



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

11237
2ej
268



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

"CARACTERISTICAS SOCIOCULTURALES DEL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES"

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO
EN LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA

PRESENTA

DRA. ANNA VALENCIA GUILLEN

HERMOSILLO, SONORA

FEBRERO DE 1998.

259413

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

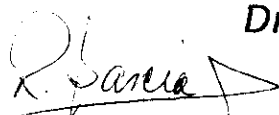
"CARACTERISTICAS SOCIOCULTURALES DEL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES"

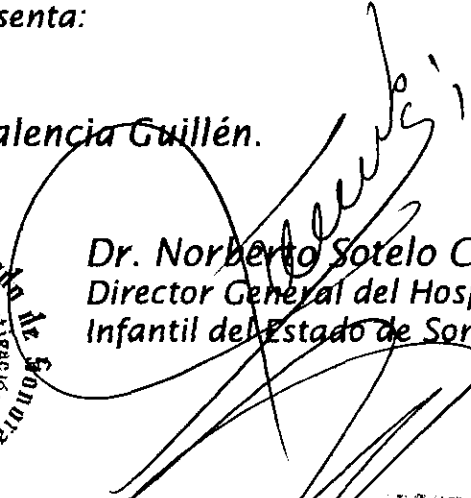
TESIS

Que para obtener el Título
en la especialidad de Pediatría

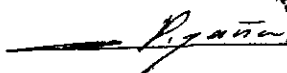
Presenta:

Dra. Anna Valencia Guillén.


Dr. Ramiro García Álvarez
Director de Enseñanza,
Investigación, y Profesor
Titular del Curso

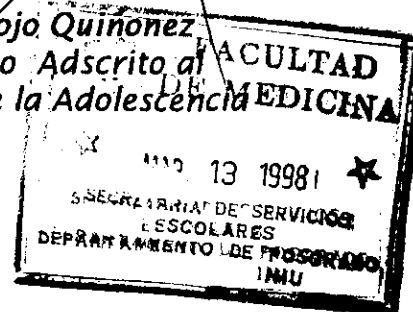

Dr. Norberto Sotelo Cruz
Director General del Hospital
Infantil del Estado de Sonora.




Dra. Elba Vásquez Pizaña
Asesor de Tesis, y Jefe del
Servicio de Medicina de la
Adolescencia

Dr. Adalberto Rafael Rojo Quiñonez
Asesor de tesis y Médico Adscrito al
Servicio de Medicina de la Adolescencia

Febrero 1998



AGRADECIMIENTOS

A Dios;

*Porque ha estado conmigo toda mi vida
y me ha permitido ser hija, hermana,
esposa, madre, amiga, compañera y
servidora de los niños.*

A mi esposo;

Dr. Rodrigo Jacobo García.

*Por el apoyo que me brindó, mostrando
siempre actitudes positivas para la
superación profesional. Su valentía,
su tenacidad y espíritu incansable de
lucha, son ejemplos a seguir en la vida.*

A mis hijos;

*Odemaris Anna, José Rodrigo y Héctor Gustavo;
agradeciéndoles su comprensión y su cariño, el
cual es más intenso y profundo cada día, a pesar
de mi ausencia: Gracias por cumplir con sus
responsabilidades y permitirme cumplir las mías.
Su esfuerzo, llena de orgullo y fortaleza mi vida*

A mis padres;

*Gracias por su cariño incondicional,
esperando que en familia continuemos
compartiendo momentos felices, haciendo
realidad los deseos compartidos.*

A mis hermanos;

*Gracias por su confianza, la cual fue alimento
día a día en mi ardua, pero agradable
Profesión, deseando continuar unidos, logrando
nuestras metas.*

A mis Asesores:

*Dra. Elba Vázquez Pizaña: luchadora incansable,
que con dinamismo y entusiasmo cumple día a día
la intensa tarea asistencia, docente y de
investigación dentro de la medicina de
adolescentes. Sinceramente mi admiración y
respeto, agradeciéndole su orientación y
supervisión del presente trabajo.*

*Dr. Adalberto Rojo Quiñonez: Por su colaboración y
supervisión, agradeciéndole su confianza y
paciencia.*

A mis pacientes:

Fernanda, María, Denisse, Jhonathan, Pedro, Susana, Juan, Omar, José, Estefany, Nora, Fernando, Kevin, Gabriela, Jairo, Rodolfo, viviana, Gregorio, Damaris, Soledad, Jesús, Aldo, Tania, Azucena, Gibran, Martín, etc.... que me formaron. Algunos sonriendo cada día y otros guardando sus sonrisas para siempre. A todos, gracias.

DEDICATORIA:

Dedico el presente trabajo de tesis, a mis tres hijos:

ODEMARIS ANNA Y JOSE RODRIGO; los cuales, ahora han dejado de ser niños y están viviendo intensamente su adolescencia. Y, a HECTOR GUSTAVO, el cual aún es un niño, pero espera ansiosamente su nueva etapa; esperando encuentren entre las líneas escritas el inmenso amor que les tengo. Deseando que en la búsqueda de sus identidades no se pierdan y logren a través del tiempo, su autonomía

INDICE

	No. Pagina
INTRODUCCION.....	1
OBJETIVOS.....	59
TIPO DE ESTUDIO.....	60
MATERIAL Y METODOS.....	61
RESULTADOS.....	63
DISCUSION.....	121
CONCLUSIONES.....	142
BIBLIOGRAFIA.....	146

INTRODUCCION

DEFINICIÓN.- El Dr. Molina lo define como el embarazo que ocurre dentro de los primeros dos años de edad ginecológica (los años transcurridos, desde la menarca, considerando edad ginecológica 0 = edad de la menarca) (1, 2).

