



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CULTURALES Y ANTICONCEPCIONALES DE LA MUJER
EMBARAZADA ADOLESCENTE QUE ACUDE AL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DR. ALDO GUADALUPE BUCIO AGUILAR

ASESORES

DRA. ANA GLORIA ALONSO MEJÍA

DRA. GUADALUPE MUÑOZ CASTRO

MSP. CONNE LIZBETH GONZALEZ GARCIA

CIUDAD DE MÉXICO

2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DR. RAÚL LEAL CANTÚ _____

DIRECTOR

DR. CARLOS ARTURO AREAN MARTÍNEZ _____

JEFE DE ENSEÑANZA

DR. CARLOS MARIO GUZMAN SANCHEZ _____

PROFESOR TITULAR DEL CURSO

DR. ADOLFO LEYVA LÓPEZ _____

JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DRA. ANA GLORIA ALONSO MEJIA _____

ASESOR CLÍNICO

DRA. GUADALUPE MUÑOZ CASTRO _____

ASESOR CLÍNICO

M.S.P. CONNE LIZBETH GONZALEZ GARCÍA _____

ASESOR METODOLÓGICO

CARTA DE APROBACIÓN DE LOS COMITES



Dependencia SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACÁN
Sub-dependencia HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"
Oficina COMITÉS DE ETICA EN INVESTIGACIÓN E INVESTIGACION
No. de oficio 5009/145/19
Expediente
Asunto: **ACEPTACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

"2019, AÑO DEL CAUDILLO DEL SUR, EMILIANO ZAPATA"

Morelia, Michoacán, 8 de agosto del 2019.


C. DR. ALDO GUADALUPE BUCIO AGUILAR
RESIDENTE DE 4TO. AÑO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
INVESTIGADOR PRINCIPAL
P R E S E N T E.

Por este conducto le informamos, que el Comité de Ética en Investigación con número de registro Conbioética-16-CEI-004-20161212 de fecha de expedición 12 de diciembre del 2016 el Comité de Investigación con número de Registro 17-CI-16053153 con fecha de expedición 11 de noviembre del 2017 del Hospital General "Dr. Miguel Silva" una vez revisadas las observaciones que se le hicieran en la sesión ordinaria del 13 de junio del presente a su protocolo de investigación número 473/01/19 titulado: "CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CULTURALES Y ANTICONCEPCIONALES DE LA MUJER EMBARAZADA ADOLESCENTE QUE ACUDE AL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA". Ha sido **ACEPTADO.**

No omito mencionar que deberá presentar a estos comités los resultados del informe final de su proyecto de investigación de acuerdo a la norma oficial mexicana que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Sin más por el momento, le envié un cordial saludo.

ATENTAMENTE


DRA. MARIA TERESA SILVIA TINOCO ZAMUDIO
PRESIDENTA DEL COMITE DE ETICA EN INVESTIGACION
DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"


DR. JOSÉ FRANCISCO LÓPEZ BELTRÁN
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE
INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL
GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"

C.c.p. Dr. Carlos Arturo Aréan Martínez. - Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación.
C.c.p. Dra. Conne Lizbeth González García, Jefa de la Unidad de Investigación "Dr. Mario Alvozouri Muñoz".
C.c.p. Minutario:

MTSTZ*JFLB*sev

Michoacán #EstáenTi

"El contenido del presente documento es responsabilidad directa del titular del área Administrativa

DEDICATORIA

Con Gran Amor A Mi Abuela Albertina González Santoyo...

AGRADECIMIENTOS

A mi abuela, padres y hermanos por el apoyo que siempre han mostrado en mi formación académica y de vida...

A toda mi familia por ser el pilar importante en este gran logro...

A mis amigos por brindarme sus consejos que han sido determinantes en la conclusión de este proyecto de vida...

A mis profesores y médicos adscritos en especial a la M.S.P. Conne Lizbeth González García por estar siempre conmigo en el trabajo, pero sobre todo por su conocimiento brindado y amistad...

I. RESUMEN

Características sociodemográficas, culturales y anticoncepcionales de la mujer embarazada adolescente que acude al Hospital General “Dr. Miguel Silva”

Introducción: El embarazo en la adolescente es un problema de salud pública que va en aumento a pesar de los múltiples programas encaminados a evitarlo o reducirlo, las adolescentes que en su mayoría inician relaciones sexuales sin asesoramiento de cómo evitar un embarazo no deseado, al quedar embarazadas sin haberlo planeado, se ven desamparadas y a veces hasta son abandonadas por sus familiares, lo que las lleva a no realizar un buen control prenatal y por lo tanto aumentar las complicaciones en el embarazo, así es que cuando llega el momento del nacimiento siguen sin información sobre la manera de realizar una planificación familiar y terminan rechazando todo método anticonceptivo que se les ofrece.

Objetivo: Determinar las características sociodemográficas, culturales y anticoncepcionales de la mujer embarazada adolescente que acude al Hospital General “Dr. Miguel Silva”.

Material y Métodos: Estudio Descriptivo, observacional, prospectivo y transversal. Realizado en Pacientes embarazadas adolescentes del Hospital General “Dr. Miguel Silva” durante el periodo de julio a octubre de 2019.

Análisis estadístico: Los datos obtenidos se trabajarán en hoja de datos Excel 2007, para su posterior análisis en SPSS 22, las variables categóricas nominales se analizaron a través de tablas de frecuencia y porcentajes, las numéricas con media, mediana y desviación estándar.

Resultados: Las pacientes presentaron una media de edad de 17 años, con una menarca de 12, vida sexual activa a partir de los 15 años, con un promedio de 1.2 gestas, 97.5% ha recibido atención prenatal en su embarazo actual. Suelen ser amas de casa, en zona urbana y su escolaridad promedio fue de secundaria. Su núcleo familiar por lo general consiste en la familia de su cónyuge. El 82% son católicas y 8.2% refiere que su religión les impide usar métodos anticonceptivos. El 58.2% fueron embarazos no planeados. 4.1% pacientes han sufrido violencia de pareja, y a 5.7% se les ha impedido el uso de métodos anticonceptivos. El 91.8% de los pacientes conoce los métodos anticonceptivos, donde su principal fuente de información es la madre (23.8%). 60.7% ha utilizado algún método anticonceptivo y de estas el 49.3% lo han suspendido, en su mayoría por olvido. El anticonceptivo más utilizado es el preservativo (42.6%). La pastilla de emergencia es utilizada por el 22.9% de pacientes encuestadas de forma ocasional. La aceptación de un método al finalizar su embarazo fue de 93.4%, siendo el más solicitado el implante subdérmico.

Conclusión: A pesar de que existe conocimiento de la existencia de los métodos anticonceptivos, el nivel de conocimientos es deficiente. No existe una apertura completa sobre información del uso correcto de los métodos anticonceptivos por motivos familiares, religiosos y sociales, lo cual puede poner en riesgo la salud y desarrollo académico de las adolescentes.

Palabras: embarazo adolescente, conocimiento, métodos anticonceptivos

ÍNDICE

RESUMEN DEL PROYECTO.....	5
MARCO TEÓRICO.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	18
JUSTIFICACIÓN.....	18
HIPÓTESIS.....	19
OBJETIVOS.....	19
MATERIAL Y MÉTODOS.....	19
DISEÑO DE ESTUDIO.....	19
POBLACIÓN.....	19
MUESTRA.....	19
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	20
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	20
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	20
DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	21
MATERIAL Y MÉTODOS.....	26
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	26
ASPECTOS ÉTICOS.....	26
RESULTADOS.....	27
DISCUSIÓN.....	34
CONCLUSIONES.....	35
RECOMENDACIONES.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
ANEXOS.....	36

MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como el período de vida que se da entre los 10 y 19 años, la cual se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad) así como por la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres) acompañados por recambios psicosociales, ahora bien, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) la ubica entre los 15 y 24 años (1)

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

1. Adolescencia temprana (10 a 13 años): biológicamente, es el período peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. (1)

2. Adolescencia media (14 a 16 años): es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3. Adolescencia tardía (17 a 19 años): casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. (1).

Según la estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescente publicada en la página Oficial del Gobierno de México se dice que el embarazo en adolescentes es un fenómeno que ha cobrado importancia en los últimos años debido a que México ocupa

el primer lugar en el tema, entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años de edad. Asimismo, en México, 23% de las y los adolescentes inician su vida sexual entre los 12 y los 19 años. De estos, 15% de los hombres y 33% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Es así que de acuerdo con estos datos, aproximadamente ocurren al año 340 mil nacimientos en mujeres menores de 19 años. (2)

Villalobos y colaboradores, señalan que en mujeres de 19 y 25 años las actitudes positivas hacia el uso del condón y la negociación para su empleo son los mejores predictores de la utilización de ese anticonceptivo. De igual manera se encontró una asociación entre la baja autoeficacia respecto al uso y la negociación del condón y tener necesidades insatisfechas en el tema de la anticoncepción. En esta misma investigación se mostró una asociación entre el consumo de alcohol o drogas durante la relación sexual y presentar necesidades insatisfechas, es decir no querer embarazarse y no estar utilizando algún método anticonceptivo. Otras publicaciones se ha mostrado que la ingesta de bebidas alcohólicas y el uso de drogas están asociados a prácticas de sexo inseguro. Este tema es importante en términos de política pública centrada en temas de salud de la población adolescente. Encuestas específicas realizadas entre población estudiantil y en el ámbito de las adicciones han señalado que cerca de la cuarta parte de los estudiantes de bachillerato han consumido drogas en el último mes (28.4% en el caso de los hombres y 21.9% en el de las mujeres) y que más de la mitad de los estudiantes de bachillerato declararon haber consumido bebidas alcohólicas en el último año (56.5% para los hombres y 52.1% para las mujeres) (3,4).

DESCRIPCIÓN DEL ADOLESCENTE EN EL MUNDO

En el ámbito mundial, adolescentes y jóvenes (10 a 24 años de edad) representan la cuarta parte de la población; alrededor de 1 700 millones de personas se encuentran en este grupo de edad, de los cuales 85% viven en los países en desarrollo. En México la población de este grupo de edad se ha incrementado considerablemente a partir de la segunda mitad del siglo XX en números absolutos. En 1950, la población total de México era cerca de 25.7 millones de personas y la población adolescente y joven era de casi ocho millones, la cual representaba alrededor de 31% de la población total (22% la población adolescente y 9% la población joven). (5)

De acuerdo con el censo 2000, en México 21.3% de la población es adolescente. Viven 29.7 millones de adolescentes y jóvenes (20.7 millones de adolescentes entre 10 y 19 años de edad; 9 millones de jóvenes de 20 a 24 años de edad). (1)

En cuanto a la proporción de adolescentes en el resto de la población hay poca variación de 1950 a la fecha; para este año los adolescentes representaban 22.23% de la población total; en 1980 fue de 25%, y para el año 2000, 21.26. Sin embargo, el incremento en números absolutos ha sido de casi 250%. Esto significa que, si en 1950 había alrededor de

ocho millones de adolescentes y jóvenes, para el año 2000 tenemos cerca de 30 millones (70% adolescentes y 30% jóvenes) (5).

