfermería durante la semana del día 30 de julio al día 3 de agosto del año 2018, en un horario matutino de 8:00 am a 13:00pm y un horario vespertino de 14:00pm a 17:00pm se aplicó el cuestionario con la finalidad de hacer un análisis sobre algunas repercusiones en las prácticas sexuales, los resultados obtenidos nos permitieron realizar acciones encaminadas a fortalecer conocimientos

relacionados con la salud sexual y reproductiva. Al módulo de enfermería llegaban grupos principalmente constituidos por 10 personas a las cuales se les daba la indicación de fomar un medio círculo con la finalidad de hacerles llegar un consentimiento verbal del instrumento que se les iba a aplicar, resaltando la importancia y el objetivo que este tendría a futuro. Se les informo a los alumnos que el cuestionario era completamente anónimo y que si deseaban responder fuera de la manera más honesta posible, también se resaltó que la contestación no era obligatoria, es por eso que se les dijo que si no deseaban responder solo dejaran las respuestas en blanco o en dado caso devolvieran el instrumento. Para que pudieran responder se les otorgo el tiempo suficiente y cuando culminaban con este pasaran a dejarlo a las mesas en donde se comenzarían a ordenar, por último se les agradeció a todos los alumnos la participación en este proyecto.

Captura de datos

Una vez que se obtuvieron todos los cuestionarios respondidos por parte de los alumnos, nos dimos a la tarea de separarlos por carrera en orden alfabético quedando de la siguiente manera: Biología, Cirujano Dentista, Enfermería, Médico Cirujano, Optometría y Psicología. Al culminar este paso procedimos a foliar instrumento por instrumento para conocer el total de participantes.

El vaciado de datos se realizó mediante el programa SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales) el cual sirve para la tabulación de datos, gráficas y preparación del reporte.

Análisis de resultados

Se realizaron tablas y gráficas que nos permitieron conocer la prevalencia de embarazo e interrupción del mismo en los alumnos y alumnas de nuevo ingreso de la Facultad, resaltando que estos resultados fueron desagregados por sexo y por carrera para que posteriormente se diseñaran propuestas enfocadas en la prevención de embarazos en la adolescencia.

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Unidad de medida
1.Edad cronológica	Edad real a partir del nacimiento sin importar el nivel de desarrollo. La edad cronológica es una medida del tiempo que una persona ha pasado fuera del útero en interacción con el medio ambiente.	Edad actual de la persona que está respondiendo o el instrumento.	Edad	Años cumplidos	Nominal
2.Sexo	Sexo apunta a las características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres.	Identificación del sexo de la persona que responde el instrumento	Femenino Masculino	Porcentaje de Hombres y mujeres	Nominal
3.Carrera profesional universitaria	Estudios que un individuo desarrolla en una universidad con el objetivo de alcanzar un grado académico.	Identificación de que carrera es la persona que está respondiendo o el instrumento	1. Biología 2.Cirujano Dentista 3. Enfermería 4.Médico cirujano 5. Optometría 6. Psicología	Porcentaje de alumnos desagregados por carrera	Nominal
4.Inicio de vida sexual activa	Momento en que una persona practica cualquier forma de relación sexual, la penetración es solo una forma más.	Identificación de alumnos y alumnas que ya han iniciado su vida sexual activa.	Si No	Porcentaje de alumnos que han iniciado con su vida sexual activa desagregados por sexo	Nominal

5.Métodos anticonceptivos	Métodos o procedimientos que previenen un embarazo o infección de transmisión sexual en personas sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen.	Identificación de alumnas y alumnos que han recurrido a la pastilla de emergencia y al uso de preservativo	Si No	Porcentaje de alumnos que han tomado la pastilla de emergencia y que han utilizado preservativo desagregados por sexo	Nominal
6. Embarazo	Embarazo, gravidez o gestación son los términos con que se designa el periodo comprendido entre la fecundación y el nacimiento o parto.	Identificación de los y las alumnas que han presentado mínimo un embarazo en su vida.	Si No	Porcentaje de alumnos presentado un embarazo desagregados por sexo	Nominal
7.Interrupción del embarazo	Terminación espontánea o provocada de la gestación antes de la vigésima semana.	Identificación de alumnos que han presentado alguna interrupción del embarazo desagregados por sexo.	Si No	Porcentaje de Alumnos que han presentado algún aborto desagregados por sexo	Nominal

CAPITULO IV. Estado del arte

Gómez Mercado en un estudio descriptivo denominado “Prevalencia de embarazo y características demográficas, sociales, familiares y económicas de las adolescentes” realizado en 2013 en el municipio de Carepa, Colombia, encontró que la prevalencia del embarazo en un total de 566 mujeres entre 10 a 19 años, fue del 17,8%.¹¹⁸

Díaz Barragán, en su estudio cuantitativo transversal titulado “Prevalencia de embarazo en adolescentes escolarizados y sus factores predisponentes: Cartagena 2012 – 2013” determinaron la prevalencia de embarazos en adolescentes y la relación con los factores predisponentes. La población estuvo conformada por 621 adolescentes escolarizados, cuatro instituciones educativas públicas y dos privadas de Cartagena. La prevalencia de embarazo en adolescentes fue de un 7%; de la cual el 3,8% pertenece a mujeres que están o han estado en condición de embarazo y el 3.2% en hombres que han vivido una situación de embarazo con su pareja. El 31.6 % de los adolescentes son sexualmente activos, y la edad promedio de inicio es de 15 años.¹¹⁹

López Quiñones, 2013 en su estudio transversal descriptivo para obtener el título de especialista en medicina familiar denominado “Prevalencia de embarazo del adolescente en el HGSZ No. 30 Guamúchil Sinaloa” 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. En la etapa media de los adolescentes 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 adolescencia de los 17 a los 19 años, se encontraron 59 adolescentes embarazadas. En relación a la edad

de inicio de vida sexual activa resultó una media de 16 años con un rango de los 14 a los 18 años.¹²⁰

Chávez Pavón, 2019 en su estudio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo denominado “Epidemiología del embarazo en Adolescentes en el Hospital General de México y propuesta de una clínica de atención con enfoque de riesgo” para otorgar el grado de Especialista en Ginecología y Obstetricia, se estudió la población de pacientes adolescentes entre 10 y 19 años de edad, clasificadas por grupo etario de 10 a 14 y 15 a 19, que tuvieron la atención prenatal y resolución obstétrica en el Hospital General de México. De los 3009 nacimientos que se registraron en el 2018 se encontró que 615 corresponden a adolescentes, lo que representa el 20.43% de estos nacimientos. De las 615 pacientes incluidas en el protocolo, 23 pacientes (3.73%) pertenecen a las pacientes de 10 a 14 años, por otro lado en el grupo de 15 a 19 años se encontraron 592 pacientes, lo que representa 96.2%.¹²¹

Alfaro González en su estudio transversal descriptivo denominado “Hábitos sexuales en los adolescentes de 13 a 18 años” mediante una encuesta anónima a una muestra de 2412 escolares de 13 a 18 años, en el curso académico 2011-2012 en Valladolid, España, encontró que la edad de inicio de las relaciones sexuales completas se sitúa entre los 15 y 16 años 50,9%, el 3.6% declara haberse quedado embarazada o haber dejado embarazada a su pareja, 5.3% de los chicos y 1.3% de las chicas.¹²²

Morales Díaz en un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal titulado “Embarazo no deseado en alumnas universitarias” en el 2013 en La Habana, Cuba. El universo lo constituyeron todas las alumnas del sexo femenino (418) de un centro universitario, independientemente del año que cursaban, de las cuales 78 presentaron al menos un embarazo no deseado, lo cual representó una prevalencia de 18,7 %, por lo que se estimó aproximadamente la ocurrencia de siete de estos eventos mensualmente. Con relación al curso académico, se pudo apreciar que del total de alumnas encuestadas, 88 pertenecían al 1er. año de la

carrera, en el que 19 muchachas presentaron embarazos no deseados que representaron el 21,6 %. Le siguió el 3er. año con 89 estudiantes, de las cuales 19 presentaron embarazos no deseados (21,3 %) y el 2do. año con 90 estudiantes, de ellas 17 pacientes presentaron embarazos no deseados (18,9 %). Estos tres grupos fueron los que mayor cantidad de embarazos presentaron. Los años con el menor número de casos fueron 4to. Y 5to. Con 15,4 % y 15,0 % respectivamente.¹²³

Fernández Borbón realizó un estudio descriptivo y transversal titulado “Caracterización de la terminación voluntaria del embarazo en adolescentes” en 150 mujeres entre 10 a 19 años de edad, que acudían a consulta de regulación menstrual de un Policlínico Universitario encontró que el 93,5 % tuvo la primera relación sexual entre los 14 y 17 años, el 45.1 % usaba condón, 41.9 % refirió embarazo por fallo del método y 90,3 % solicitó la interrupción del embarazo.¹²⁴