EL EMBARAZO PRECOZ, es la gestación que se presenta en una mujer que no ha terminado su crecimiento y desarrollo somático.

Los eventos puberales que permiten suponer madurez biológica, son: alcanzar el estadio de Tanner V o edad ginecológica de dos años. (3)

Otros autores lo definen como, la gestación en una mujer que no ha terminado su crecimiento y desarrollo psicosocial, generalmente antes de los 18 años de edad. (4)

Ha sido también llamado Síndrome del Fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza, pues el impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en mayor deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación con la pareja e ingresos inferiores de por vida, lo cual contribuye a perpetuar el ciclo de la pobreza. (1)

ANTECEDENTES.

La adolescencia es un período de transición física, psicológica y social entre la niñez y la etapa adulta, donde una de las tareas fundamentales es la búsqueda de la identidad y de autonomía, que en condiciones favorables le permiten un desarrollo sano al individuo. (5)

Debido a la inmadurez biopsicosocial que se presenta en la adolescencia, aunada a condiciones desfavorables pueden presentarse conflictos o situaciones que impiden su sano desarrollo; uno de ellos y que constituye un verdadero problema de salud pública, es el EMBARAZO EN ADOLESCENTES. (4)

En 1990, la población adolescente y jóvenes de 10 a 24 años constituye alrededor del 31% de la población total de América Latina y el Caribe, con aproximadamente 137 millones; cifra que alcanzará a unos 172 millones para el año 2000.

América Latina, cuenta con dos tercios de la población adolescente total del mundo. (6)

En México se estimó para 1990 una cifra de 20.1 millones de adolescentes de ambos sexos (10-19) años, lo que representa un 25% de la población total, que se estima de 81 millones de

habitantes. Por otra parte las mujeres de 15-19 años, sumaron en 1990 4.9 millones, lo que representó un 23.5% de la población femenina en edad fértil (15-49) años. (7)

De la población total estimada en 1990, (81 millones de habitantes), la población comprendida entre (10-14) años, es el 11.4% y la comprendida entre (15-19) años, es del 14%. (8)

En Sonora, en 1990 la población correspondió a 1823,606 distribuidas en los 70 Municipios con una concentración de 67.2% de 14 ciudades y despoblamiento de 42 municipios y otras localidades del estado, con una población rural del 26% (9)

Un punto importante a considerar, es que la mayoría de las localidades sonorenses son pequeñas, de 6165 localidades censadas en 1990, 96% contaban con menos de 500 habitantes. (10)

De acuerdo a la pirámide de población, el 24% correspondió a población adolescente: en el grupo de 10-14 años, 12.1%, (6.1% de mujeres) y en el grupo de 15-19 años el 11.9% (correspondiendo el 6% a mujeres). (11)

La composición por sexo era de 101 hombres por 100 mujeres
(2)

Según estudios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se espera que para finales de esta década existan más de un billón de adolescentes en América entre los 15-19 años de edad, mismos que se encontrarán biológicamente aptos para la reproducción; empero, están aún lejos de ser los suficientes responsables y maduros para asumir sus consecuencias. (5)

Por otro lado se señala en investigaciones previas que las características socioculturales, que influyen de manera indirecta en la incidencia del embarazo en adolescentes, son: nivel socioeconómico bajo, inicio temprano de la menarca, inicio temprano de la actividad sexual, desconocimiento de los métodos anticonceptivos, el uso de toxicomanías, ser integrante de familia disfuncional y antecedente de madre o familiar cercano con embarazo en la adolescencia. (1, 13, 14)

Debido a esto en nuestro País se ha diseñado y evaluado diversas estrategias de prevención primordial: primaria y secundaria por el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA), fundada en 1978, siendo éstas: El modelo de

Prevención Primaria del Embarazo en Adolescentes, el cual está integrado por dos submodelos: submodelo satélite móviles SOS juvenil y submodelos plataformas de salud de referencias de jóvenes. (15)

El Modelo de Prevención Secundaria del Embarazo en Adolescentes, formado por el PEMA (Programa Educativo para Madres Adolescentes), el cual se aprobó y se evaluó en el Hospital de la Mujer (SSA) de 1988 a 1992. Este Programa le permite a la adolescente llevar una mejor reintegración a sus expectativas de vida, realizando actividades que servirán para superarse como adolescentes y madres responsables. (16)

El Submodelo círculos y Clubes de Madres Adolescente (CMA) se inicia en 1992, su objetivo es promover el desarrollo integral de las madres adolescentes; su (s) hijo (s), su pareja, su familia a través de un programa educativo de servicios de salud y capacitación laboral, apoyado por guarderías, raciones alimenticias, programa de despensas y actividades recreativas que fortalezcan la autoestima, la toma de decisiones, las expectativas y los planes de vida. Así mismo, promover la posposición de un siguiente embarazo. (17)

En julio de 1994, inicia a nivel nacional el Programa de Salud Reproductiva de la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud, que tiene como objetivo principal, el contribuir a la salud reproductiva de la población adolescente.