Debido a este incremento de la población joven, la ONU proclamó al año 1985 Año Internacional de la Juventud. A partir de entonces, los Estados empezaron a impulsar con más fuerza investigaciones sobre las diversas problemáticas que atañen a adolescentes y jóvenes, como: el acceso a la educación por parte de todo adolescente sin importar su condición económica y su condición de género, la fuerza de trabajo en potencia y los problemas futuros como la mala calidad del empleo y el desempleo, las adicciones y sus consecuencias para la salud futura, los mitos y tabúes sobre su salud sexual y reproductiva y sus consecuencias en la morbilidad y mortalidad de éstos, y el enorme problema de la violencia, entre otros(5).

Para el año 2050, la población general habrá aumentado 50%, es decir, el número de personas será de alrededor de 9 300 millones. Para este tiempo 85% de la población se concentrará en los países más pobres, quienes presentan ya amplia problemática para la dotación de servicios y empleos. El ritmo mundial de crecimiento de la población es de 1.3% (77 millones de nacimientos al año). Sin embargo, las tasas de crecimiento no son las mismas para todos los países. De mantenerse las tasas de crecimiento actuales, tendremos entonces una distribución del crecimiento con una variación muy alta. Por ejemplo, hay países de Europa Oriental, como Croacia y Bulgaria, que tienen tasas de crecimiento negativas (-0.8 y -0.7 respectivamente). Los países de la Unión Europea apenas habrán aumentado su población, pues tienen en promedio una tasa de crecimiento de 0.4. Sin embargo, muchos países asiáticos y latinoamericanos que tienen tasas de crecimiento que van de 1.2 a 1.8, como Argentina, México, Brasil, Chile, Irán, Indonesia, Perú, Singapur, duplicarán su población para el año 2050. Y otros tantos como Colombia, Rwanda, Sudáfrica, Venezuela, Bolivia, Nepal, Nigeria, triplicarán su población (con tasas de crecimiento de 2 a 2.8). Los países con tasa superiores a 3.0 quintuplicarán su población en este mismo periodo (5).

Este comportamiento se debe a que el conjunto de la población ha crecido de manera homogénea. La variación más importante ha sido en el porcentaje que representan los niños y los adultos en el total de la población. Algunas explicaciones de esto se encuentran en el descenso de la fecundidad y en el número de hijos por mujer. Las poblaciones adolescente e infantil tienen una tendencia a la disminución; en los próximos años, representarán cada vez menor proporción entre la población total, pero la cifra absoluta seguirá siendo considerable (5).

La población de adolescentes se concentra en medianas y grandes urbes, encontrando que 57% de ellos se encuentra en ocho entidades de la República Mexicana con áreas urbanas más densas (Bono poblacional). En otro enfoque, 49.9% de jóvenes se encuentran en siete de las 32 entidades federativas del país. (5) La juventud en México es predominantemente urbana (localidades >2500 habitantes) en donde se ubica 60.8% del total, proporción más alta que la población total (5).

Los adolescentes incrementan en número absoluto continuamente, sin embargo, su proporción con respecto al total de la población tiende a la baja, debido a la disminución de la tasa de fecundidad, así como al efecto del crecimiento económico y de los programas de planificación familiar y de la migración continua de la población desde poblaciones menores de 15 000 habitantes hacia zonas urbanas en la búsqueda de mejores oportunidades sociales y económicas (5).

El reto social que implica este panorama demográfico es el de garantizar la satisfacción de las necesidades básicas de esta población, y crear las condiciones suficientes para el desarrollo de sus capacidades y planes de vida para el futuro (5).

Servicios de Salud de los Adolescentes en México:

Entre la población general la derechohabiencia es de 40% para todo el país, aunque es de señalar que para los niños de menos de 10 años de edad disminuye a 37.3% y para adolescentes de 10 a 19 años de edad es tan sólo de 35.6%. Entre hombres y mujeres no existe diferencia para esta observación. De adolescentes el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) asegura solamente a 28.4% y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a 5.6%, porcentajes inferiores a aquellos de la población general. (5)

No existe ninguna estadística confiable que nos permita conocer la intensidad de uso de los servicios de salud en sus diferentes modalidades por parte de adolescentes; solamente el Sistema de Información en Salud para Población Abierta 2000 nos permite apreciar que 7% de toda la consulta externa de primer nivel de atención nacional es demandada por población de entre 10 y 19 años de edad (5).

SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1975) define la salud sexual como la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor (5)

En cuanto a la salud sexual y reproductiva, la edad promedio de la iniciación de la vida sexual activa es de 15.4 años; para el área rural 13.8 y para el área urbana 16.7 Existe una correlación directa entre el promedio de escolaridad y el inicio de la vida sexual activa. Como resultado de estas prácticas, ocurren más de 25 000 embarazos anuales en madres menores de 19 años de edad, que terminan en aborto y constituyen cerca de 10% del total de los embarazos (5)

El uso de método anticonceptivos, en general, se ha incrementado hasta en 22% o más, sin embargo, entre jóvenes y adolescentes estas cifras son menores y con prevalencia del uso del preservativo. La diferencia entre área rural y urbana en ocasiones es hasta de 20 puntos porcentuales, sobre todo en estados como Oaxaca y Guerrero; la demanda insatisfecha en el área urbana es hasta de 8% y en el área rural hasta de 22.2%(5)

Existe una correlación estrecha entre la tasa de fecundidad y la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos (Guerrero 3.2 de tasa de fertilidad versus 52% uso de anticonceptivos; Baja California, 2.1 de fertilidad versus 77% de uso de anticonceptivos) (5).

Entre la población adolescente se estima que durante el año 2000 ocurrieron en el país cerca de 366 000 nacimientos en madres de menos de 19 años de edad, lo que representa 17% del total de nacimientos y una tasa específica de fecundidad de 70.1 x mil mujeres de ese grupo de edad. A pesar de que durante los últimos seis años el número de nacimientos se redujo en poco más de 10%, la prevención del embarazo no planeado en las adolescentes continúa siendo un desafío prioritario en salud reproductiva (5).

Adicionalmente, la demanda insatisfecha entre las mujeres unidas de 15 a 19 años de edad es la más alta de todos los grupos etarios y representa más del doble del valor estimado para el resto de las mujeres (5).

Fecundidad

La fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años de edad ha descendido en México desde la década de los setenta. La proporción de mujeres de 15 a 19 años de edad que procrea al menos un hijo (a) disminuyó de poco más de una de cada siete, en 1975, a una de cada doce en 1990, y a una de cada catorce en 1999. En 1975, las adolescentes registraban una tasa de fecundidad de 130 nacimientos por mil mujeres, valor que disminuyó a 81 en 1995, y a 72 por mil en 1999. Sin embargo, la velocidad de descenso de la fecundidad de este grupo no ha sido tan rápida como en los otros segmentos de edad. Por ello, su contribución a la tasa global de fecundidad ha venido creciendo, al pasar de 11.1% en 1975 a 14.5 en 1999(5).

El embarazo en las adolescentes es aún preocupante, no sólo por los riesgos que tiene una fecundidad precoz para la salud de la madre y de su descendencia, sino también porque las pautas de procreación en la adolescente pueden limitar las oportunidades de su desarrollo personal (5).

DERECHOS SEXUALES DE LOS ADOLESCENTES

La salud sexual y reproductiva es un aspecto importante del crecimiento de los adolescentes, y esta salvaguardado por los derechos reproductivos y sexuales, promoviendo equidad y dignidad. Estos fueron definidos bajo los "derechos de enfoque" en la Conferencia sobre Población y Desarrollo en 1994 y fueron reconocidos de una manera similar a derechos humanos en el artículo 96 de la Plataforma de Acción de Beijing en 1995(6).

Los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes a menudo son confundidos con la Salud sexual, sin embargo, son diferentes. La salud sexual y reproductiva se refiere al bienestar físico, mental y social; es decir a un bienestar completo en los aspectos relacionados con el crecimiento sexual y reproductivo, mientras que los Derechos Sexuales y Reproductivos de la Salud cubren un rango de derechos de autonomía y de acceso a información y servicios de la Salud Sexual y Reproductiva (6).

En 1994, la Carta de Planeamiento Internacional Federal de Paternidad describe los derechos clave de los adolescentes, incluyendo los derechos a los cuidados de la salud, información y educación, vida, libertad, privacidad, libertad de pensamiento, equidad, elección en matrimonio y número de hijos, libertad de tortura y acceso a los beneficios de la investigación científica (6).

Desde esta carta, la comunidad internacional ha hecho zancadas grandes en promover los Derechos Sexuales y Reproductivos de los Adolescentes; sin embargo, millones de adolescentes están en desventaja ya que carecen de autonomía para acceder a información sobre los derechos en salud reproductiva y a tener acceso a los servicios de salud, además del tabú que existe en estos temas.

Durante la adolescencia, los individuos no son informados acerca de sus necesidades de Salud Sexual y reproductiva. Además, el estatus de tabú de los Derechos Sexuales y Reproductivos y la falta de un ambiente propicio, particularmente para adquirir conocimientos prácticos y servicios para protegerse ellos mismos de resultados negativos, convierten al adolescente más vulnerable que los adultos a infecciones, explotación y abuso. Además, hay varios errores en el entendimiento de los derechos de los adolescentes, ya que se piensa que entre más jóvenes los conozcan más actividad sexual tendrán, cuando es totalmente lo contrario; entre más los conozcan, serán menos vulnerables a abuso, a infecciones y explotación. Hay que agregar que las leyes y políticas son generalmente restrictivas y el ambiente no es propicio para adquirir conocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos de los Adolescentes (7).

La literatura sugiere que los adolescentes tienen un entendimiento limitado de la Salud Sexual, y en particular de los Derechos Sexuales y Reproductivos de los Adolescentes (7).