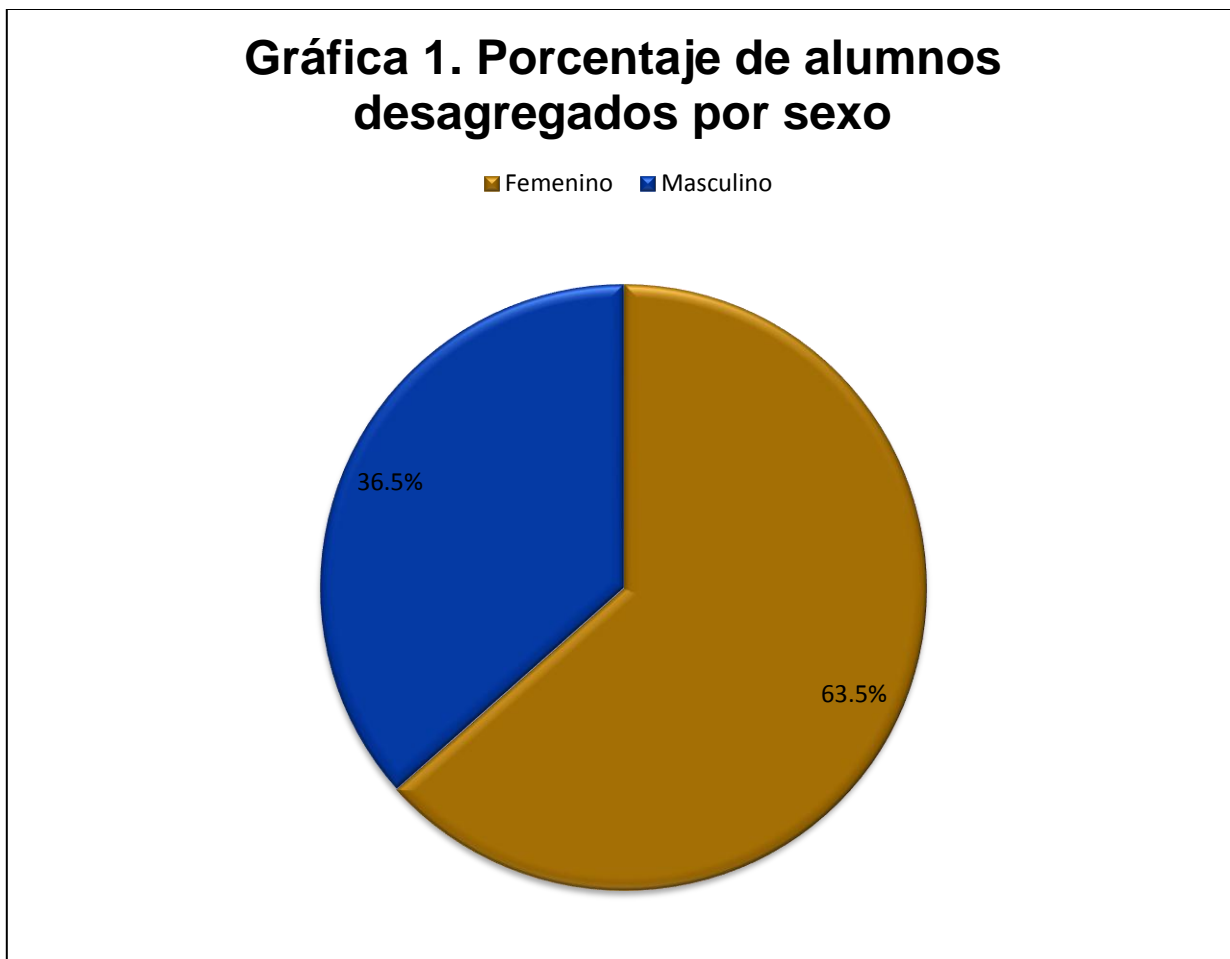
Contento, 2015 en su tesis para obtener el título de Médico General por la Universidad Nacional de Loja, Ecuador, estudio descriptivo, donde analizó la relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre anticoncepción de emergencia en adolescentes de bachillerato, encontró que de un total de 272 adolescentes encuestadas, el 11.4% había utilizado la pastilla de emergencia.¹²⁵

Cárdenas García en su estudio descriptivo transversal con muestra no aleatoria titulado “Uso de la anticoncepción de emergencia en un grupo de estudiantes universitarias”, identificó el uso de la anticoncepción de emergencia en un grupo de estudiantes universitarias. En el 2009 realizó una prueba piloto con 44 usuarias; el instrumento final se aplicó entre agosto de 2009 y abril de 2010 a 107 estudiantes del campus Ciudad Universitaria de la Universidad Nacional Autónoma de México. Las edades de las adolescentes que más solicitaron la pastilla de anticoncepción de emergencia se ubicaron entre los 19 y 21 años acumulando 53.3% del total de la muestra, respecto al inicio de la vida sexual activa 17.8% lo hizo a los 17 años y 24.3% a los 18 años.¹²⁶

Martínez Torres en su estudio descriptivo transversal titulado “Prevalencia de uso de condón en todas las relaciones sexuales con penetración durante los últimos doce meses y factores asociados en estudiantes universitarios entre 18 y 26 años” encontró que de una muestra 468 participantes el porcentaje de personas que usaron condón en todas las relaciones sexuales con penetración durante los últimos doce meses fue de 35,3%.¹²⁷

Mendoza Zabalgotia y Olvera Méndez, 2017 en su estudio transversal exploratorio denominado “Características del debut sexual en una población de jóvenes mexicanos” encontró que de una muestra de 2640 alumnos, 1852 ya habían iniciado vida sexual de los cuales el 69% fueron mujeres y 31% hombres. La media de edad de la primera relación sexual fue de 17.4.¹²⁸

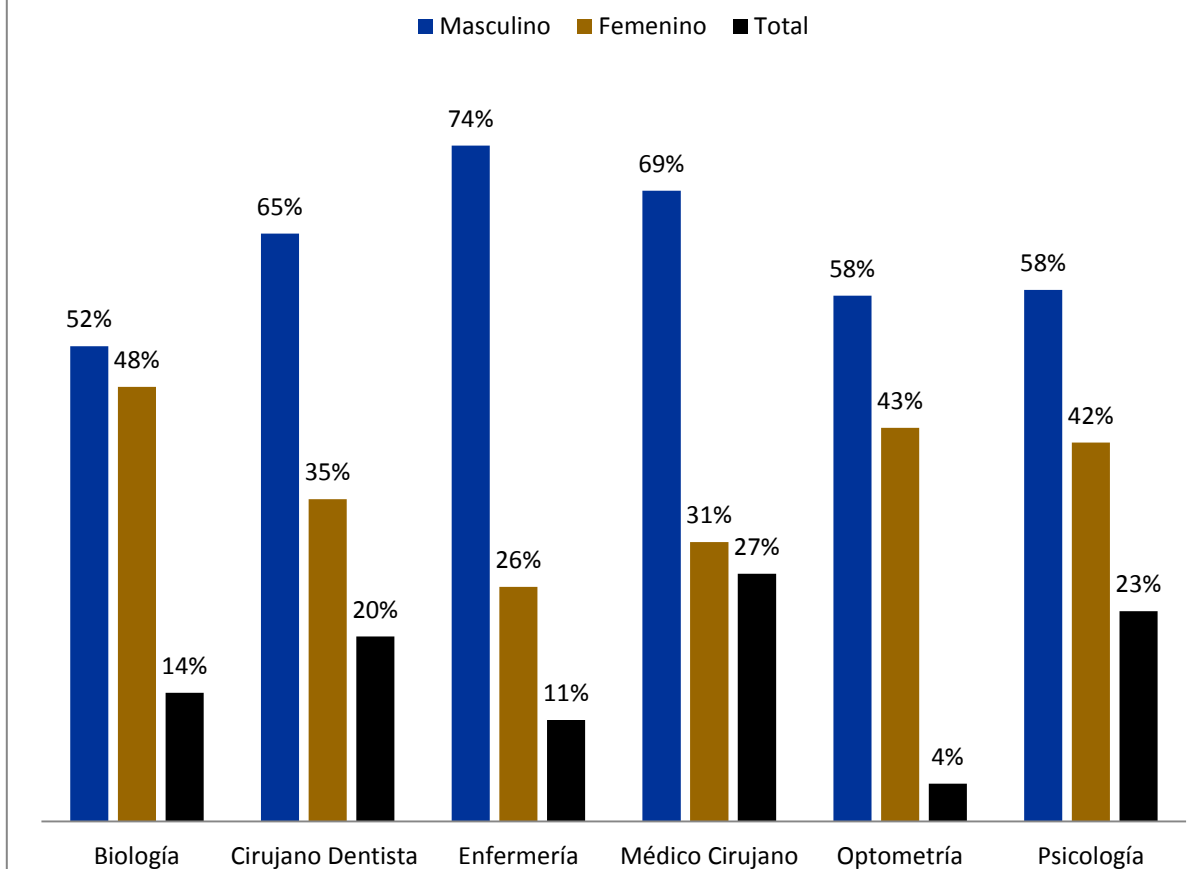
CAPITULO V. Resultados



Fuente: Instrumento aplicado a 2684 alumnos durante el Examen Médico Automatizado 2019

Gráfica 1. De los 2684 encuestados que representa el 100% de la población participante, 63.5% son del sexo femenino mientras que el 36.5 son del sexo masculino. Se puede observar que más de la mitad de la población de nuevo ingreso es del sexo femenino.

Gráfica 2. Número de alumnos participantes desagregados por sexo y carrera.

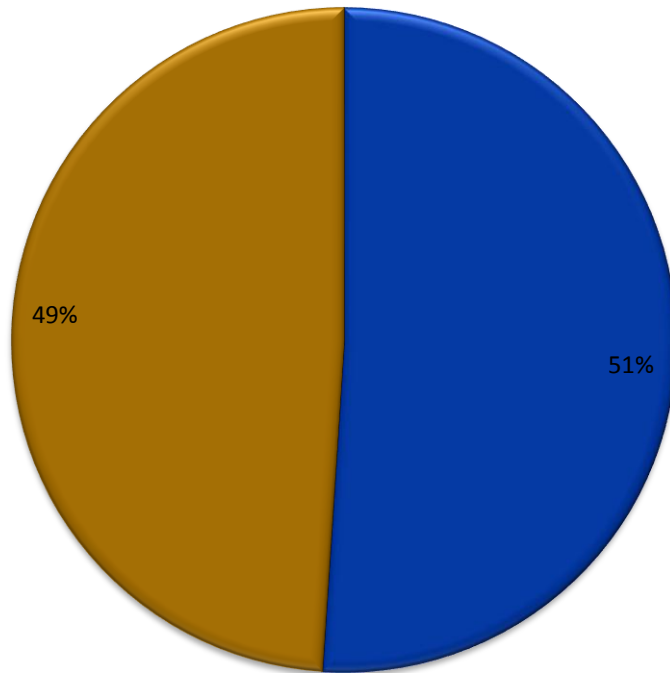


Fuente: Instrumento aplicado a 2684 alumnos durante el Examen Médico Automatizado 2019

Gráfica 2. Se puede observar que el 14% de los participantes representan a la carrera de Biología de la cual el 52% son hombres y el 48% mujeres, de la carrera de Cirujano Dentista participo el 20% de los cuales el 65% son hombres y el 35% mujeres, en enfermería participo el 11% con 74% hombres y 26% mujeres, el 27% corresponde a la carrera de Médico Cirujano donde el 69% son hombres y el 31% mujeres siendo esta la carrera con mayor población, el 4% corresponde a la carrera de Optometría donde el 58% son hombres y el 43% mujeres siendo esta la carrera con menor población encuestada y de la carrera de Psicología participo un 23% de los cuales el 58% son hombres y el 42% son mujeres.