Y, en forma específica:

- Proporcionar a la población adolescente, educación sobre salud reproductiva.
- Coadyuvar a la prevención del embarazo en adolescentes, así como apoyar a la adolescente embarazada a prevenir nuevos embarazos.
- Brindar atención médica a los adolescentes en Centros de Salud y Hospitales de la Secretaría de Salud. (18)

INCIDENCIA

Se define a la fertilidad, como la "capacidad de procrear", mientras que la fecundación significa "procreación efectiva". (19)

El embarazo de la adolescente expresado demográficamente como tasa de fecundidad, es en la actualidad un motivo de preocupación, mundial, regional y nacional de muchos países.

Desde el punto de vista demográfico, la madre adolescente tendrá en promedio un número mayor de hijos que las mujeres

que empiezan su etapa reproductiva, después de los 20 años de edad.

En estudios realizados en todo el mundo, se demuestra un descenso en la tasa de fecundidad, en la mayoría de los países, sin embargo la tasa de embarazos en adolescentes continúa siendo alta, pues existe incremento poblacional en este grupo etáreo. (20)

Entre 1950 y 1970, se produjo un notable aumento de la tasa de fecundidad en la mayoría de los países desarrollados, siguiendo a partir de esa fecha un importante descenso que alcanza cifras similares a las anteriores en 1950; en muchos casos esto es debido a la incidencia de aborto. (4)

En Europa, la tasa de embarazo en adolescentes de 15-18 años, tiende a permanecer estable y declinar en la década de los 80's, con algunas excepciones. La República Federal de Alemania, mostró la tasa más elevada de embarazo en adolescentes, la tasa incrementó del 16 al 21% entre el grupo de edad de 15-18 años de 1985-1987, y, posteriormente declinó al 13% en 1989. Irlanda y Dinamarca tuvieron la tasa más baja: un total de 0.9%

ambos países en adolescentes menores de 18 años , de 1985-1987. (21)

En 1992, cinco Países de Europa Occidental y de Japón, tenían tasas que oscilaban entre 9% y 3.6% por cada mil mujeres de 15 a 19 años. Esta última, que es la más baja del mundo, corresponde a Japón.

Las fecundidades más altas se encuentran en los países africanos, entre los cuales: Uganda con 187 por cada mil mujeres en el período de 1984-1989, tiene una de las más altas. Entre 1950 y 1990, en Latinoamérica la fecundidad en adolescentes ha disminuído a excepción de Cuba, Argentina y Uruguay. (20)

Y, de los países latinoamericanos es alta la fecundidad si se compara que la incidencia es de un dígito en el grupo de 15-19 años, en Irlanda y Dinamarca. (20, 21). Correspondiendo la tasa más alta de fecundidad a Belice (139, por cada mil mujeres) y la más baja a Canadá (cuatro por mil mujeres). (20), por lo que se estima que cada año 3,312 mil adolescentes llevarán a cabo un embarazo. (1)

En Estados Unidos, la tasa de embarazo en adolescentes de 15-19 años, permaneció medianamente estable para 1980-1985, incrementándose un 9% al final de la década pasada. El total de jovencitas embarazadas de 15-19 años, fué de 95.9 por mil para 1990; porque la tasa de experiencia sexual incrementó igual de rápido. (22)

En el Estado de Sonora, la fecundidad presenta niveles altos y constantes entre 1950 y 1970 y descendentes en los últimos 20 años.

Antes de 1970, se dieron tasas de fecundidad de hasta siete hijos por mujer; en cambio de ese año a la fecha, las mujeres del estado disminuyeron su ritmo de procreación de manera acelerada, llegando a estimarse en 1990 una tasa global de fecundidad de 2.6 hijos por mujer. (19)

En 1996: 2.4 hijos por mujer; no obstante el nivel actual de la fecundidad del estado es inferior en 0.33 hijos a la media nacional (2.7 hijos) y excede en más de 0.26 hijos al nivel del Distrito Federal (el más bajo en el país)

Sonora ocupa el sexto lugar, entre las entidades federativas con más fecundidad, con una tasa global de fecundidad que

corresponde a la prevista para el conjunto de la nación para 1999.

La edad de la madre al nacimiento de los hijos es un factor de riesgo para la salud de ella y del recién nacido.

Entre las 46.9 mil mujeres que dieron a luz en Sonora en 1996: 7.9 mil tenían menos de 20 años de edad y 3.5 mil más de 35 años. Estas cifras representan la cuarta parte (24%) de los partos, de los cuales ocurren en las etapas tempranas y tardías de la vida fértil, que es cuando aumenta la morbilidad y la mortalidad materna e infantil.

La proporción de mujeres que tienen hijos en esas edades, es inferior a la media nacional (26%). (23)

La mayor parte de la información disponible sobre la fecundidad de las adolescentes, se registra en el grupo de 15-19 años. Sin embargo, también se registran embarazos en el grupo de 10-14 años, pero, salvo en algunos países no se cuenta con información al respecto. En 1987, en Estados Unidos, se encontró una tasa de fecundidad de 6.4 en el grupo de 10-14 años. Y en Argentina, en el mismo grupo de edad en 1985 fue de 2.1 (20).