VIOLENCIA DE GÉNERO

La Violencia Intima de la Pareja es reconocida como un problema de salud pública importante, un tema de desarrollo y preocupación de los derechos humanos. Globalmente, se estima que acerca de 30% de las mujeres experimentarán violencia física y/o sexual de su pareja íntima durante su vida. Este tipo de violencia tiene sus niveles más elevados al este de Asia, en la región Mediterránea y África sub-Sahariana. El experimentar violencia por parte de la pareja íntima tiene consecuencias físicas, la salud emocional y el bienestar social de la mujer que la padece. Aquella mujer que la experimenta muestra más síntomas de una deficiente salud y más días de incapacidad en el trabajo debido a heridas o lesiones. La violencia de género, también se ha asociada con problemas de salud mental, incluyendo depresión, ansiedad, fobias, desorden de estrés postraumático, suicidio y abuso de alcohol y drogas (8).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la violencia como: "el uso intencional de la fuerza o poder, amenazas contra uno mismo, otra persona, o contra un grupo o comunidad con una alta probabilidad de resultar con lesiones, muerte, daño psicológico, mal desarrollo, o privación". La violencia deriva de una red de diversos factores socioeconómicos, políticos y culturales que tienen una gran interdependencia e influencia en la vida de los individuos y/o grupos social. Puede afectar a todos los seres humanos sin importar género, localización geográfica, estatus socioeconómico o cultural, con gran disparidad en su prevalencia en diferentes poblaciones (9).

La violencia es particularmente un evento hiriente y estresante, requiere de la capacidad de adaptación de la víctima, que lo puede llevar a cambios psicológicos y biológicos que, afectarán la salud. Violencia y estrés tienen una relación intrínseca, donde ambos se retroalimentan, así el estrés crónico lleva a más actos violentos y nuevas victimizaciones, que a su vez llevarán a estrés adicional y problemas de salud (10).

Desde 1980, los estudios comenzaron a desarrollar investigación en análisis psicológicos y bioquímicos del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, la hormona cortisol y su función biológica en el cuerpo, así como la respuesta del cortisol sobre el ritmo circadiano. Este eje se dispara por una serie de eventos físicos o psicológicos. A finales de los 90's, los estudios se desarrollaron en varios países donde se relacionaba en estrés con el cortisol y se empezó a investigar realmente con diferentes métodos el cortisol libre en el cuerpo y la exposición a la violencia había sido un punto clave en este escenario (10).

CONOCIMIENTO Y USO DE ANTICONCEPTIVOS

La anticoncepción es parte de la historia del hombre, y se refiere más específicamente a la prevención temporal del embarazo. El uso de cualquier método anticonceptivo, constituye un producto consciente de toma de decisiones de entre los distintos subprocesos experimentados por los individuos en su vida y más específicamente en una relación sexual. La forma en que el individuo experimenta este proceso es fuertemente influenciada por su conocimiento sobre el embarazo, y el riesgo de quedar embarazada, así como por el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. Si el uso de anticonceptivos es complejo para el adulto, lo es más para el adolescente (11).

La atención al grupo de adolescentes se convierte cada vez más común y una necesidad reconocida debido al creciente número de embarazos adolescentes, accidentes, violencia, consumo de tabaco, alcohol, drogas, inhalantes, además de problemas de salud mental (11).

Según Alzira María d' Ávila Nery Guimarães y col, las mujeres sexualmente activas reportadas en un estudio en Brasil nunca habían usado un método anticonceptivo, y este número aumenta hasta el 79% en zonas rurales. Estas cifras no son diferentes en el resto de Latinoamérica (11).

Las adolescentes se embarazan en su gran mayoría de manera no planificada, falta de información, difícil acceso a servicios de salud y falta de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, además de la búsqueda afectiva, un objeto de amor o solo experimentación sexual (11).

Los educadores, profesionales de la salud y padres, deben ser participantes activos en la educación de adolescentes, ya que a menudo no tienen conciencia o sensibilidad con respecto a este tema. El problema de este grupo poblacional: debido a la falta de información o simplemente vergüenza en discutir temas relacionados con la sexualidad, salvando la adolescente para disfrutar del derecho a elegir, en base a información contextualizada de acuerdo a sus características de la vida (11).

En México la planificación familiar (PF) y la anticoncepción (AC) constituyen una base fundamental de la salud reproductiva (SR) dados sus potenciales beneficios sociales y de salud. Dichos beneficios incluyen desde la reducción de la pobreza y la mortalidad materna e infantil, hasta una mejora en la calidad de vida, lo que se traduce en mayores oportunidades de educación y empleo, y la inserción más igualitaria de las mujeres a la sociedad. Asimismo, la PF contribuye de manera importante al logro de varias Metas del Milenio. (12,13,14,15).

México tiene una trayectoria de más de 35 años en la promoción de PF, la cual fue impulsada 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). (12) 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. (12,13)

Si bien desde antes de estos acontecimientos algunas instituciones públicas habían establecido programas de forma aislada, fue a partir del Plan Nacional de Planificación Familiar 1977-1979 que hubo un esfuerzo coordinado de todo el sector salud para promover PF y AC. (13) Esto trajo consigo una rápida disminución de la tasa global de fecundidad de 7.26 hijos por mujer en 1967 a 3.43 en 1990, y a 2.01 en 2012. El descenso

que la tasa global de fecundidad ha tenido a lo largo del tiempo se debe básicamente a la promoción e incremento gradual del uso de anticonceptivos entre las mujeres y sus parejas. No obstante, en los últimos 12 años esta tendencia ha tenido una desaceleración. La cobertura anticonceptiva de las mujeres unidas o casadas aumentó de 15.0% en 1973 a 74.5% en 2003 para posteriormente disminuir a 70.9% en 2006; la última estimación disponible sitúa esta cobertura en 72.5% en 2009. Sin dejar de reconocer que el programa de PF ha logrado avances significativos, 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 muy alta y en zonas rurales e indígenas. (13)

En contraste, se observa un mayor uso de anticonceptivos entre la población unida o casada y de mayor escolaridad. (12)

De acuerdo con la NOM- 005- SSA2-1993, la anticoncepción de emergencia se puede usar como respaldo y en caso de emergencia, dentro de los primeros días posteriores a una relación sexual no protegida, con el propósito de prevenir un embarazo no deseado o no planeado. Para mejorar su eficacia, este método debe utilizarse preferentemente durante las primeras 72 horas después del coito no protegido o cuando se sospeche la falla de un método local, de barrera u otro.

Aunque la eficacia disminuye puede ser útil hasta 120 horas después del evento (14,15). En el hospital general "Dr. Miguel Silva" las pacientes adolescentes que acuden a la consulta de embarazo de alto riesgo y a urgencias obstétricas refieren que usaban como método de planificación familiar el uso de coito interrumpido, condón y pastilla de emergencia refiriéndose a ella como "la pastilla del día siguiente". Situación que aún no ha sido documentada pero que alarma al personal de salud.

Persisten todavía, por lo tanto, brechas entre las metas propuestas por la Norma Oficial Mexicana 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar, programas de acción específicos y procedimientos y reglas de operación escritas y las realidades (14, 15)

EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo en la adolescente se asocia con mayor riesgo y pobres resultados perinatales, incluidos bajo peso al nacer y prematuridad. Esta asociación refleja un ambiente socio-demográfico desfavorable para la mayoría de las adolescentes o inmadurez biológica. (16)

El 80% de las adolescentes embarazadas pertenece a un medio socioeconómico desfavorecido, a una familia desintegrada, numerosa, monoparental, afectada por el desempleo. Las madres de 76% de estas adolescentes también fueron madres adolescentes. Aunque el embarazo en las adolescentes tiende a disminuir con el tiempo,

sigue siendo una preocupación desde el punto de vista médico y psicosocial. La reproducción del mismo esquema de una generación a otra plantea el problema de la prevención, muy lejos de ser perfecta. Se trata de un verdadero problema de salud pública que no será fácil de resolver. En las adolescentes, el embarazo es una situación sumamente particular que plantea múltiples problemas de índole médica, como el aumento del índice de abortos, descubrimiento tardío del embarazo con seguimiento deficiente o nulo, parto pretérmino y mortalidad perinatal elevada, así como problemas de índole social: rechazo de la familia, interrupción de la escolaridad, consumo de drogas y abandono del recién nacido. (17)

Se ha reportado que más de 8.1% de las adolescentes de 12-15 años tuvieron dos o menos visitas a control prenatal, menos que el porcentaje de las embarazadas de 16-19 años y de las adultas. Además, en este grupo de adolescentes son más bajos el promedio de la edad gestacional, el peso al nacer y el Apgar y mayor frecuencia de cesárea. (18)

Otterblad y su grupo reportan que las adolescentes menores de 17 años de edad tienen mayor riesgo de parto pretérmino, muerte fetal tardía y mortalidad perinatal, pero este riesgo se reduce al controlar los efectos de las características socioeconómicas. (17) Básicamente, este efecto se debe a la pobreza económica, al bajo nivel de escolaridad, a la falta de recursos de atención de salud y al rechazo que la sociedad le brinda a esta población.