Gráfica 3. Alumnos que han iniciado vida sexual

■ SI HAN INICIADO ■ NO HAN INICIADO

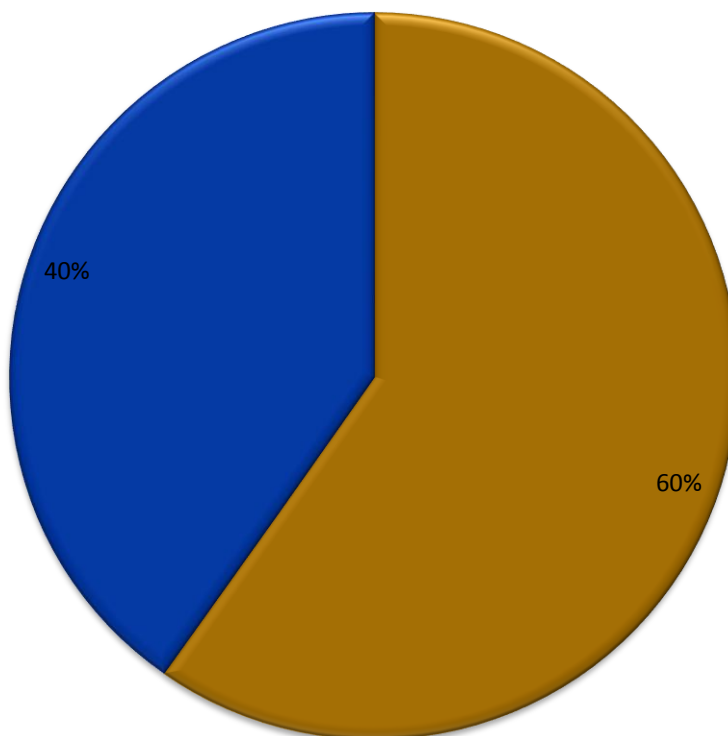


Fuente: Instrumento aplicado a 2684 alumnos durante el Examen Médico Automatizado 2019

Gráfica 3. La población total fue de 2684 alumnos que representan el 100% de la población encuestada, el 51% refiere ya haber iniciado su vida sexual, mientras que el 49% de ellos refieren no haber iniciado vida sexual. Se puede observar que no hay gran significancia entre la población que ya inicio su vida sexual con la que aún no, ya que solo existe un 2% de diferencia.

Grafica 4. Alumnos que han iniciado vida sexual desagregados por sexo

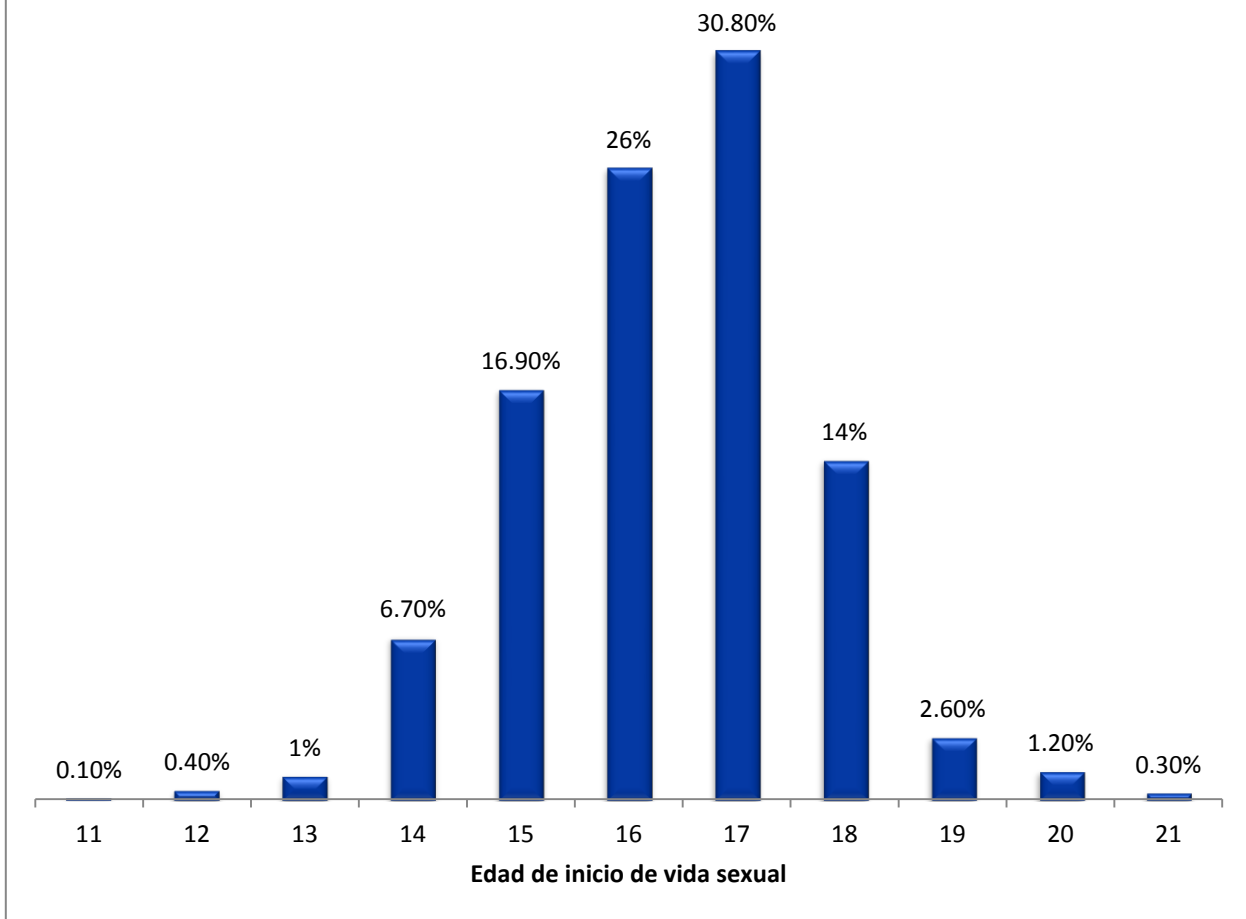
■ FEMENINO ■ MASCULINO



Fuente: Instrumento aplicado a 2684 alumnos durante el Examen Médico Automatizado 2019

Gráfica 4. La población total que respondió haber iniciado vida sexual fue de 1370 alumno donde el 60% representa el sexo femenino mientras que el sexo masculino representa el 40%.

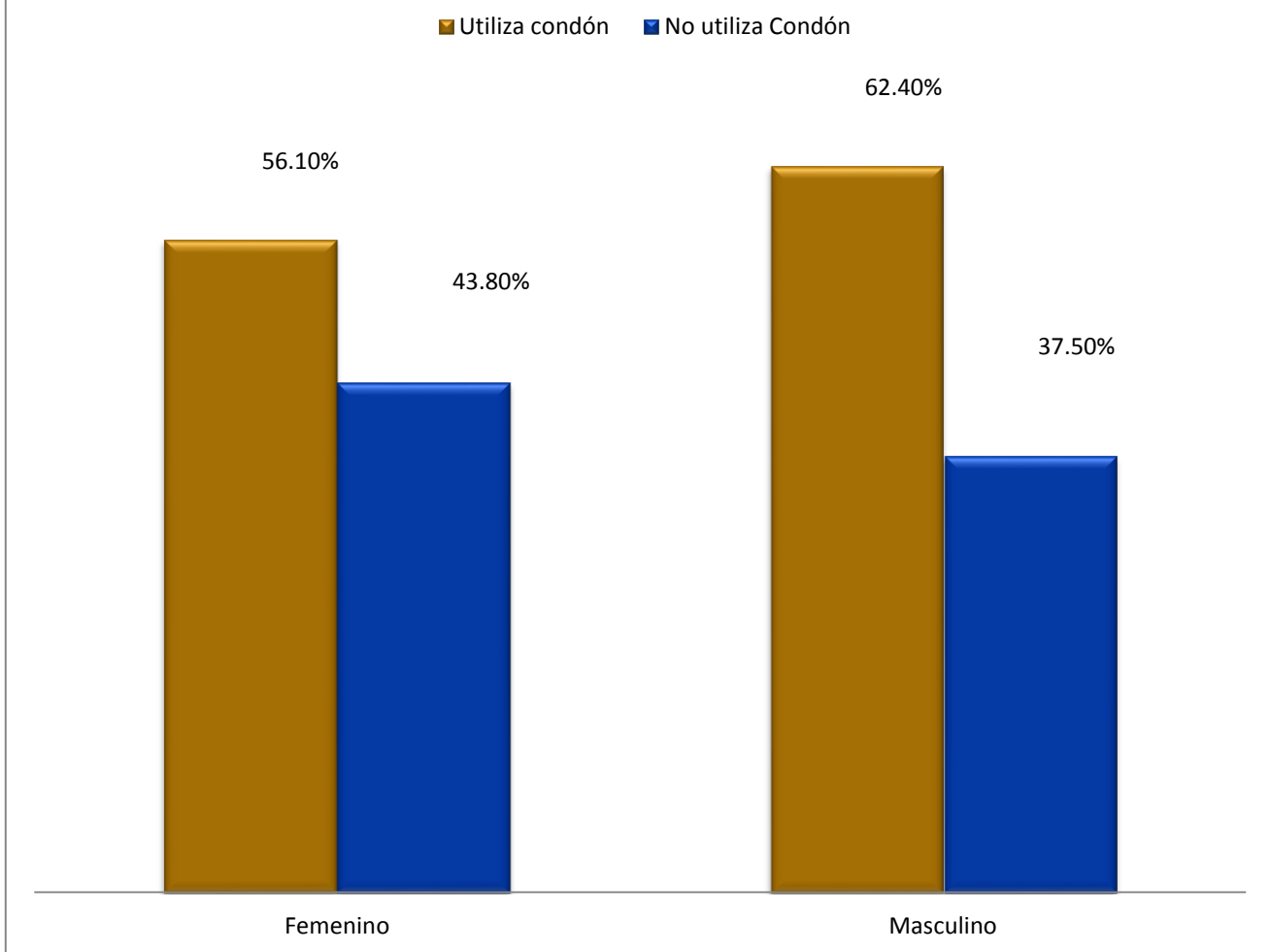
Gráfica 5. Edad de Inicio de Vida Sexual



Fuente: Instrumento aplicado a 2684 alumnos durante el Examen Médico Automatizado 2019

Gráfica 5. Entre los alumnos que respondieron ya haber iniciado vida sexual predomina que la edad en que más se inicio es 17 años representando el 30.8% de la población total, seguido de la edad de 16 con un 26% y posteriormente a los 15 años con un 16.9%, lo que nos indica que más del 50% de la población que ya inicio su vida sexual la inicio antes de la mayoría de edad, lo que se puede considerar un factor de riesgo para los embarazos no planeados.