En nuestro País, la tasa de fecundidad general, sufrió un descenso entre 1955 y 1965, pero la tasa en adolescentes se mantuvo igual en el período de ascenso general de las tasas entre 1965 y 1980, la fecundidad en las madres jóvenes experimentó el incremento más importante con respecto a las otras edades.

La fecundidad en el grupo de 15-19 años que desde 1955 era la quinta de importancia, pasa a ocupar un cuarto lugar y en forma suave y constante aumenta su aporte a la fecundidad general. (14)

La tasa de fecundidad en México en 1986, fue de 84 nacimientos por cada mil adolescentes y se estima que en los últimos años la cifra de embarazos anuales en mujeres de menos de 20 años es aproximadamente 430 mil y que el monto de nacimientos oscila en torno a 412 mil en 1990. (7)

FENOMENOLOGIA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

El embarazo en la adolescente, es una crisis que se sobreimpone a la crisis de la adolescencia. Las fases de la adolescencia colorean las actitudes de las adolescentes frente al embarazo. Hay diferencias profundas en las vivencias de la gravidez durante la adolescencia temprana, media y tardía y su conocimiento ayuda a comprender el embarazo adolescente en su contexto evolutivo.

Las actitudes de la adolescente frente a su embarazo se manifiestan con gran variedad, de acuerdo con las influencias culturales, temperamentales, de clase social, estado de salud, etc. sin embargo, es posible encontrar algunas características comunes y distintivas que permiten clasificar conductas en bases a etapas del desarrollo de la adolescente. (13)

A.- ACTITUD FRENTE AL EMBARAZO:

Etapa de la adolescencia temprana. En general, las jóvenes que se embarazan en la adolescencia temprana, presentan una incidencia más elevada de trastornos emocionales. El foco de preocupación, es su propio cuerpo y la separación de la madre. En muchas jóvenes menores de 15 años, el embarazo precoz a

menudo es la respuesta contrafóbica a la dependencia (nunca satisfecha) de la madre. Y lo es a manera de experimento con el propio cuerpo misterioso.

Etapa de la adolescencia media. En contraste durante la adolescencia media, se destaca el afianzamiento de la propia identidad, de la feminidad. Es característica la marcada competencia con la madre (por la atención o el afecto del padre). A menudo el embarazo se relaciona con la expresión de erotismo. Es común una gran variación del estado anímico que oscila entre la depresión (pérdida de los padres) y el nuevo estadio de enamoramiento. Es fácil comprender que durante la adolescencia media, la joven está confundida, en un momento se siente aislada, no querida, rechazada y al minuto se siente popular, dinámica y entusiasmada. Por ende, en un mismo día el embarazo puede ser visto como una amenaza peligrosa o como una condición que brindará madurez y oportunidades.

Etapa de la adolescencia tardía. Finalmente, en la adolescencia tardía la joven estará absorbida por el tema de las relaciones interpersonales.

A menudo el embarazo será un intento de consolidar la intimidad y de atar al novio. Esto es la etapa de la consolidación de la identidad; para algunas adolescentes eso se logra con el papel de la madre joven. (13)

B.- ACTITUD CON RESPECTO A LA EXPERIENCIA DEL EMBARAZO:

Etapa de la adolescencia temprana. Durante la etapa temprana, la adolescente se encuentra psicológicamente atada a la madre de una manera firme. Está tan preocupada por sus propias necesidades que no es capaz de pensar en el embarazo como un hecho que va a culminar, transformándola en madre.

Etapa de la adolescencia media.- Es común ver una dramatización de la experiencia corporal y emocional.

La joven se siente posesiva del feto, que es experimentado como un instrumento poderoso para la afirmación de su independencia de los padres. Como la joven compite con su madre, su actitud es ambivalente; una mezcla de culpa y orgullo.

Etapa de la adolescencia tardía.- Es en la adolescencia tardía, dónde se vé mejor la adaptación al impacto de la realidad (las

jóvenes se preocupan mucho por los temas prácticos). Es una etapa de planificación y muchas se dedican a los placeres de la gestación. (13)

C.- ACTITUD CON RESPECTO A LA MATERNIDAD:

Etapa de adolescente temprana. En esta etapa la joven a menudo se encuentra tan ligada a su madre, que hasta llega a experimentar celos con respecto a los sentimientos que su hijo podría despertar en su madre (abuela). No tiene un concepto claro acerca del desarrollo de una vida individual. En forma bastante característica, estas madres son incapaces de dibujar un bebé de aspecto realista. (persistencia de la negación).

El tema de la maternidad a menudo provoca reacción de depresión y aislamiento. No hay un lugar para el padre: el hombre está completamente ausente de sus planes.

Etapa de la adolescencia media.- Durante la adolescencia media en cambio, la mayoría de las jóvenes desarrollan fantasías ambivalentes acerca de la maternidad. Es así como por momentos idealizan el futuro (la madre perfecta que va a recibir siempre el amor del bebé), pero también se desesperan por la percepción de las responsabilidades que se avecinan. En este

esquema aparece un lugar para el padre, el hombre es considerado importante, pero más bien, como una esperanza en el futuro.