Guadalupe Panduro y colaboradores refieren que 43% de las pacientes puérperas adolescentes de su estudio eran solteras y 47% vivían en unión libre, lo que condiciona familias inestables o desintegradas hasta en 90% de los casos, dato que supera 75% de madres solteras o divorciadas de otros reportes. La educación básica era de 60%; llama la atención que 50% de las adolescentes ya había abandonado la escuela antes del embarazo. (19)

Furzan y sus coautores encontraron que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública mundial, asociado con mayores riesgos para la salud de la madre y con un peor pronóstico para el niño, a corto y a largo plazo. Las adolescentes tienen un riesgo mayor de tener niños afectados por prematuridad, bajo peso, desnutrición fetal y retardo en el desarrollo cognoscitivo; además, es mayor la mortalidad infantil. A pesar de ello, se desconoce si el riesgo se debe, primariamente, a la inmadurez biológica de la adolescente o a las condiciones sociales precarias. (20)

Aunque el embarazo en las adolescentes tiende a disminuir en algunos países, sigue siendo una preocupación desde el punto de vista médico y psicosocial, por lo que es importante evaluar el deseo de embarazo entre mujeres adolescentes sexualmente activas, debiendo orientarlas a nuevas relaciones sentimentales y ayudarles a mejorar sus capacidades (con estudio y trabajo) para reducir el deseo reproductivo. (21)

Zamudio y colaboradores (2018) realizaron un estudio con 72 adolescentes embarazadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Morelia, Michoacán, en el cual 98.6% se encontraba en adolescencia tardía; 41.67% estaba casada y 34.73% vivía en unión libre. En cuanto al nivel socioeconómico, 72.22% fue clasificado como obrero, seguido de 19.44% en estrato bajo. La escolaridad de las pacientes se reportó en bachillerato o carrera técnica en 48.6% de los casos y en educación secundaria en 45.8%; 20.8% de las pacientes tenía empleo, mientras que 45.8% se dedicaba al hogar. En relación con patologías asociadas al embarazo se encontró infección de vías urinarias asociadas a cervicovaginitis en 44.4%, seguida por infección en vías urinarias sin cervicovaginitis en 25%, cervicovaginitis sin infección en vías urinarias en 11.1% y enfermedad hipertensiva del embarazo en 2.8%. De acuerdo con la tipología familiar, 73.61% de las pacientes pertenecía a una familia de origen nuclear, 52.78% reportó antecedente de embarazo adolescente en familiares de primera línea, mientras que 54.2% de las pacientes refirió no haber recibido información sobre métodos anticonceptivos en el entorno familiar. En relación con la funcionalidad familiar de las pacientes, 37.50% de las familias fue clasificado como funcional, 45.83% con moderada disfuncionalidad, 15.28% como familia disfuncional y 1.39% como severamente disfuncional. En cuanto a violencia de pareja, 83.33% se clasificó en una relación abusiva, 8.33% con primer nivel de abuso, 6.94% con abuso severo y 1.39% con abuso peligroso (22)

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

La actividad sexual en adolescentes inicia cada vez a edad más temprana, con consecuencias indeseables, así como con un mayor número de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no planificados, que en gran cantidad de casos conduce a abortos (24).

Desde el punto de vista biológico, entre las consecuencias del embarazo adolescente, se encuentran los desórdenes hipertensivos del embarazo, anemia, diabetes gestacional, complicaciones del parto, que llevan a un aumento en la muerte tanto materna como fetal. Es importante señalar que algunos estudios demuestran una tendencia en aumento a eventos intercurrentes en la fase prenatal, en el parto y después del parto, en aquellas pacientes con embarazo adolescente.

Un problema relacionado con el recién nacido, es que la gestación en adolescentes está asociada con un elevado riesgo de Bajo Peso al Nacer, parto pretérmino, enfermedades respiratorias y trauma al nacimiento; además una mayor frecuencia de complicaciones neonatales y mortalidad infantil. (23, 24)

El embarazo adolescente está asociado con problemas maternos y neonatales, como un bajo peso al nacer, óbito, parto pretérmino, anemia materna, depresión post parto, eclampsia, muerte materna y muerte pos neonatal. Se ha sugerido que, debido a la inmadurez de su pelvis, el embarazo adolescente está asociado con un riesgo incrementado de una labor de parto prolongada y a cesárea por una falla en la etapa de

descenso. Sin embargo, muchos estudios han marcado que las madres adolescentes dan a luz vía vaginal. El indicador principal para que sea un parto por cesárea en un embarazo adolescente no ha sido bien estudiado. Además, no hay datos suficientes para conocer la duración de la labor de parto en un embarazo adolescente. (25,26)

Desde hace mucho tiempo se ha creído que edades extremas de la madre, paridades altas e intervalos internacimiento cortos son causa de una mayor probabilidad de muerte en el periodo perinatal y en la niñez. Respecto al exceso de muertes infantiles relacionado con edades jóvenes de las madres, se ha dicho que esta asociación puede ser incorrecta por dos razones: a) porque las adolescentes muy jóvenes tienden a tener productos con bajo peso al nacer y se ha demostrado que productos prematuros y con bajo peso al nacer presentan un exceso de mortalidad perinatal lo que se relaciona con la inmadurez del sistema reproductivo de estas mujeres y b) porque entre las jóvenes multíparas, están sobrerrepresentados los nacimientos con intervalos cortos, por lo que el efecto sobre la mortalidad puede ser debido al intervalo más que a la edad en sí. (27)

En el Hospital General "Dr. Miguel Silva" según datos obtenidos por el Departamento de Estadística en el año 2017 se atendieron 4263 mujeres embarazadas, de las cuales 33 fueron menores de 15 años y 1066 de edad de 15 a 19 años, lo que nos indica que el 25% son adolescentes; porcentaje que se encuentran por encima de la media nacional; se ha observado en lo general que las pacientes que acuden a este hospital cuentan con las siguientes características: de bajos recursos económicos, en su mayoría en unión libre o sin pareja, de baja escolaridad o analfabetas con hábitos higiénico dietéticos deficientes con periodos intergenesicos cortos. Se cree que el embarazo en adolescente frecuentemente es no planeado, o debido al deficiente conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos o puede ser producto de violencia por parte de su pareja o cultural de género. Todo lo anterior compromete negativamente la Salud Materna y Perinatal en este hospital.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital General "Dr. Miguel Silva" de Morelia Michoacán México se ven a diario alrededor de 20 a 50 pacientes adolescentes en los servicios de urgencias obstétricas de dicho Hospital situación que alarma y es el motivo de dicha investigación.

Como sabemos la mayoría de las mujeres adolescentes que acuden a este hospital sin apoyo familiar, nuestra población en general se encuentra desprovista de información sobre una buena planificación familiar, o por tabúes de la sociedad se niegan a utilizar algún método anticonceptivo.

Las adolescentes que en su mayoría inician sus relaciones sin asesoramiento de cómo evitar un embarazo no deseado, al quedar embarazadas sin haberlo planeado, se ven desamparadas y a veces hasta son abandonadas por sus familiares, lo que las lleva a no realizar un buen control prenatal y por lo tanto aumentar las complicaciones en el

embarazo, así es que cuando llega el momento del nacimiento siguen sin información sobre la manera de realizar una planificación familiar y terminan rechazando todo método anticonceptivo que se les ofrece.

Por lo cual nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las características sociodemográficas, culturales y anticoncepcionales de la mujer embarazada adolescente que acude al Hospital General “Dr. Miguel Silva”?

Justificación

El Hospital General “Dr. Miguel Silva” de Morelia ha sido un centro de referencia para la atención de pacientes críticos en nuestro Estado. El número de mujeres que ingresaron para resolución obstétrica diariamente fue de cinco hasta 20 pacientes, de las cuales la mitad de ellas son adolescentes; de igual manera, en la consulta de embarazo de alto riesgo (más del 50% son adolescentes), se atendieron ocho adolescentes al día que oscilaron entre los 14 a los 19 años.

Trascendencia: el no conocer las características sociodemográficas, culturales y anticoncepcionales de las mujeres embarazadas adolescentes ha repercutido en que dichas mujeres presenten frecuentemente más complicaciones tanto en la salud de la madre como del producto, siendo: partos prematuros, abortos, enfermedades metabólicas propias del embarazo que pueden concluir en una muerte materna y perinatal que impacta ya que genera altos costos para el servicio de Ginecología y Obstetricia, Neonatología, Terapia Intensiva así como al hospital en general y también a la familia y a la comunidad ya que son una carga económica importante para ellos.

Vulnerabilidad: Los resultados de esta investigación podrán dar elementos importantes al clínico y a los tomadores de decisiones para desarrollar estrategias que permitan que logren un impacto en la adolescente embarazada; para concientizarla de la importancia de la aceptación de un método anticonceptivo post evento obstétrico y reforzar características positivas para disminuir los embarazos en esta etapa.

Factibilidad: Esta investigación se pudo realizar ya que se tuvo acceso a la paciente y se contó con los recursos humanos y económicos sin que estos generaran un gasto para la paciente o la institución. Se trató de un estudio de riesgo mínimo ya que sólo se entrevistó a la mujer embarazada con un cuestionario y el investigador se comprometió a guardar anonimato y confidencialidad de los datos.

La hoja de recolección fue facilitada por el investigador principal y su asesor metodológico y sirvió como un instrumento que no implicó un riesgo mayor, formando parte del complemento de la historia clínica de la paciente adolescente embarazada.

Esto permitió cumplir con los criterios de factibilidad, trascendencia y bajo riesgo de este estudio, teniendo como ventaja el conocimiento de la asociación de estos marcadores; factores de riesgo sociodemográficos y anticoncepcionales, que dan como consecuencia un embarazo adolescente.

Objetivo general

Determinar las características sociodemográficas, culturales y anticoncepcionales de la mujer embarazada adolescente que acude al Hospital General “Dr. Miguel Silva”

Objetivos específicos

- Determinar las características clínicas y sociodemográficas de las mujeres embarazadas adolescentes en el servicio de ginecología y obstetricia.
- Conocer factores culturales y de violencia de género en la mujer embarazadas.
- Identificar el conocimiento, aceptación y uso de métodos anticonceptivos.

Hipótesis de trabajo.

No aplica.

Material y Métodos

Diseño de estudio

Tipo y clasificación del estudio:

Descriptivo, observacional, prospectivo y transversal.

Universo o población

Pacientes embarazadas adolescentes del Hospital General “Dr. Miguel Silva” durante el periodo de julio a octubre de 2019.

Muestra

Se realizó cálculo del tamaño de muestra utilizando la fórmula de estimación de proporción en población finita. Siendo el:

Población: 4066 pacientes por atención obstétrica

Nivel de Confianza: 95% ($Z_{\alpha/2}=1.96$)

Precisión (d): 0.08

Valor aproximado del parámetro: 0.23 embarazos adolescentes

Ajuste de pérdida: 0.15

Resultando en: 122 pacientes

Definición de las unidades de observación

Paciente adolescente embarazada en el Servicio de Ginecología y Obstetricia menor de 19 años que acudió por cualquier motivo respecto al embarazo en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".

Definición del grupo control

No aplica

Criterios de inclusión

- 1.- Mujer embarazada adolescente que acudió a la consulta de embarazo de alto riesgo y urgencias de ginecología y obstetricia del Hospital General "Dr. Miguel Silva"
- 2.- Mujer embarazada menor de 19 años.
- 3.- Adolescente embarazada que aceptó la aplicación de cuestionario de manera libre y voluntaria, que firme consentimiento informado previo a la realización del mismo.

Criterios de exclusión

Embarazada adolescente con limitación intelectual.

Embarazada adolescente con urgencia obstétrica.

Criterios de eliminación

Paciente embarazada adolescente que haya revocado el consentimiento informado.