Gráfica 6. Estudiantes que han usado condón con datos desagregados por sexo

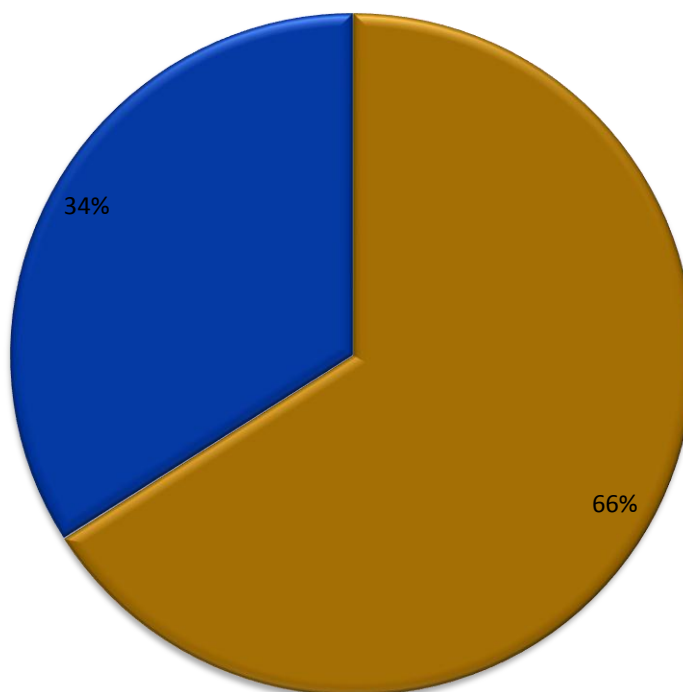


Fuente: Instrumento aplicado a 2684 alumnos durante el Examen Médico Automatizado 2019

Gráfica 6. Se puede observar que el 56.10% de las mujeres, si utiliza condón en todas sus relaciones sexuales siendo inferior al porcentaje de hombres que han utilizado condón representando el 62.40%.

Gráfica 7. Estudiantes que han utilizado pastilla de anticoncepción de emergencia

■ Femenino ■ Masculino

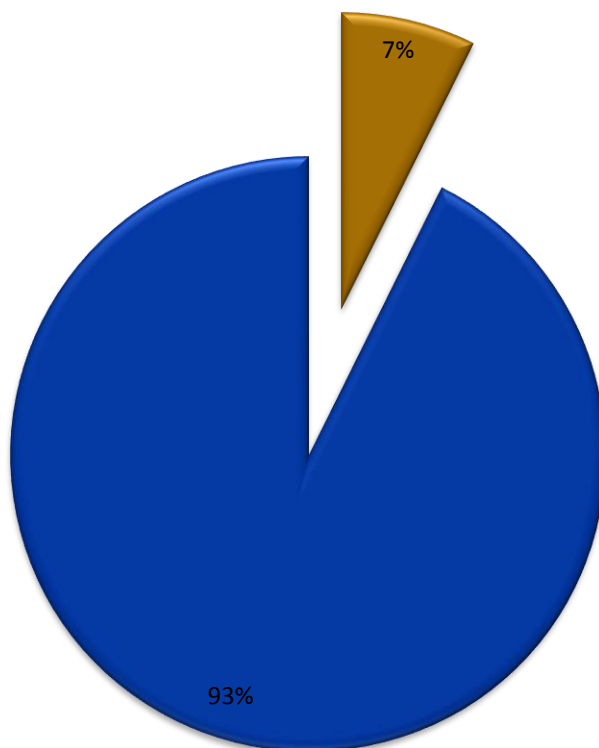


Fuente: Instrumento aplicado a 2684 alumnos durante el Examen Médico Automatizado 2019

Gráfica 7. De los 1370 estudiantes que han iniciado vida sexual, 876 refieren haber utilizado la pastilla de emergencia donde el 66% son mujeres y el 34% representa a los hombres cuyas parejas han utilizado la pastilla de emergencia.

Gráfica 8. Mujeres que se han embarazado

■ Han tenido embarazo ■ No han tenido embarazo

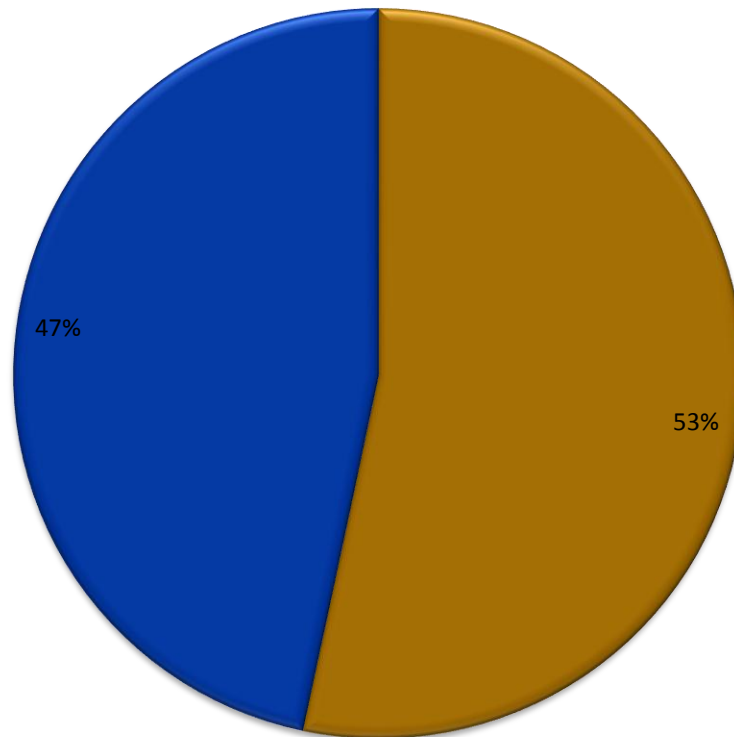


Fuente: Instrumento aplicado a 2684 alumnos durante el Examen Médico Automatizado 2019

Gráfica 8. De las 819 mujeres que ha iniciado vida sexual se encontró que el 7% de ellas se han embarazado al menos una vez en su vida.

Gráfica 9. Mujeres que han interrumpido el embarazo

■ Han tenido interupcion del embarazo ■ No han tenido interrupcion del embarazo

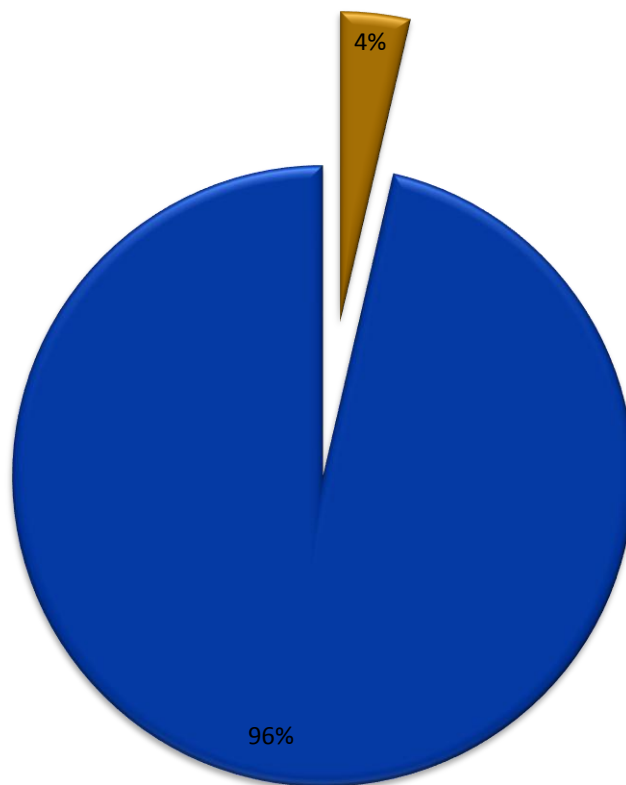


Fuente: Instrumento aplicado a 2684 alumnos durante el Examen Médico Automatizado 2019

Gráfica 9. De las 819 alumnas que respondieron ya haber iniciado vida sexual, 60 de ellas han presentado algún embarazo durante su vida, 32 de ellas han tenido interrupción del embarazo representado así el 53% mientras que el 28% no han presentado alguna interrupción.

Gráfica 10. Hombres que han embarazado a una compañera sexual

■ Si ■ No

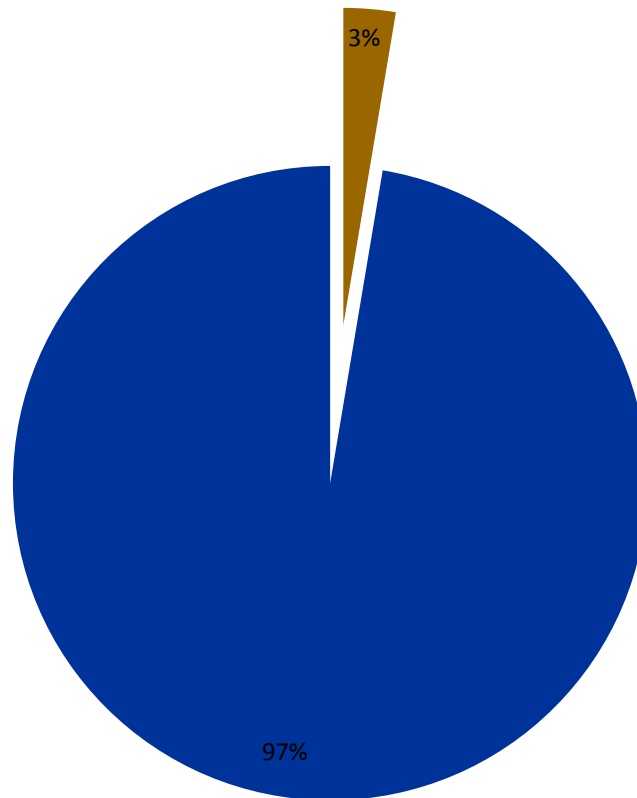


Fuente: Instrumento aplicado a 2684 alumnos durante el Examen Médico Automatizado 2019

Gráfica 10. La población total que ha iniciado vida sexual fue de 1370 alumnos de los cuales 551 fueron hombres, 20 de estos alumnos respondieron haber embarazado en alguna ocasión a una compañera sexual representando así el 4%.