Etapa de la adolescencia tardía.- Habitualmente es durante la adolescencia tardía, cuando la madre desarrolla sentimientos maternos y protectores. Una actitud muy frecuente es la búsqueda de afecto y compromiso por parte del hombre y su establecimiento como futuro compañero. (13)

ETIOLOGIA

Hay escasa información respecto a la sexualidad de los adolescentes latinoamericanos. La observación clínica indica que la relación sexual precoz es extendida en las comunidades campesinas, las zonas suburbanas y las clases sociales bajas de las grandes ciudades. El 20% de los adolescentes entre 15-19 años en Bahía, Brasil, declararon tener relaciones sexuales prematrimoniales, cifra que alcanza un 13% en la Ciudad de México y un 22.2% en Guatemala.

El aumento de la población juvenil sexualmente activa, no se ha acompañado de un incremento proporcional de contracepción adecuada. Entre los motivos mencionados por los adolescentes, figura la convicción de que "eso, a mí no va a pasarme" (negación al embarazo), lo inesperado del momento del coito, ignorancia de los métodos de anticoncepción; temor a ser criticados, si usan un método anticonceptivo, o que los padres se enteren de su intento.

La mitad de los embarazos en adolescentes, ocurren durante los seis meses siguientes al inicio del coito (20% el primer mes). (1)

FACTORES DE RIESGO.-

El embarazo de la adolescente es, multifactorial. Existen factores biológicos, familiares, culturales, psicológicos y sociales. Que contribuyen a que la adolescente quede embarazada:

- a) Edad: menor 14 años de edad cronológica; menor de un año de edad ginecológica. (9)
- b) Aparición más temprana de la pubertad. En el siglo pasado, la pubertad se presentaba alrededor de los 17 años; actualmente se presenta de 12-13 años, por esa razón, son fértiles a menor edad.
- c) Aparición mas temprana de la menarca: las adolescentes con una edad de menarquia precoz, están más expuestas a riesgo de embarazo.
- d) Aumento del tiempo entre la aparición de la pubertad y la dependencia económica, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales.
- e) Actitud hacia la problemática sexual más permisiva y actividad sexual aumentada entre los adolescentes.

- f) Los medios de comunicación han influido en la actitud de los adolescentes hacia la sexualidad a través de mensajes comercializados y estereotipados, han contribuido a la reducción de las barreras culturales que limitaban la actividad sexual.
- g) Falta de educación sexual.
- h) Barreras de acceso a la anticoncepción. El uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes, sigue siendo bajo. Generalmente por falta de información, confianza, recursos para adquirirlos, miedo a efectos secundarios, razones religiosas, creencia de disminución del placer sexual, dificultad para discutir con su compañero sexual, el uso de algún método anticonceptivo
- i) Deseo de tener un hijo. A veces con el fin de comprobar su fertilidad, consolidar la relación con el compañero, tener a alguien a quien amar y cuidar, cambiar la condición de su familia y afirmar su independencia, rebeldía hacia la familia.
- j) Las características inmaduras del desarrollo de la adolescente, especialmente de los más jóvenes interviene con

la utilización eficaz de los anticonceptivos, la planificación del futuro y ver a largo plazo las consecuencias de sus actos.

- k) Aceptación y/o antecedente familiar de embarazo en la adolescencia.
- l) Medio socioeconómico, bajo.
- m) Abandono escolar o bajo rendimiento escolar.
- n) Baja autoestima
- o) Familia disfuncional (tensión y conflictos familiares)
- p) Historia familiar de violencia y abusos físicos y sexuales.
- q) Toxicomanías.
- r) Dificultad para planear proyectos de la vida a largo plazo.
- s) Personalidad inestable
- t) Conducta antisocial
- u) Migración reciente. (24)

ASPECTOS CLINICOS A CONSIDERAR:

IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO PRECOZ. A menudo no se sospecha del embarazo de la adolescente, hasta que es obvio, lo que traduce en un aumento de la morbilidad y posiblemente de la mortalidad de la joven embarazada. Existe una relación directa entre las complicaciones del embarazo, su interrupción y el número de semanas de embarazo sin atención médica. Esto es especialmente importante en América Latina, dónde las muertes a raíz del aborto inducido entre las adolescentes entre 15 y 19 años, es una de las principales causas de defunción de la población femenina en este grupo de edad. Por ende, es necesario destacar la importancia de un diagnóstico precoz y analizar las razones por las cuales es común el error diagnóstico. (1)

ERROR DIAGNOSTICO. Las pacientes en quienes se pasa por alto la existencia de un embarazo pueden ser divididas en dos grupos: En el primero, se encuentran las que se niegan a aceptar la posibilidad de un embarazo (no puede pasarme esto a mí). Este comportamiento es esencialmente común en la

adolescencia temprana y está mejor ilustrado por el caso extremo de la púber que consulta de emergencia la primera vez por "dolor abdominal", cuando en realidad está en trabajo de parto. Este tipo de pacientes puede asegurar con toda seriedad que la masa detectada en su abdomen surgió "hace dos días". No es raro que los padres nieguen también que han notado el evidente embarazo. Con cierta frecuencia estas pacientes insisten que tienen períodos menstruales regulares, que nunca han tenido relaciones sexuales, o que la última vez que tuvieron relaciones sexuales fue "hace un año".