Definición de variables y unidades de medida:

Objetivo Especifico	Variable de estudio	Clasificación de variable	Unidades de medida
Describir las características clínicas y sociodemográficas de las mujeres embarazadas adolescentes en el servicio de ginecología y obstetricia.	Edad	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos

Estado Nutricional	Cualitativa Ordinal	Bajo Normal Sobrepeso Obesidad
Menarca	Cualitativa Discreta	Años cumplidos
IVSA	Cualitativa Discreta	Años cumplidos
Número de parejas sexuales	Cuantitativa Discreta	Números enteros
Gestas	Cuantitativa Discreta	Números enteros
Partos	Cuantitativa Discreta	Números enteros
Abortos	Cuantitativa Discreta	Números enteros
Cesáreas	Cuantitativa Discreta	Números enteros
Motivo de esta atención	Cualitativa Politémica	Aborto Parto Pretérmino Enfermedad Hipertensiva del embarazo Otros
Recibió atención prenatal	Cualitativa Dicotómica	Sí No
Número de consultas	Cuantitativa discreta	Números enteros
Etnia	Cualitativa Dicotómica	Sí No
Estado civil	Cualitativa Politémica	Casada Soltera Unión libre

		Sin pareja
Ocupación	Cualitativa Nominal	Ama de casa Estudiante Empleada
Población	Cualitativa Nominal	Urbana Suburbana Rural
Escolaridad	Cualitativa Politómica	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura
Núcleo familiar	Cualitativa Politómica	Padre Madre cónyuge familia del cónyuge sola
Religión	Cualitativa Politómica	Católica Cristiana Testigo de jehová Otros
Conocer factores culturales y de violencia de género en la mujer embarazadas.	Su religión le impide el uso de métodos anticonceptivos	Cualitativa Dicotómica
		Sí No
	En su familia es aceptado el embarazo a etapa temprana	Cualitativa Dicotómica
		Sí No
	Este embarazo es planeado	Cualitativa Dicotómica
		Sí No

Ha sufrido violencia de pareja	Cualitativa Dicotómica	Sí No
Tipo de violencia	Cualitativa Politómica	Física Psicológica Sexual Económica
Alguien le impide usar métodos anticonceptivos	Cualitativa Dicotómica	Sí No
Quién le impide usar métodos anticonceptivos	Cualitativa Politómica	Pareja Madre Suegra Comunidad
Conocimiento	Cualitativa Dicotómica	Sí No
Quién le dio información sobre métodos anticonceptivos	Cualitativa Politómica	Amigo Amiga Medios de comunicación Pareja Madre Padre Otros
Ha usado Métodos Anticonceptivos	Cualitativa Dicotómica	Sí No
Abandonó algún método anticonceptivo	Cualitativa Dicotómica	Sí No

	Por qué abandonó el método anticonceptivo	Cualitativa Politómica	Indicación de la pareja Por miedo Molestias en su salud. Olvido
Identificar el conocimiento, aceptación y uso de métodos anticonceptivos.	Cuáles métodos anticonceptivos ha usado	Cualitativa Politómica	Pastilla de emergencia DIU Mirena DIU de cobre Hormonal oral Hormonal Inyectable Implante sub-dérmico Preservativo Parche OTB
	Conoce la pastilla de emergencia	Cualitativa Dicotómica	Sí No
	Ha usado la pastilla de emergencia	Cualitativa Dicotómica	Sí No
	Con que frecuencia ha usado la pastilla de emergencia	Cualitativa Ordinal	Nunca Rara vez Siempre
	Se embarazó con uso de anticonceptivos	Cualitativa Dicotómica	Sí No
	Con cuál método anticonceptivo se embarazó	Cualitativa Politómica	Pastilla de emergencia DIU Mirena DIU de cobre

		Hormonal oral Hormonal Inyectable Implante sub-dérmico Preservativo Parche OTB
Aceptará un método anticonceptivo después de la resolución de la actual embarazo	Cualitativa Dicotómica	Sí No
Cuál método anticonceptivo posterior al evento obstétrico aceptará	Cualitativa Politómica	Pastilla de emergencia DIU Mirena DIU de cobre Hormonal oral Hormonal Inyectable Implante sub-dérmico Preservativo Parche OTB

Selección de las fuentes, métodos, técnicas y procedimientos de recolección de la información

En el servicio de Ginecología y obstetricia en los tres turnos (matutino, vespertino y nocturno) se realizó un estudio prospectivo enfocado a conocer las características sociodemográficas, culturales y anticoncepcionales en las embarazadas adolescentes por medio de un cuestionario previo consentimiento informado, el cual fue aplicado en toda aquella que cumpla con los criterios de inclusión. Posteriormente dicha información se colocó en una base de datos que se procesó por medio del paquete estadístico SPSS22.

Definición del plan de procesamiento y presentación de la información

En el servicio de Ginecología y obstetricia en los tres turnos (matutino, vespertino y nocturno) se realizó un estudio prospectivo enfocado a conocer las características sociodemográficas, culturales y anticoncepcionales en las embarazadas adolescentes por medio de un cuestionario previo consentimiento informado, el cual fue aplicado en toda que cumpliera con todos los criterios de inclusión. Posteriormente dicha información fue colocada en una base de datos que se procesó por medio del paquete estadístico SPSS22.

Aspectos éticos

Este estudio se realizó de acuerdo con las buenas prácticas clínicas, según fue definido con la Conferencia Internacional sobre Armonización y de acuerdo con los principios Éticos subyacentes en las disposiciones contenidas en el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud. Conforme a dicho reglamento, esta investigación se clasifica como: intervención sin riesgo “Sección de Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos (página 424, capítulo 1, artículo 17)” y se ajustó a los principios científicos y éticos establecidos en la Norma Oficial Mexicana para realizar estudios de investigación en Humanos.

En la presente investigación no se realizó ningún procedimiento que atente contra la integridad física y/o moral de las personas que se involucraron en él. El investigador principal que realizó este estudio fue personal calificado y capacitado con experiencia para llevar a cabo dicha tarea. La identificación de los pacientes se salvaguardó bajo el principio de confidencialidad.

Se respetó cabalmente las encomiendas de la declaración Helsinki de 1964, revisado por última vez en el 2004, los principios contenidos en el Código Núremberg, y el Informe Belmont, y el Código de Reglamentos Federales de estados Unidos.

Comité de Ética en Investigación

La presente investigación fue sometida a consideración del Comité Local de Ética en Investigación e Investigación y el Comité de Investigación del Hospital General “Dr. Miguel Silva” de Morelia, Michoacán. Hospital de Segundo Nivel de Atención de la Secretaría de Salud del estado de Michoacán, que de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y revisores, consideraron el cumplimiento con la calidad metodológica y requerimientos de ética médica y de investigación vigentes; por lo que su dictamen fue aprobatorio.

RESULTADOS

En el periodo comprendido de julio a octubre del 2019 se invitó a las pacientes con embarazo adolescente que acudieron para su atención en el Hospital General "Dr. Miguel Silva", a participar en el estudio y previa firma de consentimiento informado, se realizaron 122 encuestas para el tamaño de muestra calculado.

Las pacientes presentaron una media de edad de 17.07 (DE± 1.62) años con una edad mínima de 13 años y máxima de 19. En base a su estado nutricional evaluado a través de su IMC, se encontraron de la siguiente forma 11 (9.0%) con bajo peso, 79 (64.8%) con peso normal, 19 (15.6%) con sobrepeso y 2 (1.6%) con obesidad.

La menarca de las pacientes se presentó a una media de edad de 12.13 (DE±1.17) años y su inicio de vida sexual activa a los 15.39 (DE±1.59) años. Han sostenido relaciones con una mediana de 1 pareja sexual (Max 4 min1). De acuerdo a sus antecedentes gineco-obstetricos, han presentado mediana de 1 gestas (Max 3 min 1), 0 partos (Max 3 min 0) abortos 0 (Max 2 min0) cesáreas 0 (Max 2 min 0), **cabe mencionar que 94 (77.0%) pacientes aún estaban embarazadas en el momento en el que se les realizó la encuesta.**

En relación al motivo de atención, 5 (4.1%) acudieron por presentar un aborto, 8 (6.6%) debido a parto pretérmino, 6 (4.9%) por presentar enfermedad hipertensiva en el embarazo y 103 (84.5%) acudió por otro motivo a consulta, dentro de los cuales se presentaron el control prenatal, la atención de trabajo de parto, padecer diabetes gestacional, uropatías obstructivas, entre otros.

119 (97.5%) pacientes refirieron haber recibido atención prenatal con una media de 6.36 (DE±3.20) consultas.

Únicamente 2 (1.6%) de las encuestadas pertenecen a una comunidad indígena, figura 1. El grueso de ellas se encuentra en unión libre 99 (81.1%), mientras que 12 (9.8%) son solteras y 11 (9.0%) casadas.

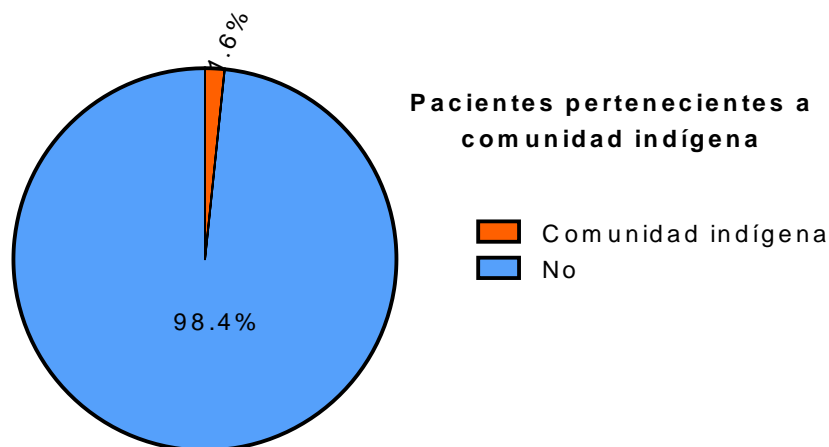


Figura 1. Porcentaje de pacientes pertenecientes a comunidad indígena.

Fuente: Recolección de datos

113 (92.6%) pacientes se dedican a ser ama de casa, 4 (3.3%) estudiantes y 5 (4.1%) empleadas. De acuerdo a su vivienda, la mayoría viven en zona urbana 74 (60.7%), 17 (13.9%) en zona sub-urbana y 26 (21.3%) en zona rural, se desconoce este dato en 5 (4.1%) pacientes. La escolaridad de las pacientes se describe en la figura 2.