Gráfica 11. Hombres cuyas compañeras sexuales han interrumpido el embarazo

■ Si ■ No



Fuente: Instrumento aplicado a 2684 alumnos durante el Examen Médico Automatizado 2019

Gráfica 11. Para esta gráfica se tomó en cuenta a los 981 alumnos del sexo masculino de todos los encuestados por la manera en que está planteada la pregunta en el instrumento aplicado, donde el objetivo fue encontrar el porcentaje de alumnos en la que alguna pareja sexual haya tenido interrupción del embarazo, sin especificar si el embarazo interrumpido fue provocado por el mismo. De esta manera se encontró que el 3% de los alumnos han presenciado o sabido de alguna interrupción de embarazo por parte de alguna pareja sexual.

CAPITULO VI. Análisis y discusión

La prevalencia de embarazo en adolescentes en este estudio fue del 7% en el caso de las mujeres y de 4% en el caso de los hombres, no teniendo tanta diferencia con el estudio de Díaz Barragán “Prevalencia de embarazo en adolescentes escolarizados y sus factores predisponentes: Cartagena 2012 – 2013” en donde encontró que la prevalencia de embarazo fue de un 7%; de la cual el 3,8% pertenece a mujeres que están o han estado en condición de embarazo y el 3.2% en hombres que han vivido una situación de embarazo con su pareja, dicho lo anterior podemos deducir que dentro del grupo de personas adolescentes las mujeres son las que siguen con mayor porcentaje de embarazos, sin embargo casi siempre son más los hombres que se suman a este grupo de personas. Dentro del mismo estudio Díaz Barragán calculó la media de edad de inicio de vida sexual en los adolescentes dando como resultado 15 años de edad mientras que en el presente estudio se encontró que la media de edad de inicio de vida sexual es a los 17 años.

Siguiendo con la prevalencia de embarazo López Quiñones en 2013 en su estudio “Prevalencia de embarazo del adolescente en el HGSZ No. 30 Guamúchil Sinaloa” encontró una frecuencia de 83 adolescentes embarazadas, que comprende el 2% de esta población total de adolescentes mientras que en este estudio se localizaron a 60 mujeres que tuvieron o tienen un embarazo representando estas al 7% de esta población, no logrando encontrar gran significancia entre ambos resultados teniendo en cuenta el lugar en que se llevaron a cabo dichas investigaciones. En relación a la edad de inicio de vida sexual activa resultó una media de 16 años para López Quiñones mientras que para este estudio fue una media de 17 años, lo que nos confirma que la mayoría de adolescentes comienzan su vida sexual activa antes de la mayoría de edad, considerando esto como un factor de riesgo para algún embarazo no planeado.

Gómez Mercado en un estudio descriptivo denominado “Prevalencia de embarazo y características demográficas, sociales, familiares y económicas de las adolescentes” encontró que la prevalencia del embarazo en un total de 566 mujeres entre 10 a 19 años, fue del 17,8%, por otro lado dentro de mismo rango de edad encontramos que la prevalencia fue de un 7% en una población de 819 mujeres. Con los resultados obtenidos podemos llegar a comparar que el embarazo adolescente representa un problema mayor en Colombia que en México por lo que tenemos aún mayor oportunidad de prevenir llegar a eso resultados, educando de mejor manera a nuestra población adolescente.

Chávez Pavón, 2019 en su estudio “Epidemiología del embarazo en Adolescentes en el Hospital General de México y propuesta de una clínica de atención con enfoque de riesgo” encontró que de los 3009 nacimientos que se registraron en el 2018, 615 corresponden a adolescentes, estudió la población de pacientes entre 10 y 19 años de edad que han presentado algún embarazo y se encontraron 592 pacientes, lo que representa 96.2%, un porcentaje bastante alto a comparación del presente estudio en donde solo se localizó un 7% de embarazos en adolescentes dentro de la misma edad.

Alfaro González en su estudio “Hábitos sexuales en los adolescentes de 13 a 18 años” mediante una encuesta anónima a una muestra de 2412 escolares de 13 a 18 años, en el curso académico 2011-2012 en Valladolid, España, encontró que el 3.6% declara haberse quedado embarazada o haber dejado embarazada a su pareja, 5.3% de los chicos y 1.3% de las chicas. Los resultados del presente estudio fueron que las chicas representan un 7% de haber quedado embarazadas mientras que los hombres un 4% de haber embarazado a una pareja, resalta el hecho de que en el estudio de Alfaro predomino el sexo masculino con embarazos. Alfaro encontró que la edad de inicio de vida sexual que predomina en los adolescentes es de 15 a 16 años obteniendo un 50.9% a diferencia de nuestra investigación en donde se encontró que dentro de ese rango de edad el porcentaje

representa el 42.9%, cabe resaltar que la edad que predominó en esta investigación fue de 17 años con un 30.8%

Morales Díaz en su estudio “Embarazo no deseado en alumnas universitarias” en el 2013 en La Habana, Cuba, el universo lo constituyeron 418 alumnas de un centro universitario, 78 presentaron al menos un embarazo, lo cual representó una prevalencia de 18,7 %, caso contrario a esta investigación en donde se localizaron alrededor de 60 alumnas con embarazo representando el 7% de la población total. Esto nos indica que con el paso del tiempo el embarazo en mujeres adolescentes va en disminución sin embargo no podemos descartarlo como un problema de salud pública.

Se encontró que el inicio de vida sexual activa se da principalmente en adolescentes de 15 a 17 años similar a lo encontrado en el estudio de Fernández Borbón en donde 93,5 % tuvo la primera relación sexual entre los 14 y 17 de igual manera en el estudio de Mendoza donde encontró que el “debut sexual” se da a los 17 años. Respecto al uso del condón el 45.1 % usaba condón a comparación de la presente investigación en donde se encontró que el 78.9% lo usaba, habiendo igual diferencia con lo encontrado en el estudio de Martínez Torres en donde se obtuvo un 35.5% de los adolescentes que usaban el condón. Cabe resaltar que estos datos en la actualidad son alarmantes debido a los riesgos a los que los adolescentes se exponen al no usar preservativo no solo haciendo énfasis en los embarazos no planeados sino también en el aumento de las infecciones de transmisión sexual a edad temprana.

El 90,3 %. solicitó la interrupción del embarazo en la investigación de Fernández mientras que en este estudio las mujeres que han recurrido a este método fueron el 53% mientras que los hombres tan solo un 3%, podrían ser datos no alarmantes sin embargo por la edad en que se han presentado dichos casos lo podemos catalogar como un problema severo, ya que la corta edad se ha comprobado que es un factor de riesgo en los procedimientos de interrupción del embarazo debido a la falta de maduración tanto física como mental.

Se ha comprobado que el uso de la pastilla de anticoncepción de emergencia cada vez se da con más frecuencia ignorando los afectos adversos que esta trae consigo, prueba de ello en este estudio se encontró que 66% de las mujeres que ya han iniciado vida sexual han tomado alguna vez dicha pastilla, por otro lado el 44% de los hombres refieren que sus parejas alguna vez la tomaron, datos similares a lo encontrado por Cárdenas García en donde un 53.3% de su muestra habían recurrido alguna vez a la pastilla de emergencia, no tanto así a lo hallado por Contento en 2015 en donde solo encontró que el 11% de su población había tomado ya alguna vez la pastilla. Con lo anterior podemos deducir que el consumo de las PAE representa uno de los principales métodos de anticoncepción en la actualidad, sin embargo sería interesante proponer el uso de otros métodos dado a que este si se usa de manera incorrecta puede ocasionar problemas a futuro.

De los 2684 alumnos para este estudio se encontró que 51% ya ha iniciado vida sexual en donde el 60% fueron mujeres y el 40% hombres, datos casi similares a los encontrados por Mendoza donde de 2640 alumnos, 1852 ya habían iniciado vida sexual y de estos el 69% fueron mujeres y 31% hombres, lo que nos indica que el sexo que predomina para el inicio e vida sexual en la adolescencia es el femenino.

Propuestas

- Desarrollar programas de educación sexual para la abstinencia con el fin de retardar el inicio de vida sexual en las y los adolescentes por lo menos hasta que estén lo suficientemente preparados tanto física como mentalmente para manejar una vida sexual segura y evitar un embarazo.
- Trabajar en la prevención de embarazos no deseados con la incorporación de hombres en estrategias implique la generación de conciencia de que los hombres también son responsables del proceso de embarazo.

- Identificar las posibles conductas como prácticas sexuales inseguras y con el asesoramiento oportuno y la intervención reducir la tasa de prevalencia tanto de embarazos como de infección de transmisión sexual en la población adolescente.
- Trabajar en un programa preventivo donde las y los adolescentes puedan obtener información verídica, accesible, sobre métodos anticonceptivos y su uso correcto. A través de folletos, asesorías personalizadas por parte de profesionales de enfermería con consentimiento y protección de la confidencialidad con la participación del adolescente en la elección de los métodos para la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo así como el seguimiento en alumnos que hayan iniciado vida sexual o hayan tenido un embarazo y/o aborto.

Conclusiones

Para que los adolescentes alcancen el pleno desarrollo en la adolescencia es necesario que la sociedad asegure sus necesidades de salud, desarrollo y bienestar. Este periodo es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante.

De acuerdo con el objetivo principal de esta investigación que habla sobre determinar la prevalencia de embarazo e interrupción del mismo en estudiantes de nuevo ingreso de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, se puede concluir que el embarazo adolescente es un fenómeno que ha tomado importancia en los últimos años, tener relaciones sexuales sin protección implica un riesgo permanente de embarazo y posteriormente en la mayoría de los casos la interrupción, en la facultad se han presentado un número significativo de casos de embarazo e interrupción en los y las adolescentes de nuevo ingreso, es por ello

que se requiere de diversas estrategias y la intervención de profesionales para prevenir estos eventos.