El otro grupo, más extenso, consiste de adolescentes que se encuentran solas, confundidas y que a la defensiva no revelan sus problemas. En realidad, quieren poner a prueba al Médico para ver si pueden confiar en él: estas pacientes esperan a que se descubra el "segundo diagnóstico". El verdadero motivo de la consulta al Médico, no es la cefalea o la constipación, que es la excusa con que se presentan al Médico, sino la realidad inaceptable del embarazo.

La causa primordial del diagnóstico equivocado es la historia clínica incompleta o el exámen físico equivocado.

Por lo tanto, la anamnesis sexual debe ser parte de la historia clínica de toda joven adolescente y siempre debe incluir un registro del ciclo menstrual.

Entre los síntomas más comunes encontrados en las adolescentes, en los cuales el diagnóstico de embarazo no fue hecho desde un comienzo, están los siguientes: fatiga, desmayos recurrentes, mareos, depresión, irritabilidad, nauseas, vómitos, epigastralia, constipación, exceso de peso, urticaria, cefalea, calambres inferiores en miembros inferiores, dolor de espalda y aumento de la frecuencia urinaria. Por consiguiente, no es sorprendente que se formulen los siguientes diagnósticos equivocados: reacción de ajuste a la adolescencia, enfermedad depresiva, somatización, ulcera péptica, constipación, reacción alérgica, anemia, obesidad, infección urinaria, espasmo muscular y jaqueca.

Pocas adolescentes consultan al Ginecólogo en forma rutinaria, por lo tanto los Médicos Generales, Médicos Familiares, los

Pediátras y otros Especialistas que atienden adolescentes, deben estar alertas a la sintomatología vaga y heterogénea con que el embarazo suele manifestarse durante la adolescencia.

Los motivos de consulta por el cual asisten para su atención, se muestran en el Cuadro No.1. (1)

Cuadro 1

MOTIVOS DE CONSULTA

Síntomas típicos

Amenorrea secundaria
Congestión y aumento de volumen mamario
Nausea matinal
Aumento de peso

Síntomas distractores

Solicitud de un examen medico
Solicitud de métodos anticonceptivos
Fatiga o nausea
Desmayos
Cambio de paso
Vómitos
Dolor abdominal
Constipacion
Cefalea
Aumento de la frecuencia urinaria
Depresión
Dolor de espalda
Calambres
Obesidad

EVALUACION DIAGNOSTICA:

Historia clínica completa.- Dado que muchos pacientes se pueden encontrar bajo una considerable tensión emocional, debe obrarse con cautela para ganarse su confianza. De ahí que es importante que los padres y los familiares sean vistos por separados. Esto, con el fin de que la joven no se sienta inhibida por la presencia de sus familiares.

Esta historia clínica debe incluir antecedentes heredofamiliares, teniendo en cuenta antecedentes de enfermedad crónica (como la diabetes mellitus, obesidad, tiroides disfuncional), así como los antecedentes personales no patológicos (estrato social, vivienda, etc.), con antecedentes personales patológicos, antecedentes ginecoobstétricos (menarca, inicio de vida sexual activa, gesta, para, abortos, cesáreas, ritmo menstrual, anticoncepción), así como hacer hincapié en detectar factores de riesgo para la embarazada y en su compañero sexual como son: toxicomanías, preferencia sexual y número de compañeros sexuales en la pareja.

EXAMEN FISICO COMPLETO:

Incluyendo peso, talla tensión arterial, medición de la pelvis. El exámen físico a menudo puede detectar cloasma, cambio en la áreola (tubérculo de Montgomery), cianosis y reblandecimiento del cérvix y un útero agrandado.

En la adolescente obesa, el embarazo avanzado muchas veces no es evidente y solo se pone de manifiesto por el hallazgo de partes fetales o el latido fetal, cuando la joven es examinada medicamente por otro motivo. (24)

EXAMENES DE LABORATORIO

Ante la sospecha clínica, debe realizarse un Test de embarazo para la confirmación.

- **ORTHOSTEST EN ORINA:** A partir del 12 – 14 día de retraso menstrual debe ser solicitado; es práctico y es muy accesible (24). Deben tomarse en cuenta los resultados falsos-positivos y/o negativos (debidos a proteinuria, error de técnica o uso de medicaciones) (1).
- **SUBUNIDAD BETA EN SANGRE:** Este estudio se puede determinar en el primer día de retraso menstrual, pues

guarda mayor sensibilidad, pero el inconveniente es que es menos accesible.

Se recomienda el uso de pruebas de alta sensibilidad, cuando se sospecha un embarazo ectópico o bien en el diagnóstico de un aborto incompleto. (1)

EXAMENES DE GABINETE:

ULTRASONIDO PÉLVICO.- Es uno de los métodos diagnósticos menos inocuos y en la actualidad accesible, pero debe de ser realizado por personal experto en la materia, para menor probabilidad de error en el diagnóstico. (24)

En síntesis, un índice de sospecha elevado, acompañada de una historia clínica completa, un exámen clínico y análisis de laboratorio adecuados, son la mejor forma de evitar el error del diagnóstico tardío del embarazo en adolescentes. (1)

SEGUIMIENTO DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

Las adolescentes requieren de un tratamiento prenatal especial, teniendo en cuenta que la crisis vital de la adolescencia se suma a la crisis del embarazo.

El embarazo de la adolescente con apoyo psicosocial y un buen control prenatal es indistinguible, desde el punto de vista de la biología y de la salud del embarazo de la mujer adulta.