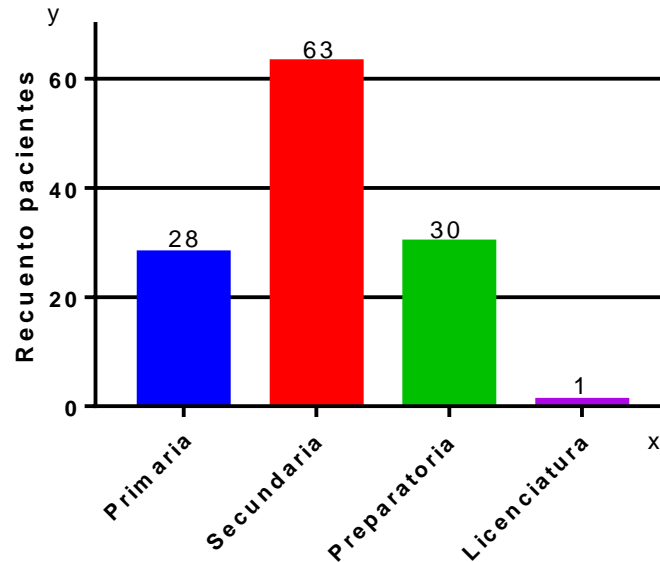


Figura 2. Escolaridad de las pacientes
Fuente: Recolección de datos

Dentro de su núcleo familiar 40 (32.8%) pacientes viven con la familia de su cónyuge, 37 (30.3%) exclusivamente con su cónyuge, 16 (13.1%) exclusivamente con la madre, 12 (9.8%) con ambos padres, 5 (4.1%) con ambos padres y el cónyuge, 5 (4.1%) la madre y el cónyuge, 3 (2.4%) con el padre y el cónyuge, 2 (1.6%) con la abuela, 1 (1.6%) exclusivamente con el padre y 1 (0.8%) paciente se negó a compartir este dato.

En base a su religión, 100 (82.0%) son católicas, 10 (8.2%) cristianas, ninguna testigo de Jehová y 12 (9.8%) pertenecen a otras religiones o a ninguna. 10 (8.2%) pacientes refirieron que su religión les impide el uso de métodos anticonceptivos, 8 de ellas de religión católica y 2 cristiana.

En la aceptación del embarazo temprano por parte de la familia 97 (79.5%) refirieron que, sí era aceptado, mientras que en 24 (19.7%) no lo es, 1 (0.8%) paciente prefirió omitir este dato.

El embarazo actual fue planeado por 50 (41.0%) pacientes, mientras que en 71 (58.2%) de ellas no lo fue, 1 (0.8%) paciente prefirió omitir este dato.

5 (4.1%) pacientes han sufrido violencia con su pareja, figura 3, de las cuales 1 (20%) fue física, 2 (40%) psicológica, y 2 (40%) económica. Asimismo 7 (5.7%) pacientes se les ha impedido el uso de métodos anticonceptivos por parte de su pareja (4 casos), su suegra (1 caso) y su comunidad (1 caso).



Figura 3. Pacientes que han sufrido violencia de pareja

Fuente: Recolección de datos

En relación al conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos, la gran mayoría de pacientes refirió conocerlos (112 adolescentes, 91.8%), figura 4. La fuente principal de conocimiento fue la madre de la adolescente en 29 (23.8%) casos, seguido del personal de salud (personal médico y de enfermería en centros de salud y hospitales) en 25 (20.5%) pacientes, los medios de comunicación en 23 (18.9%) pacientes, la escuela en 21 (17.2%) casos, amigas 7 (5.7%), el padre de la adolescente en 5 (4.1%) casos, amigos 3 (2.5%), y por último, pareja, hermana y suegra en 1 (0.8%) caso cada uno. 72 (59%) refirieron otra fuente de información sin aclarar cual fue este.

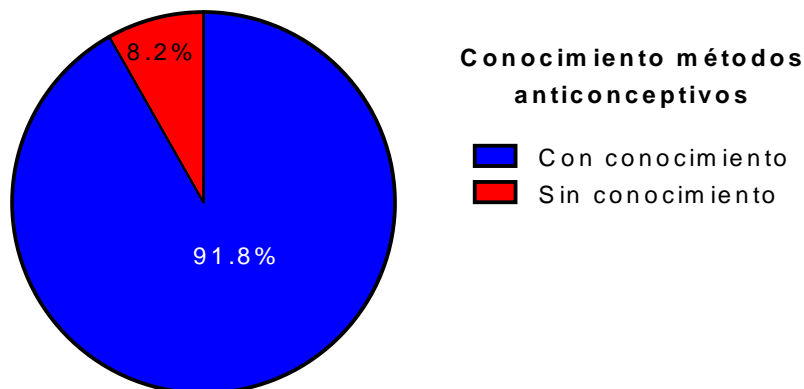


Figura 4. Conocimiento de las pacientes de los métodos anticonceptivos

Fuente: Recolección de datos

74 (60.7%) de las pacientes reportaron haber utilizado algún método anticonceptivo (figura 5). De estas, 36 (49.3%) han optado por suspender el anticonceptivo, 17 (47.2%) debido al olvido en la aplicación o ingesta, 8 (22.2%) por molestias en salud, 2 (5.6%) por la indicación de la pareja, 1 (2.8%) por miedo, 1 (2.8%) deseaba embarazarse y 7 (19.4%) no contestaron. El uso de cada uno de los métodos anticonceptivos se desglosa en la figura 6.

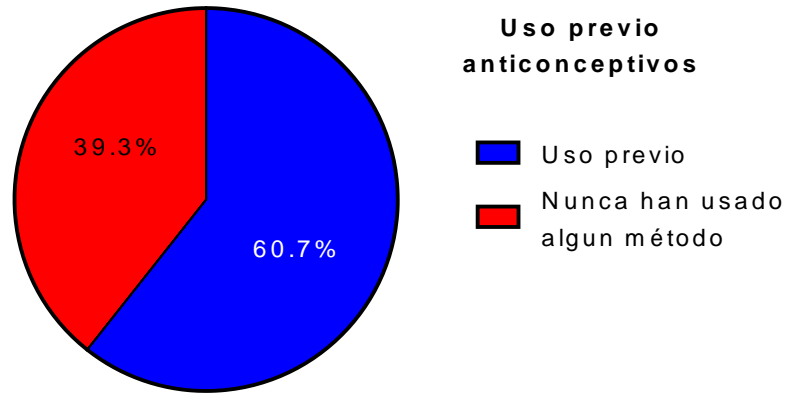


Figura 5. Uso previo de anticonceptivos por parte de las pacientes

Fuente: Recolección de datos

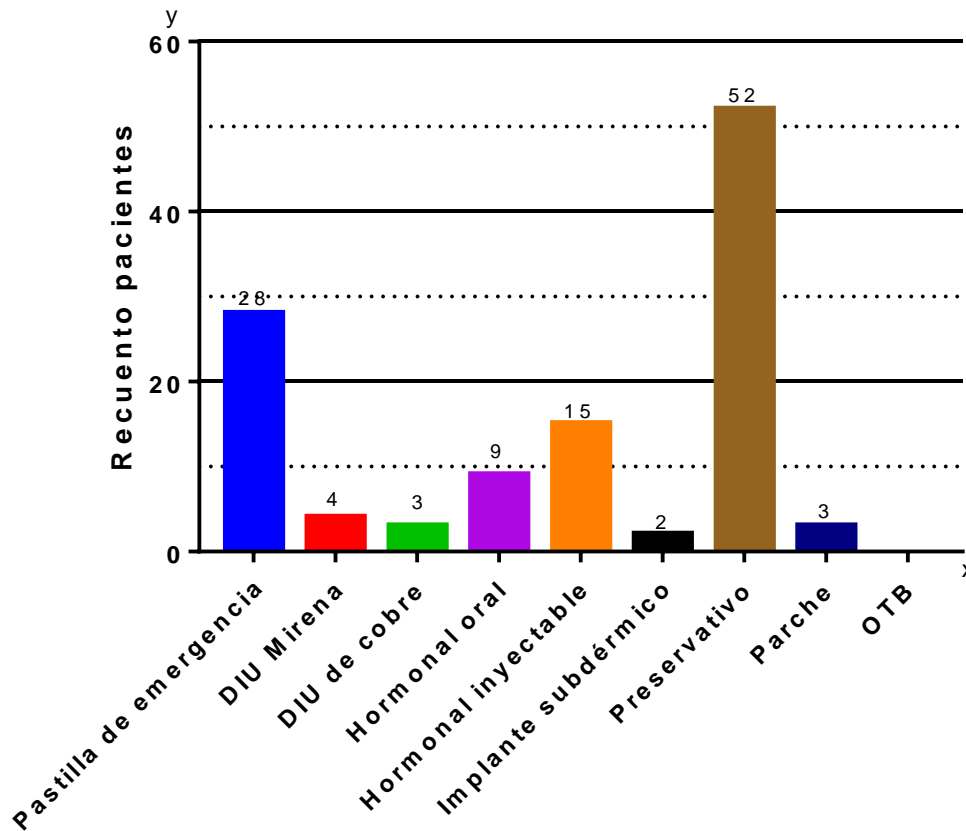


Figura 6. Recuento de los diversos métodos anticonceptivos usados por las pacientes

Fuente: Recolección de datos

81 (66.4%) de las adolescentes tenían conocimiento previo de la pastilla de emergencia, y de estas, 28 (34.6%) habían consumido esta de forma ocasional.

En 22 (18%) de los casos, la paciente se embarazó mientras se encontraba utilizando al menos un método anticonceptivo, de estos, 16 (72.7%) pacientes fue con preservativo, 2 (9.1%) con hormonal inyectable, y 1 (4.5%) en el caso de la pastilla de emergencia, hormonal oral, implante subdérmico y el parche cada uno.

Al tomar únicamente las pacientes con uso previo de anticonceptivos, tenemos que estas han usado una media de 1.54 ($DE \pm 0.76$) métodos anticonceptivos, con un mínimo de 1 y un máximo de 4. De estas, 22 (29.7%) pacientes nunca han utilizado preservativo debido al uso de otro método.

La aceptación de un método anticonceptivo al finalizar el embarazo se presentó en 114 (93.4%) adolescentes, sin embargo, 7 (5.7%) no aceptaron un método y 1 (0.8%) paciente prefirió no contestar. El método con mayor aceptación fue el implante subdérmico en 45 (39.4%) casos, el resto de métodos se enlistan en la figura 7.