Existe una diversidad de estudios que implican la necesidad de intervenciones de enfermería y de personal sanitario calificado para la prevención del embarazo no deseado en población adolescente. Hoy en día crecen rodeados de una cultura donde amigos, televisión, cine, música, e internet transmiten frecuentemente mensajes en los cuales las relaciones sexuales son comunes, aceptadas y, a veces, esperadas y por lo general en el hogar, la escuela o la comunidad, se ofrece una pobre educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara y específica con respecto a las consecuencias de las relaciones sexuales a temprana edad como son el embarazo, el aborto, enfermedades de transmisión sexual, además de que afecta negativamente la salud, la permanencia en la escuela, los ingresos presentes y futuros, el acceso a oportunidades recreativas, sociales y laborales especializadas y de calidad y el desarrollo humano.

El profesional de enfermería desde el rol de educador tiene que enfrentar el embarazo en la adolescencia, no solo desde el ángulo biológico, sino también como un fenómeno social y problema de salud pública que requiere atención urgente, sobre el que es posible actuar y modificar si se conoce el nivel de impacto que tiene en el ámbito biopsicosocial en las y los adolescentes y si se aplican modelos de intervención integral que contemple aspectos no solo biológicos sino también psicológicos, sociales, culturales y de valores, enfocado a la prevención del embarazo que involucren tanto a los adolescentes así como a la familia y la comunidad pero a partir de los intereses, las inquietudes, deseos y temores de los propios adolescentes.

Son diferentes los determinantes asociados al inicio cada vez más temprano de la actividad sexual y embarazo entre adolescentes, entre ellos las inequidades, barreras de acceso a los servicios y políticas en salud. Las consecuencias de estos dos fenómenos son graves para la salud pública, afectando las dimensiones

familiar, social, de salud y económica, la educación sexual debe comenzar desde edades tempranas de la vida, antes de que los adolescentes practiquen conductas sexuales que los pongan en riesgo, por tanto, es necesario como profesionales de enfermería educar para contribuir en la disminución del número de embarazos adolescentes y por ende evitar complicaciones de salud tanto física como de salud mental de las y los adolescentes.

Se necesitan más estudios que valoren la eficacia de estas intervenciones educativas para verificar que los conocimientos adquiridos modifiquen las conductas diarias de los adolescentes y que evidencien una reducción de las cifras de embarazos no deseados en la adolescencia.

Capítulo VII. Referencias bibliográficas

- 1 OMS. "El Embarazo en la Adolescencia" 23 de febrero del 2018.
- 2 Andrea Aslalema Enríquez. "Adolescentes mujeres y jóvenes adultas frente a los temas de embarazo y aborto: ¿Percepciones diferentes según la edad?" Estudio Realizado en Quito Ecuador 2017. Archivo Pdf disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v9n1/1688-7026-pcs-9-01-5.pdf>
- 3 Madrid Gutiérrez J., Hernández Cordero A.L., Gentile A, Cevallos Platero L... "Embarazos y maternidad adolescente desde una perspectiva cualitativa en ciencias sociales" España. 28 de febrero 2019. Archivo pdf disponible en: http://www.alogiaonline.org/images/Embarazo_y_Maternidad_Adolescente_dede_Perspectiva_Social.pdf
- 4 Consejo Nacional de Población. 2014.
- 5 Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. 2014.
- 6 Díaz Olavarrieta Claudia. "México ocupa el primer lugar en embarazo adolescente a nivel mundial" Junio de 2018. Archivo electrónico disponible en: <http://www.unamglobal.unam.mx/?p=41566>
- 7 Marcela Eternod Arámburu. "Manual de Capacitación para la incorporación de los hombres en la prevención del embarazo en adolescentes desde la perspectiva de género" Editorial, INMUJERES. Primera Edición: Septiembre del 2018. Archivo Pdf disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101303.pdf
- 8 Flores-Valencia Margarita E., Nava-Chapa Graciela y Arenas-Monreal Luz. "Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública" Rev. Salud. 2017. Pag.378. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n3/0124-0064-rsap-19-03-00374.pdf>
- 9 OMS. [Internet]. Ginebra: 2016 [citado 29 de Agosto 2019]. Desarrollo en la adolescencia. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- 10 Güemes-Hidalgo, Ceñal González-Fierro, Hidalgo Vicario. Pubertad y adolescencia. Rev. Adolescere [Internet]. 2017, (consultado 9 de Agosto 2019); 5 (1): 7-22. Disponible en: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Adolescere_2017_1pro-1.pdf
- 11 UNICEF. La adolescencia Una época de oportunidades. [Internet]. 2011. (Consultado 25 de Abril 2019) Disponible en: https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_Estado_Mundial_de_la_Infancia_2011_-_La_adolescencia_una_epoca_de_oportunidades.pdf
- 12 Gaete Verónica. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev. Chil Pediatr. [Internet]. 2015 (Citado 01 Sep. 2019); 86(6):436---443. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- 13 Secretaría de Salud. Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes. [Internet]. México: Segunda edición 2002. (Consultado 31 de Agosto 2019) Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf>
- 14 Güemes-Hidalgo, Ceñal González-Fierro, Hidalgo Vicario. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatr Integral [Internet]. 2017 (citado 31 de agosto 2019); XXI (4): 233-244. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>
- 15 Iglesias Diz J.L. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatr Integral [Internet]. 2013 (citado 1 Sep. 2019); XVII (2): 88-93. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>
- 16 Mora-Cancino AM y Hernández-Valencia M. Embarazo en la adolescencia. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2015 (Citado 01 Sep. 2019); 83:294-301. Disponible en: <http://sitios.dif.gob.mx/cenddif/wp-content/uploads/2017/03/EMBARAZO-EN-LA-ADOLESCENCIA.pdf>
- 17 Secretaría de Salud. La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar [Internet]. México: Segunda Edición 2002. (Consultado 29 de Agosto 2019) Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7199.pdf>
- 18 Secretaría de Salud. Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes. [Internet]. México: Segunda edición 2002. (Consultado 31 de Agosto 2019) Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf>
- 19 Cuevas CB, Xolocostli MMA. Problemática del embarazo en adolescentes: una aproximación. Salud de la Comunidad 2007; 3: 3-10.

- 20 Mendoza Tascón Luis Alfonso, Claros Benítez Diana Isabel, Peñaranda Ospina Claudia Bibiana. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2016 Jun [citado 2019 Sep. 01]; 81(3): 243-253. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300012>
- 21 Torres Rodríguez Marisol, González Román Patricia. Antecedentes teóricos y empíricos del uso de métodos de planificación familiar rev.fac.cienc.econ [Internet] 2009, (citado 1 de Sep. 2019) Vol. XVII (2), 171-182 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfce/v17n2/v17n2a10.pdf>
- 22 Díaz Alonso, Guillermo. Historia de la anticoncepción. Rev Cub Med Gen Int,[Internet] 1995. 11(2), 192-194. (Citado 04 de abril de 2019), Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000200015&lng=es&tlng=es
- 23 Skuy, Percy. (1995). Tales of Contraception. Toronto, Canadá: Janssen-Ortho Inc.
- 24 Lieberman, Janet J. (1973). "A Short History Of Birth Control." The American Biology Teacher, 35(6), 315-9.
- 25 Riddle, John M. (1992). Contraception and Abortion: From the Ancient World to the Renaissance. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- 26 Chesler, Ellen. (1992). Woman of Valor: Margaret Sanger and the Birth Control Movement in America. New York: Simon and Schuster.
- 27 Juárez F, Valencia J. Las usuarias de métodos anticonceptivos y sus necesidades insatisfechas de anticoncepción. En: Chávez A, Menkes C (ed.). Procesos y tendencias poblacionales en el México contemporáneo. Una mirada desde la ENADID 2006, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. México: UNAM, 2006:201-235.
- 28 CONAPO, Indicadores demográficos de México de 1950 a 2050. (Citado 04 de abril de 2019), Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Mapa_Ind_Dem18/index_2.html#
- 29 Allen-Leigh, Betania, Villalobos-Hernández Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. Salud Pública de México, [Internet] 2013. 55(Supl. 2), S235-S240. Recuperado en 04 de abril de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800021&lng=es&tlng=es.
- 30 Gómez-Inclán, Sofía, & Durán-Arenas, Luis. El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México. Salud Pública de México, [Internet] 2017. 59(3), 236-247. <https://dx.doi.org/10.21149/7891>
- 31 Olivari C, Urra E. Autoeficacia y conductas de salud. Cienc Enferm 2007; 13(1):9-15. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532007000100002>
- 32 Menkes C. Opciones de vida de la juventud y reproducción temprana en México. En: XIII Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México; 2016 Jun 22-24, Ciudad de México [consultado el 10 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://xiiiuniondemografica.colmex.mx/images/plenarias/P.II.pdf>
- 33 Rouvier M, Campero L, Walker D, Caballero M. Factors that influence communication about sexuality between parents and adolescents in the cultural context of Mexican families. Sex Education 2011; 11(2):175-191. <https://doi.org/10.1080/14681811.2011.558425>
- 34 Estrada Fátima, Campero Lourdes, Suárez-López Leticia, Vara-Salazar Elvia de la, González-Chávez Guillermo. Conocimientos sobre riesgo de embarazo y autoeficacia en hombres adolescentes: apoyo parental y factores escolares. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2017 Oct [citado 2019 Sep. 05]; 59(5): 556-565. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21149/7959>.
- 35 Todas las mujeres, todos los niños. La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030): sobrevivir, prosperar, transformar. Washington: Organización Mundial de la Salud, 2015. Disponible en: http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2016/12/EWEC_Global_Strategy_ES_inside_LogoOK_web.pdf
- 36 Uribe, J.I., Gonzáles, S., & Santos, P. (2011) El rechazo del uso del condón en adolescentes colimenses, una perspectiva sociocultural. En Lerma, S., Karam, M. (2011) Neoliberalismo, desigualdad social y salud: tendencias y perspectivas generales y específicas en jóvenes I. ALAMES. México. pp. 91-112.
- 37 Deperthes B. Effectiveness of the female condom in preventing HIV/STI transmission and pregnancy. Presented at: Global Consultation on the Female Condom, September 26–29, 2005; Baltimore, Maryland.
- 38 IMSS. Preservativo o Condón Masculino. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/preservativo>