Sin embargo, el embarazo de la adolescente sin apoyo ni atención especial, presenta enfermedad materna, fetal y neonatal, con más frecuencia que en la adulta embarazada. (13)

Es importante la flexibilidad de las entrevistas y el acompañamiento y, respuestas a todas las preguntas que surgen. De ahí, que el equipo de atención a la adolescente embarazada debe de ser interdisciplinario y debe de funcionar como tal.

El equipo interdisciplinario, debe estar compuesto por:

- Médico General
- Pediatra
- Adolescenciólogo

- Gineco-obstetra
- Psicólogo
- Trabajadora Social
- Neonatólogo

Un embarazo no deseado en una adolescente, supone una crisis en ella y en la familia, por lo que todos necesitan apoyo.

Es importante brindarle un espacio para que puedan expresar sus sentimientos en forma confidencial, pues es ella la que debe tomar decisiones.

- Se inducirá la exploración de todas las opciones y la puesta de manifiesto de todos los sentimientos sobre el embarazo.
- Debe fomentarse la incorporación del compañero.
- Se explorará la situación de la familia.
- Se informará acerca de los cuidados prenatales
- En las pacientes que desean interrumpir el embarazo, se puntualizará la ilegalidad del aborto y los riesgos que conlleva su ejecución, en un medio no apto para el procedimiento.

- A fin de preveer la sepsis se sugerirá la inmediata reconsulta, luego del procedimiento si la paciente a pesar de la orientación decidiera hacerlo.
- Puede inducirse la posibilidad de adopción en algunas situaciones.
- Se brindará apoyo bio-psicoprofiláctico con la intención de prevenir nuevos embarazos. (24)

VALORACION INICIAL:

Dentro de la valoración inicial se realizará:

Historia clínica completa. Con antecedentes personales, familiares (obesidad, diabetes, etc.), toxicomanías, detectando factores de riesgo. De la adolescente embarazada y de su compañero ante el aumento de SIDA perinatal.

Exámen físico completo.- Incluyendo peso, talla, signos vitales (tensión arterial, FC, FR, temperatura), medición de la pelvis (pelvimetría).

Estudios de laboratorio.-

- Hemograma
- Química sanguínea completa

- Exámen general de orina
- Grupo sanguíneo y Factor Rh
- Colposcopia, con cultivos para gonococos y clamydias; así mismo realización de papanicolau.
- VDRL, HIV
- Glicemias

Y, de manera opcional:

- Anticuerpos antirubeola, toxoplasmosis, hepatitis.

PAUTAS NUTRICIONALES:

Valor calórico: el aumento de peso, debe ser de 10.5 kgs., esto implica aumentar el aporte calórico entre 200 y 300 Kcal/día.

Es importante recomendar no hacer dietas restrictivas.

Proteínas: lo ideal, es la ingesta de 2gr/kg/día

Suplementos vitamínicos: Con una dieta adecuada, los únicos necesarios son:

- Acido fólico: 200-400 g/día
- Hierro: 30-60 mg/día de sal de hierro
- Calcio: unicamente cuando la ingesta sea baja.

VACUNACIONES

Se recomiendan dos dosis de vacuna antitetánica en prevención del tétano neonatal, aplicándose al quinto y al sexto mes de gestación.

CONTROL ECOGRAFICO:

Con fecha de última menstruación conocida y crecimiento del útero dentro de percentilas normales, se deben de realizar dos ecografías: la primera, antes de las 20 semanas y la otra, a la semana 33.

En caso de que la fecha de última menstruación fuera incierta, se realizarán dos ecografías antes de la semana 20 de gestación para precisar edad gestacional.

CONTROL CARDIOLOGICO:

Ante la presencia de anormalidades en el exámen físico

CONTROL ODONTOLOGICO:

Para evitar la prevención de caries dental durante el embarazo.

FRECUENCIA DE LOS CONTROLES:

Se debe de acudir al control prenatal lo más antes posible para evitar al máximo las complicaciones.

El control obstétrico debe realizarse:

- Uno, cada cuatro semanas, hasta la semana 30 de gestación; otros a las 33 semanas.
- Uno cada dos semanas hasta la semana 37.
- Uno cada semana, hasta el parto.

Pero la adolescente embarazada, debe saber que puede recurrir a su clínico, siempre que lo desee, así como es indispensable la permanente conexión entre el Médico obstetra y el de Adolescente, para resolver cualquier interrecurrencia (desajuste psicoambiental, infección urinaria, quebrantamiento gestacional)

Será muy importante considerar la aceptación del embarazo por parte de la adolescente y tener presente que puede variar su relación con la familia, el compañero, la escuela, los amigos; de ahí surgirán las necesidades psicológicas de la paciente y el tipo de apoyo requerido. (24)

EDUCACION Y FOMENTO DEL AUTOCUIDADO.