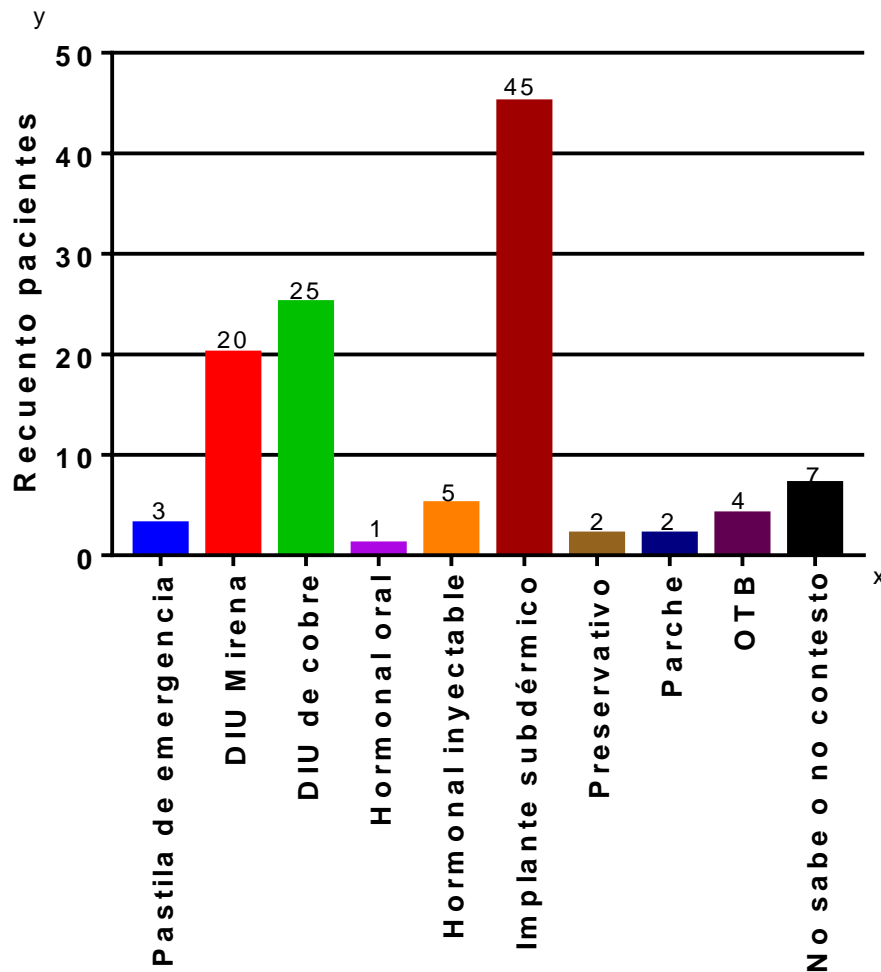


Figura 7. Método anticonceptivo de preferencia al finalizar el embarazo

Fuente: Recolección de datos

1 pareja sexual (Max 4 min1). De acuerdo a sus antecedentes gineco-obstétricos, han presentado mediana de 1 gestas (Max 3 min 1), 0 partos (Max 3 min 0) abortos 0 (Max 2 min0) cesáreas 0 (Max 2 min 0), cabe mencionar que 94 (77.0%) pacientes aún estaban embarazadas en el momento en el que se les realizó la encuesta.

DISCUSIÓN

La edad media encontrada en este estudio coincide con lo reportado en la literatura nacional. El presente estudio reportó que las pacientes contaban con un Índice de Masa Corporal en su mayoría normal. La menarca de las pacientes fue a los 12 años lo cual es consistente con la literatura universal. El inicio de vida sexual de acuerdo con Rosales y colaboradores fue entre los 14 y 15 años, resultados que son iguales en esta muestra (28).

A diferencia de las publicaciones en México, este estudio fue más profundo en el análisis sociodemográfico. Encontrando que 4.1% de las encuestadas han sido víctimas de violencia; en su mayoría es económica y psicológica, solo una pequeña parte fue violencia física. Lewis en el 2016 reportó una prevalencia de violencia de 36% en 291 parejas adolescentes embarazadas, cifra mayor que la observada en este estudio. Esto puede ser debido a que las madres jóvenes experimentan problemas para identificarse como víctimas de violencia (29). Lo anterior debido a que existe naturalización al maltrato y por lo tanto carencias afectivas, miedo y desamparo por parte del núcleo familiar primario y del cónyuge, aunado a la carencia económica para mantener a su hijo.

Los resultados obtenidos refuerzan lo encontrado por Villalobos y colaboradores tomando en consideración la situación escolar, ya que las mujeres con rezago educativo tienen dos veces más posibilidad de tener un embarazo adolescente (3).

A pesar de los esfuerzos con programas tanto en la Secretaría de Salud como de sus homólogas, y de la Secretaría de Educación Pública federal; la falta de orientación sobre métodos anticonceptivos en el núcleo familiar así como, la religión, son los principales limitantes para una adecuada educación sexual en los adolescentes.

En relación al conocimiento, aceptación y uso de métodos anticonceptivos comparado con las referencias bibliográficas en todo el mundo, en esta población se encontró que las fuentes de información para los adolescentes sobre anticoncepción son de baja calidad, ya que al interrogar sobre conocimiento de los métodos anticonceptivos el 91.8% refería conocerlos sin embargo, no sabían cómo utilizarlos; por ejemplo el 58.2% tuvieron un embarazo no planeado, 34.6% utilizaba como método anticonceptivo la pastilla de

emergencia y el 18% se embarazó con el uso de al menos un método anticonceptivo. Mandujano y colaboradores encontraron que incluso en mujeres universitarias se hace un uso excesivo de la pastilla de emergencia sin tomar en cuenta que su consumo frecuente puede ser dañino para la salud (31).

La entrevista reveló que la pastilla de emergencia es utilizada por las adolescentes como si se tratara de un método anticonceptivo tradicional, usándola de 3 a 4 veces al mes e incluso la toman momentos antes de tener relaciones sexuales. En estudios similares en nuestro país este rubro no ha sido reportado y las cifras encontradas son alarmantes ya que reflejan la deficiente información acerca de cómo utilizar los métodos anticonceptivos. Lo dicho es semejante a lo publicado a nivel nacional en el acta pediátrica de México por Sam-Soto y su equipo de trabajo (32)

En esta población se oferta el dispositivo intrauterino y el implante subdérmico a las adolescentes; el 39.4% aceptaron implantes subdérmicos, 25% DIU de cobre y 20% DIU Mirena, que son anticonceptivos recomendados en las guías de práctica clínica mexicana.

Conclusión.

A pesar de que existe conocimiento de la existencia de los métodos anticonceptivos por parte de los adolescentes y sus padres, el nivel de éstos es deficiente. No existe una apertura completa sobre información del uso correcto por motivos familiares, religiosos y sociales, lo cual puede poner en riesgo la salud y desarrollo académico de las adolescentes.

En este sentido, es evidente que los jóvenes con baja escolaridad, con pocas expectativas académicas y laborales, así como con menor autoestima y asertividad tienden a iniciar de manera temprana su vida sexual activa, por consiguiente a no utilizar de manera adecuada los anticonceptivos, incrementando el riesgo de un embarazo, llegar al aborto por la falta de condiciones y conocimientos que permitan su asistencia a control médico. Por ello es imprescindible tener en cuenta el contexto cultural y las características especiales de la familia para entender de forma preventiva la situación de la adolescente con riesgo de embarazo.

Recomendaciones.

Una vez analizados los resultados se llegó a la conclusión de la necesidad de crear un programa de educación sexual en este nosocomio; por lo que con todo el apoyo del servicio de ginecología y obstetricia se creó un programa de APEGO anticoncepcional dirigido a esta población en particular, por lo que a través de un equipo multidisciplinario se capta a la puerpera adolescente y ésta es guiada y atendida, brindándole acompañamiento médico y psicológico con la finalidad de que este programa sea efectivo en la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en este sector.

ANEXOS:

**SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE MICHOACÁN
HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CULTURALES Y
ANTICONCEPCIONALES DE LA MUJER EMBARAZADA ADOLESCENTE QUE ACUDE
AL HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”**

INTRODUCCIÓN: la siguiente información describe el protocolo al cual se le está invitando para participar de forma activa. (El investigador deberá responder cualquier duda que surja a partir de la lectura de ésta).

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Analizar las características sociodemográficas, culturales y anticoncepcionales de la mujer embarazada adolescente que acude al Hospital General “Dr. Miguel Silva”.

PROCEDIMIENTO: Usted ha sido invitada a participar en este estudio de Investigación titulado: “Características sociodemográficas, culturales y anticoncepcionales de la mujer embarazada adolescente que acude al Hospital General “Dr. Miguel Silva”; el cual está encaminado a identificar las causas de embarazo en adolescentes y el conocimiento que tienen las mismas de los métodos anticonceptivos. Para lograr este objetivo, se le harán preguntas de índole personal asegurándole la total confidencialidad de sus datos personales; esto quiere decir, que el investigador y su equipo no divulgarán ninguna información recaudada en este estudio.

BENEFICIOS: Participar en este proyecto de investigación no tendrá para usted o su familiar beneficio alguno, pero su participación nos ayudará a crear un plan estratégico para prevenir embarazos no deseados en las mujeres adolescentes.

CONFIDENCIALIDAD: Le garantizamos que la información obtenida durante el desarrollo de este estudio es absolutamente confidencial y no puede ser utilizada con otro fin; es decir, nadie tendrá acceso a sus datos personales. Así mismo le solicitamos su autorización para que dicha información (base de datos) pueda ser usada en otros proyectos de investigación que enriquezcan el conocimiento de la población adolescente en Morelia Michoacán.

Usted tiene la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento,

Usted podrá llamar a los siguientes contactos si tiene una pregunta:

Dr. Aldo Guadalupe Bucio Cel: 4431981698 Dra. María Silvia Tinoco Zamudio Presidenta del Comité de Ética en Investigación Cel: 4433 37 09 67.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en este estudio. Se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en este estudio. He comprendido el contenido de esta carta de consentimiento informado, mis dudas han sido resueltas y voluntariamente acepto participar en este estudio.

Paciente

Nombre _____

Dirección _____

Fecha _____ Hora _____

Nombre del familiar que autoriza y grado de parentesco

Dirección _____

Testigo 1

Nombre _____

Dirección _____

Fecha _____ Hora _____

Firma _____

Testigo 2

Nombre _____

Dirección _____

Fecha _____ Hora _____

Firma _____

Investigador

Nombre _____

Fecha _____ Hora _____

Firma _____

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CULTURALES Y ANTICONCEPCIONALES DE LA MUJER EMBARAZADA ADOLESCENTE QUE ACUDE AL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"

DESCRIBIR LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

No. Expediente: _____ Folio: _____

Edad (años) _____

Estado Nutricional

IMC: 1. Bajo peso (); 2. Peso normal (); 3. Sobrepeso (); 4. Obesidad

Menarca: _____ IVS _____ NPS _____ Gestas: _____; Partos _____; Abortos: _____; Cesárea _____

Motivo de esta atención:

Aborto _____ Parto pretérmino _____ Enfermedad hipertensiva del embarazo _____ otros _____

Recibió atención prenatal Sí _____ No _____

Número de consultas que recibió _____

¿Pertenece usted a alguna comunidad indígena (étnia)?