- 39 Kost K et al. [Estimates of contraceptive failure from the 2002 National Survey of Family Growth](#). Contraception, 2008; 77:10-21.
- 40 CDC. Eficacia de los condones. Disponible en: <https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/spanish/male-condom-use.html>
- 41 Secretaría de salud. Introducción a los métodos anticonceptivos: Información general. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7202.pdf>
- 42 The american College og Obstetricians and Gynecologist. Métodos anticonceptivos de barrae <https://www.acog.org/~media/8EB559F978DE45C9A37B3713AC22BE11.pdf>
- 43 UNFPA, OMS y ONUSIDA. Declaración sobre los preservativos y la prevención del VIH, otras infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado. 2015 Disponible en: https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention
- 44 OMS, Anticoncepción de urgencia (2018) Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>
- 45 Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar, Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>
- 46 Vargas-Hernández VM. Anticoncepción de emergencia. Rev. Hosp Jua Mex 2016; 83(4): 148-156. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2016/ju164f.pdf>
- 47 Centro nacional de Equidad de Género y de salud Reproductiva. Utilización de la anticoncepción de emergencia. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/15084/utilizacionanticoncepcionemergencia_V.pdf
- 48 OMS. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf;jsessionid=27490C89780E5F58AC4667FB21F85726?sequence=1>
- 49 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/rm005ssa293.html>
- 50 Galan Catellanos Fanny. "Fecundación y embarazo" Bogotá. Pag.17. Libro electrónico en formato pdf disponible en: <https://www.quao.org/sites/default/files/biblioteca/Fecundaci%C3%B3n%20y%20embarazo.pdf>
- 51 Atrash HK, Friede A, Hogue CJR. Abdominal Pregnancy in the United States: Frequency and Mortality. Obstet Gynecol. 1987; march: 333-7.
- 52 BARROZO, MARIELA. PRESSIANI, GRACIELA "EMBARAZO ADOLESCENTE ENTRE 12 Y 19 AÑOS" Universidad Nacional de Cuyo. SAN MARTIN, MENDOZA, OCTUBRE DE 2011. Artículo electrónico disponible en: http://m.bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5989/barrozo-mariela.pdf
- 53 Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina. 2001 Agosto; 107:11-23.
- 54 Marlenis Figueredo Martínez "Intervención educativa sobre el embarazo en la Adolescencia en el CMF 174 Guía Junio 2016-enero 2017. Artículo electrónico en formato pdf disponible en: <file:///C:/Users/casa/Downloads/408-1867-1-PB.pdf>
- 55 Álvarez Sintés. Medicina General Integral. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 250.
- 56 Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. Obstetrics-Normal and Problem Pregnancies. 5ta. ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2007. Disponible en: <http://www.amazon.com/Obstetrics-Pregnancies-Steven-G-Gabbe/dp/0443065721>
- 57 PAULINA ELIZABETH COELLO CABELLO. "Atención de enfermería a gestantes adolescentes con hipertensión arterial en el área tocoquirúrgico del hospital gineco obstétrico "Enrique C. Sotomayor". Guayaquil, 10 DE JUNIO DEL 2011. Artículo Pdf disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7359/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-332.pdf>
- 58 Savio Beers, 2009; Carreón Vázquez, Mendoza Sánchez, Gil Huerta & González Solís, 2004 citados en Instituto Estatal de las mujeres Nuevo Leon." PERFIL DEL HOMBRE ADOLESCENTE QUE EMBARAZA Y PATERNIDAD RESPONSABLE" [Internet]. 2012. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/NL/NL_MA1_investigacion_hombre_adolescente_2012.pdf
- 59 Strug & Wilmore Sheaffer, 2003; Thornberry, Smith & Howard, 1997 citados en Instituto Estatal de las mujeres Nuevo León." PERFIL DEL HOMBRE ADOLESCENTE QUE EMBARAZA Y PATERNIDAD RESPONSABLE" [Internet]. 2012. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/NL/NL_MA1_investigacion_hombre_adolescente_2012.pdf

- 60 Gilmore, 1991, citado en Stern, Fuentes Zurita, Lozano Treviño & Reysoo, 2003 citados en Instituto Estatal de las mujeres Nuevo León." PERFIL DEL HOMBRE ADOLESCENTE QUE EMBARAZA Y PATERNIDAD RESPONSABLE" [Internet]. 2012. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/NL/NL_MA1_investigacion_hombre_adolescente_2012.pdf
- 61 Cervantes, 1999, citado en CEAMEG, 2012 citados en Instituto Estatal de las mujeres Nuevo León." PERFIL DEL HOMBRE ADOLESCENTE QUE EMBARAZA Y PATERNIDAD RESPONSABLE" [Internet]. 2012. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/NL/NL_MA1_investigacion_hombre_adolescente_2012.pdf
- 62 Tuffin, Rouch & Frewin, 2010, citado en Instituto Estatal de las mujeres Nuevo León." PERFIL DEL HOMBRE ADOLESCENTE QUE EMBARAZA Y PATERNIDAD RESPONSABLE" [Internet]. 2012. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/NL/NL_MA1_investigacion_hombre_adolescente_2012.pdf
- 63 Ekstrand, Tydén, Darj, Larsson, 2007 citado en Instituto Estatal de las mujeres Nuevo León." PERFIL DEL HOMBRE ADOLESCENTE QUE EMBARAZA Y PATERNIDAD RESPONSABLE" [Internet]. 2012. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/NL/NL_MA1_investigacion_hombre_adolescente_2012.pdf
- 64 Asael Ortiz Lazcano. "Embarazo en universitarias, el caso de la UAEH, 2014" Julio- Diciembre de 2015. Artículo pdf disponible en: <file:///C:/Users/casa/Downloads/Dialnet-EmbarazoEnUniversitariasElCasoDeLaUAEH2014-5163726.pdf>
- 65 Alicia Saldivar Garduño "VULNERABILIDAD Y EMBARAZO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS" Abril 9 de 2018. Disponible en: <https://www.puntosobrelai.net/vulnerabilidad-y-embarazo-en-estudiantes-universitarias/>
- 66 Monterrosa A. Causas e implicaciones médico-sociales del embarazo en la adolescencia en Colombia. Rev. Coloma Obstet Ginecol. 1998; 49(4):225-30
- 67 Langer A, Espinosa H. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Pan Am J Public Health. 2002; 11(3):194 Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2002.v11n3/192-205/>
- 68 Loredó-Abdalá A et al. Embarazo adolescente, causas y repercusiones, Rev Med Inst Mex Seguro Soc. [Internet] 2017; 55(2):223-9. Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172o.pdf>
- 69 Bancet CM, López LS. Sexualidad y embarazo adolescente en México. Rev. Papeles de Población. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México: 2003; 9:1-31.
- 70 OMS. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo [Internet] 2015. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
- 71 Mora Cancino, Hernández Valencia. Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. Perinatol Reprod Hum. [Internet] 2015; 29 (2): 76-82 Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2015.05.004>
- 72 Moyeda IXG, Sánchez BM, Cervantes DMO, Vega HAR. Relación entre maltrato fetal, violencia y sintomatología depresiva durante el embarazo de mujeres adolescentes y adultas: un estudio piloto. Psicología y salud. 2013; 23: 83-95.
- 73 Gómez CC. Consecuencias de ser padre a temprana edad sobre los ingresos: Caso colombiano. Ensayos sobre Política Económica. [Internet] 2016; 34: 103-125. Disponible en: http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/eventos/archivos/sem_386.pdf
- 74 Hernández-Bringas H, Flores-Arenales R, Santoyo-Sánchez R, Millán Benítez P. Situación del rezago acumulado en México (2010). Plan de diez años para desarrollar el Sistema Educativo Nacional. [Internet] México. UNAM, 2012. 15. 117-162. Disponible en: http://www.planeducativonacional.unam.mx/PDF/CAP_05.pdf
- 75 Campero L, Herrera C, Benítez A, Atienzo E, González G, Marín E. Incompatibility between pregnancy and educational projects, from the perspective of socially vulnerable adolescent women and men in Mexico. Gender Educ 2014; 26(2):151-167
- 76 García Hernández, Gloria Elizabeth. (2014). Embarazo adolescente y pobreza, una relación compleja. Iztapalapa. Revista de ciencias sociales y humanidades, 35(77), 13-53. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.28928/ri/772014/atc1/garciahernandez>.
- 77 Villalobos-Hernández. Et alt. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. Sal Púb Méx [Internet] 2015; 2(2) 135-143. Disponible en: <http://familiasysexualidades.inmujeres.gob.mx/pdf/Estudio-EARE.pdf>
- 78 Morales Díaz Eduardo, Solanelles Rojas Ana María, Mora González Salvador Roberto, Miranda Gómez Osvaldo. Embarazo no deseado en alumnas universitarias. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2013 Jun [citado 2019 Sep. 03]; 42(2): 153-163. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000200004&lng=es