Sí _____ No _____

Estado civil: _____

1.- Casada. 2.- Soltera. 3.- Unión libre 4.- Sin pareja

Ocupación: _____

1.- Ama de casa 2.- Estudiante 3.- Empleada.

¿En qué tipo de zona habita (Población)?

Urbana _____ Sub-urbana: _____ Rural (rancho, pueblo): _____

Escolaridad: _____

- 1.- Analfabeta
- 2.- Primaria
- 3.- Secundaria.
- 4.- Preparatoria
- 5.- Licenciatura.

¿Con quién vive? Núcleo familiar

Padre___ Madre___ Cónyuge___ Familia del cónyuge___ Sola_____

Religión: Católica (), Cristiana (), Testigo de Jehová () Otro,_____

¿Su religión le impide el uso de métodos anticonceptivos? Sí_____ No_____

2.CONOCER FACTORES CULTURALES Y DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA MUJER EMBARAZADA

¿En su familia es aceptado el embarazo a edad temprana? Sí_____ No_____

¿Este embarazo fue planeado? Sí_____ No_____

¿Ha sufrido violencia de pareja? Sí_____ No_____

¿Qué tipo de violencia ha sufrido?

Física_____ Psicológica_____ Sexual_____ Económica_____

¿Alguien le impide usar métodos anticonceptivos? Sí_____ No_____

¿Quién le impide usar métodos anticonceptivos?

Pareja_____ Madre_____ Suegra_____ Comunidad_____

¿Conoce usted los métodos anticonceptivos? Sí_____ No_____

¿Quién le dio información sobre métodos anticonceptivos?

Amigo () Amiga () Medios de comunicación () Pareja ()

Madre () Padre () Otros ()

¿Ha usado métodos anticonceptivos? Sí_____ No_____

¿Abandonó algún método anticonceptivo? Sí_____ No_____

¿Por qué abandonó el método anticonceptivo?

Indicación de la pareja () Miedo () Molestias en su salud () Olvido ()

3. IDENTIFICAR EL CONOCIMIENTO, ACEPTACIÓN Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

¿Cuáles métodos anticonceptivos ha usado?

Pastilla de emergencia () DIU Mirena () DIU de cobre ()

Hormonal oral () Hormonal inyectable () Implante subdérmico ()

Preservativos () Parche () OTB ()

¿Conoce la pastilla de emergencia? Sí____ No____

¿Ha usado la pastilla de emergencia? Sí____ No____

¿Con qué frecuencia ha usado la pastilla de emergencia?

Nunca () Rara vez () Siempre ()

¿Se embarazó con el uso de algún anticonceptivo? Sí_____ No_____

¿Con cuál método anticonceptivo se embarazó?

Pastilla de emergencia () DIU Mirena () DIU de cobre ()

Hormonal oral () Hormonal inyectable () Implante subdérmico ()

Preservativos () Parche () OTB ()

¿Aceptará un método anticonceptivo después de la resolución del actual embarazo?

Sí____ No_____

¿Cuál método anticonceptivo aceptará?

Pastilla de emergencia () DIU Mirena () DIU de cobre ()

Hormonal oral () Hormonal inyectable () Implante subdérmico ()

Preservativos () Parche () OTB ()

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud del adolescente. (2015). Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es
- 2.- Instituto Nacional de la Mujeres. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. (2019). Disponible en: <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>.
- 3.- Villalobos, Aremis, et al. "Anticoncepción en adolescentes mexicanos de escuelas del nivel medio superior: uso y necesidades insatisfechas." salud pública de méxico 59 (2017): 566-576.
- 4.- Gayet C, Juárez F, Pedrosa LA, Magis C. Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. Salud Publica Mex. (2003). 45 supl 5:S632-S640
- 5.- Santos-Preciado JI, Villa-Barragán JP, García-Avilés MA, León-Álvarez G, Quezada-Bolaños S, Tapia-Conyer R. La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. Salud Publica Mex. (2003). 45 supl 1:S140-S152.
- 6.- Iqbal S, Rubeena Z, Zakria Zakar M and Fischer F. Perceptions of adolescents' sexual and reproductive health and rights: a crosssectional study in Lahore District, Pakistan. BMC International Health and Human Rights. (2017). 17:5.
- 7.- Muchabaiwa L, Mbonigaba J. Impact of the adolescent and youth sexual and reproductive health strategy on service utilisation and health outcomes in Zimbabwe. PLoS ONE. (2019). 14 (6): e0218588.
- 8.- Kapiga S, Harvey S, Abdul Khalie M, Stöckl H, Mshana G, Hashim R, Hansen C, Shelley S and Watts C. Prevalence of intimate partner violence and abuse and associated factors among women enrolled into a cluster randomised trial in northwestern Tanzania. BMC Public Health. (2017). 17:190.
- 9.- World Health Organization (WHO). World report on violence and Health. (2002). Disponible en línea: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/
- 10.- Planel Lugarinho L, Quintes Avanci J, Wernersbach Pinto L. Prospects of studies on violence, adolescence and cortisol: a systematic literature review. C iência & Saúde Coletiv. (2017). 22(4):1321-1332.
- 11.- Nery Guimarães AMD, Vieira MJ, Palmeira JA. Informaciones los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos. Rev Latino-am Enfermagem. (2003). 11(3):293-8.
- 12.- Ley General de Población. Diario Oficial de la Federación del 7 de enero de 1974. (2018). Disponible en línea: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/140_120718.pdf
- 13.- Smith, Rhonda, et al. Family planning saves lives. (2009).

- 14.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Comunicación sobre planificación familiar en el marco de la salud reproductiva. (1997). Disponible en línea: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/es/
- 15.- Mendoza D, Sánchez M, Hernández MF, Mendoza ME. 35 años de planificación familiar en México. La situación demográfica de México. Consejo Nacional de Población (2009). 39-52.
- 16.- Guía de Práctica Clínica. Control Prenatal con enfoque de riesgo. Evidencias y Recomendaciones. Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. (2009). Disponible en línea: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/028_GPC_PrenatalRiego/IMSS_028_08_EyR.pdf
- 17.- Otterblad PM, Goldenberg RC. Determinants of poor pregnancy outcomes among teenagers in Sweden. *Obstet Gynecol.* (1997). 89:451-457.
- 18.- Ehrenteid LN. Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. *Rev Salud Pub Mex.* (1994). 36:154-160.
- 19.- Panduro Barón JG, Jiménez Castellanos PM, Pérez Molina JJ, Panduro Moore EG, Damián Peraza Martínez D, Quezada Figueroa NA. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. *Ginecol Obstet Mex.* (2012). 80(11):694-704
- 20.- Furzan JA, Yuburi A, Eizaga S, Benavides J. Embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso: un análisis multivariado de factores predictivos de riesgo. *Gaceta Medica de Caracas, Venezuela.* (2010).118:119-126.
- 21.- Sipsma HL, Ickovics JR, Lewis JB, Ethier KA, Kershaw TS. Adolescent pregnancy desire and pregnancy incidence. *Womens Health Issues.* (2011). 21: 110-116.
- 22.- Zamudio Raya CA, Silva Contreras JG, Gómez Alonso C, Chacón Valladares P. Perfil epidemiológico de adolescentes embarazadas adscritas a una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán, México. *Aten Fam.* (2018). 25(2):54-58.
- 23.- Michelazzo D, Yazlle ME, Mendes MC, Patta MC, Rocha JS, Moura MD. Indicadores sociais de grávidas adolescentes: estudo caso-controle. *Rev Bras Ginecol Obstet.* (2004). 26(8):633-639.
- 24.- Fernandes de Azevedo W, Baffi Diniz M, Valério Borges da Fonseca ES, Ricarte de Azevedo LM , Braz Evangelista C. Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literatura. *einstein.* (2015). 13(4):618-26.
- 25.- Kawakita T, Wilson K, Grantz K, J. Landy H, Huang CC, and Gomez-Lobo V. Adverse maternal and neonatal outcomes in adolescent pregnancy. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* (2016). 29(2): 130-136.
- 26.- Kassa GM, Arowojolu AO, Odukogbe AA, Yalew AW. Adverse neonatal outcomes of adolescent pregnancy in Northwest Ethiopia. *PLoS ONE.* (2019). 14(6): e0218259.
- 27.- Schlaepfer-Pedrazzini L y Bobadilla JL. Relación entre patrones reproductivos y mortalidad infantil: interpretaciones alternativas. *Salud Publica Mex.* (1990).32:381-394.
- 28.- Rosales-Silva JG*, Lemoine-Loredo S, Rodríguez-Pérez CV, Andrade-Rodríguez HJ. Características sociodemográficas de adolescentes embarazadas menores de 16 años

de una unidad de medicina familiar en San Luis Potosí, México. ATEN FAM. (2013). 20(4) 35-38.

29.- Jessica B. Lewis Tami P. Sullivan Meghan Angley Tamora Callands Anna A. Divney Urania Magriples Derrick M. Gordon Trace S. Kershaw . Psychological and relational correlates of intimate partner violence profiles among pregnant adolescent couples. (2017). 43: 26-36.

30.- Romina Barral, MD, FAAP1,2, Andrómeda Valencia, PhD3, Ruben Cruz, PhD3, Minerva Granillo, MD3, Natalia Pardinás3, Brenda Cartujano, MD1, John D. Cowden, MD, MPH2, A. Paula Cupertino, PhD1. Mexico and USA: A Binational Comparison of Attitudes, Beliefs and Knowledge About Sex and Contraception Among Adolescents. (2016). 29(2): 179.

31.- María C. Sánchez-Meneses, Rocío Dávila-Mendoza**, Efrén R. Ponce-Rosas. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. (2015). 22:35-38.

32.- Selene Sam-Soto, Mauricio Osorio-Caballero, Rosa Estela Rodríguez-Guerrero, Norma Paulina Pérez-Ramírez . Comportamiento sexual y anticoncepción en la adolescencia. Acta pediatr. Méx. (2014). 35(6).