- 79 Moscoso Ordoñez María Verónica. "Reformas al Código Penal Ecuatoriano en relación al Aborto: Despenalización del aborto para casos de violaciones a mujeres sanas" [Internet] Cuenca-Ecuador, Universidad del UZUAY. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/696/1/05627.pdf>
- 80 Velázquez Uribe María Teresa. "Situación actual del aborto" CIENCIAS [Internet] Consultado en 2019. Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: <https://www.revistaciencias.unam.mx/es/147-revistas/revist-ciencias-69/1214-situación-actual-del-aborto.html>
- 81 Guía de Práctica Clínica "Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial del aborto recurrente" [Internet] 2009. Ed. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/088_GPC_Abortoespyrecurrente/ABORTO_EVR_CENE_TEC.pdf
- 82 Encuesta Nacional de Salud y Nutrición citada por Celis González. "De adolescentes, más del 40% de abortos en México" [Internet] 4 de marzo del 2015. Disponible en: <https://sipse.com/mexico/aborto-adolescentes-cifra-mexico-cuidado-vida-sexual-activa-140504.html>
- 83 Carpizo Jorge. "LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO ANTES DE LAS DOCE SEMANAS" [Internet] Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Pag. 1. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2841/4.pdf>
- 84 Menéndez Velázquez Jorge Federico. "El manejo del aborto espontáneo y de sus complicaciones" [Internet] 2003. Gac Méd Mex. Vol.139. Pág.49 [Consultado en 2019] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gms031h.pdf>
- 85 Prine LW, MacNaughton H. Office management of early pregnancy loss. Am Fam Physician. 2011 Jul 1; 84(1):75-82.
- 86 Dulay Antonette. "Aborto Espontaneo" [Internet] Manual MSD. Consultado en 2019. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/ginecología-y-obstetricia/anomalías-del-embarazo/aborto-espontáneo>
- 87 Guía de Práctica Clínica. "Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente" [Internet] 2013 Edición. Dirección Nacional de Normatización. Págs. 9-10. Disponible en: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D503.pdf
- 88 Nybo Andersen AM, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. BMJ. 2000; 320:1708-12
- 89 Sedgh G, Singh S, Shah I, Ahman E, Henshaw S, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. Lancet 2012;379:325-32
- 90 Juarez F, Singh S, García SG, Díaz-Olavarrieta C. Estimates of Induced Abortion in Mexico: what's changed between 1990 and 2006? Int. Family Planning Perspectives 2008; 34, n°4. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3415808.html>
- 91 Salud Reproductiva Información Básica de México. Ipas México AC. 2014
- 92 Dayananda I, Walker D, Atienzo EE, Haider S. Abortion practice in Mexico: a survey of health care providers. Contraception 2012;85:304-10
- 93 World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, Second edition, Geneva, 2012.
- 94 World Health Organization citada en González de León Aguirre. "El aborto en México" [Internet] Diciembre 2002, Ciudad de México. Pág. 3. Disponible en: <https://ccp.ucr.ac.cr/ac/gonzalez.pdf>
- 95 González de León Aguirre. "El aborto en México" [Internet] Diciembre 2002, Ciudad de México. Pág. 4. Disponible en: <https://ccp.ucr.ac.cr/ac/gonzalez.pdf>
- 96 Knigh Romero Odet. Mediavilla Pérez Yosvany. Romero Fernández Elda. Cañete Villafranca Roberto. "Comportamiento del aborto inducido en adolescentes. Su relación con la Bioética. Hospital Materno Provincial. Matanzas 2012." [Internet] 2012, Matanzas Cuba. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/18%20-%20Comportamiento%20del%20aborto%20inducido%20en%20adolescentes.%20Su%20.pdf>
- 97 Grupo de Información en Reproducción Elegida. "Aborto legal y seguro" [Internet] Cap. 1. Pág. 16. [Consultado en 2019] Disponible en: <http://informe.gire.org.mx/caps/cap1.pdf>

- 98 Mosqueda Sofia. "El permiso de las víctimas" [Internet] Agosto 18, 2016. Disponible en: <https://economia.nexos.com.mx/?p=172>
- 99 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-046-SSA2-2005. VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES. CRITERIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN. [Internet] 16 abril 2009.
- 100 Código Penal para el Distrito Federal. Decreto. Disponible en: http://www.fimevic.df.gob.mx/documentos/transparencia/codigo_local/CPDF.pdf
- 101 Flores Pérez Edith, Amuchastegui Herrera Ana. "Interrupción Legal del Embarazo: reescribiendo la experiencia del aborto en los hospitales públicos del Distrito Federal." [Internet] Enero-Abril. 2012, Vol.10. Disponible en: http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen10_1/Interrupcionlegaldelembarazo.pdf
- 102 GIRE. Boletín de prensa. 24 de abril de 2007. Disponible en: http://www.inmujer.df.gob.mx/wb/inmujeres/boletin_de_prensa_gire_24_abril_2007
- 103 Unidades Médicas de la Mujer. "INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO ¿QUÉ ES Y CUÁL ES SU MARCO LEGAL?" [Internet] 05 de Oct del 2018. Disponible en: <https://unidadesmedicasdelamujer.com.mx/interrupcion-legal-del-embarazo/>
- 104 Grossman D. Métodos médicos para el aborto en el primer trimestre: comentario de la BSR (última revisión: 3 de septiembre de 2004). Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra, Suiza: OMS, 2004.
- 105 Organización Mundial de la Salud. "Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud." Ginebra: OMS, 2003:110. [Consultado: Septiembre 2019.] Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/safe_abortion/index.html.
- 106 Muñoz Hernández A. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN SEXUAL Y EL EMBARAZO ADOLESCENTE, 2018. Esc. Univ. Enfría, Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/27a9/d93f3c3abd0e65eec5aa81f49808e51ff8eb.pdf>
- 107 Morín-Juárez A et al. Embarazo en universitaria. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. [Internet] 2019; 57(1):4-5.
- 108 National Institute for Health and Clinical Excellence. Public health need and practice. In: Prevention of sexually transmitted infections and under 18 conceptions. February 2007 (en línea) (consultado el 12/12/2012). Disponible en <http://publications.nice.org.uk/prevention-of-sexually-transmitted-infections-and-under-18-conceptions-ph3/public-health-need-and-practice>
- 109 Aldana Tena Emna, Morales López Alfredo, Báez Aldana Elaine, Lluch Bonet Adalberto. Sistema de acciones de capacitación de enfermería comunitaria en la prevención de embarazo en la adolescencia. Rev. Hum Med [Internet]. 2013 Dic [citado 2019 Sep. 10]; 13(3): 655-681. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202013000300006&lng=es.
- 110 Pfetscher S. Modelos y Teorías de Enfermería: La Enfermería Moderna. España: Salvat; 2000
- 111 Armendáriz Ortega A.M, Medel Pérez B.Y. Propuesta de intervención para prevenir el Embarazo En Adolescentes. 2010 Fac Enf y Nut. Disponible en: <http://convivejoven.semsys.itesi.edu.mx/cargas/Articulos/PROPUESTA%20PARA%20PREVENIR%20EL%20EMBARAZO%20EN%20ADOLESCENTES.pdf>
- 112 Noguera O, Alvarado R. Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. Rev. Colomb Enf. 7 (7): 151-160.
- 113 Hurtado Murillo F. Promoción, prevención, detección y actuación ante embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en adolescencia desde Atención Primaria. C. Med. Psicosom, N° 111 - 2014
- 114 Monje Álvarez Carlos Arturo "METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA" Universidad Surcolombiana. 2011. Disponible en: <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>
- 115 COESPO. "Embarazo adolescente" [Internet] México. Pág.17 Disponible en: <http://coespo.edomex.gob.mx/sites/coespo.edomex.gob.mx/files/files/coespopdfemad17.pdf>

- 116 Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Internet] Consultado en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14402:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-2&Itemid=0&limitstart=2&lang=es
- 117 Encuesta Nacional Demográfica 2013. [Internet]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1151/pdf/cap003.pdf
- 118 Gómez-Mercado CA, Mejía Sandoval G. Prevalencia de embarazo y características demográficas, sociales, familiares, económicas de las adolescentes, Carepa, Colombia. Rev. CES Salud Pública. [Internet] 2017; [citado 23 oct] 8 (1): 25-33. Disponible en: http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/4419/2817
- 119 Díaz Barragán Lizeth. "PREVALENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS Y SUS FACTORES PREDISPONENTES: CARTAGENA 2012 – 2013." Tesis digital. [Internet] 2013; [citado 25 oct] 6-33. Disponible en: 190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2802/1/PREVALENCIA%20DE%20EMBARAZO%20EN%20%20ADOLESCENTES%20ESCOLARIZADOS%20%20Y%20SUS%20FACTORES%20PREDISPONENTES.%20CARTAGENA%202012-2013..pdf
- 120 López Quiñones Roel. "Prevalencia de embarazo del adolescente en el HGSZ No.30 Guamúchil Sinaloa" Tesis digital. [Internet] 2013; [citado 25 oct] 46-55. Disponible en: Dirección General de Bibliotecas. UNAM.
- 121 Chávez Pavón Diana Natali "Epidemiología del embarazo en Adolescentes en el Hospital General de México y propuesta de una clínica de atención con enfoque de riesgo" Dirección General de Bibliotecas. Departamento de Tesis. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, Julio 2019. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2019/agosto/0793743/Index.html>
- 122 Alfaro González M., Vázquez Fernández M. E., Fierro Urturi A., Muñoz Moreno M. F., Rodríguez Molinero L., González Hernando C. Hábitos sexuales en los adolescentes de 13 a 18 años. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2015 Sep. [Citado 2019 Oct 22]; 17(67): 217-225. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322015000400003>.
- 123 Morales Díaz Eduardo, Solanelles Rojas Ana María, Mora González Salvador Roberto, Miranda Gómez Osvaldo. Embarazo no deseado en alumnas universitarias. Rev. Cub Med Mil [Internet]. 2013 Jun [citado 2019 Oct 24]; 42(2): 153-163. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000200004&lng=es.
- 124 Fernández Borbón Hugo, Gerez Mena Suraima, Ramírez Pérez Noelvis, Pineda Bouzón Anyelina. Caracterización de la terminación voluntaria del embarazo en adolescentes. Rev. Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2014 Jun [citado 2019 Oct 21]; 40(2): 197-205. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200007&lng=es.
- 125 Contento Veintimilla K. Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre anticoncepción de emergencia en adolescentes de bachillerato del instituto superior Beatriz Cueva de Ayora de la ciudad de Loja [Internet] 2015 [Citado 2019 23 Oct] Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/12313>
- 126 Cárdenas-García LJ, Sánchez-Zamora ME, Ramírez-de la Roche OF, Domínguez A. Uso de la anticoncepción de emergencia en un grupo de estudiantes universitarias. Aten Fam. 2014; 21(3): 90-93. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/306024189_Uso_de_la_anticoncepcion_de_emergencia_en_un_grupo_de_estudiantes_universitarias
- 127 Martínez J, Parada LY, Duarte ZK. Prevalencia de uso de condón en todas las relaciones sexuales con penetración durante los últimos doce meses y factores asociados en estudiantes universitarios entre 18 y 26 años de edad. Rev. Univ. Salud. 2014; 16(2): 198 – 206. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v16n2/v16n2a07.pdf>
- 128 Hurtado de Mendoza Zabalgaitia María Teresa, Olvera Méndez Juana. "Características del debut sexual en una población de jóvenes mexicanos" Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. Revista Electrónica de Psicología Iztacala 20, (4) 2017. Disponible en: www.revistas.unam.mx/index.php/rep