Abordaje individual o grupal en visitas sucesivas, durante el embarazo de los siguientes temas:

- Fisiología del embarazo
- Alimentación
- Cuidado de la higiene bucal
- Toxicomanías: abuso de drogas y sus efectos
- Enfermedades de transmisión sexual e infección por VIH
- Parto: temores y fantasías
- Tipos de parto.
- Cuidados y preparación para la lactancia
- Necesidades de un bebé (recién nacido)
- Sexualidad y anticoncepción
- Reconocimiento por parte de la adolescente embarazada de las dependencias hospitalarias y en lo posible de los Profesionales con los que transcurrirán sus controles antes, durante y después del parto, a través del propio seguimiento y del recién nacido.
- Elección por parte de la embarazada, de la persona que se constituirá en acompañante durante el trabajo de parto (pareja masculina, familiar, amigo cercano), y que quedará registrado con autorización para ingresar a la sala de parto

(en los hospitales que así se dispongan) y con obligación de compartir las charlas informativas.

- Secciones de gimnasia preparatoria para el trabajo de parto (24).

COMPLICACIONES

El embarazo durante la adolescencia, se acompaña de diversos problemas maternos y fetales, biológicos y psicosociales; la mayor parte de estas complicaciones es resultado de la inmadurez biopsicosocial de la madre.

Entre las complicaciones maternas más frecuentes se mencionan: mayor incidencia de abortos espontáneo e inducidos ilegalmente, amenaza de parto prematuro, preeclampsia-eclampsia, infección de vías urinarias, mayor incidencia de distocias de trabajo de parto y en consecuencia, mayor número de cesáreas, anemia y hemorragia genital y muerte.

A nivel mundial, el embarazo es la principal causa de muerte entre las mujeres de 15-19 años. En la mayoría de los países Latinoamericanos y del Caribe, la maternidad y el aborto están

clasificados entre las cinco primeras causas de muerte entre las mujeres de 15-19 años. Siendo Jamaica, dónde es más común este fenómeno. En Bangladesh las complicaciones relacionadas con el parto, incluyendo las relacionadas con el aborto constituyen la causa principal de muerte entre las adolescente de ese país. La Organización Panamericana de la Salud, señaló que en "México", la muerte materna es la segunda causa más común en mujeres de 15 a 24 años. Las probabilidades de que una madre adolescente tenga estos problemas, son mayores en los países en desarrollo que en los desarrollados y dichas probabilidades son más altas entre los pobres que entre los de mejor condición económica en un mismo país.

En este punto es muy importante dejar bien claro que cuanto menor sea la edad de la adolescente embarazada, son mayores los riesgos ya comentados y aún más si no ha existido un control prenatal adecuado (25)

Este hecho puede agravarse si además de la corta edad, la madre no está dentro de la protección del matrimonio, pues se enfrenta a la situación social de rechazo.

La hipertensión en la adolescente embarazada, se atribuía a la edad per se. Actualmente se han elaborado otras teorías que consideran la influencia de otros factores, tales como la paridad, factores inmunológicos y genéticos.

La anemia presente con frecuencia en las madres embarazadas, se debe en parte a los malos hábitos higiénicos dietéticos y a la condición socioeconómica baja. Con respecto a la prematuridad y a la mortalidad materna y perinatal, como se mencionó antes, no es mayor que en las mujeres adultas cuando la atención prenatal es adecuada para la edad.

En América Latina, es notable el caso especial de la morbilidad y la mortalidad, relacionadas con el aborto ilegal, una de las primeras causas de defunción en mujeres jóvenes en edad de procrear. Entre las complicaciones del aborto, las más graves son las infecciones, las metrorragias, el daño cervicouterino y las perforaciones. Las infecciones incluyen endometritis, salpingitis y sepsis. Las complicaciones a largo plazo son casi nula, si se practica el aborto legal y son difíciles de estimar

donde está prohibido, pero incluye el Síndrome de Asherman con infertilidad, el aborto espontáneo y la prematuridad. (13)

Otra complicación menos frecuente, es la depresión postparto; la cual está dada con mayor incidencia en madres adolescentes con antecedentes de violación, pues hace más proclive a la paciente a la depresión, como lo refiere Gidyés y Koss en un estudio sobre el impacto del abuso sexual adolescente, donde encontraron en las mujeres violadas, una puntuación significativamente más alta en los índices de depresión que las no violadas. (5)

La prematuridad podría estar ligada al abuso de sustancias, el estrés materno, a las enfermedades de transmisión sexual. Se ha encontrado *chlamydia trachomatis* en la vagina y el cervix de madres adolescentes. Varios autores asocian la presencia de Clamidias con prematuridad o ruptura prematura de membranas, mientras que otros no. Recientemente se ha encontrado una acción sinérgica entre los factores que activan las prostaglandinas y la presencia de clamidias, que por ende, precipitan el trabajo de parto prematuro. El estrés es otro factor

importante en el curso del embarazo de las adolescentes, sobre todo en los primeros tres meses. La persistencia del estrés durante el embarazo, podría desencadenar también el trabajo de parto prematuro o inferir en el crecimiento fetal. La incidencia de aborto espontáneo, está relacionado con el perfil hormonal de la madre adolescente. El ciclo menstrual en las adolescentes sería el reflejo de los cambios hormonales que ella sufre y que se expresa en su rendimiento reproductivo. Así se vió que la baja estimulación del folículo para la hormona foliculoestimulante, durante la fase folicular del ciclo menstrual retarda la meiosis y aumenta el riesgo de anomalías en el huevo. (13)

Las complicaciones que más frecuentemente se presentan en los hijos de madres adolescentes con prematuridad, bajo peso al nacimiento y aumento de la morbilidad (daño neurológico, retraso mental) y aumento en la mortalidad y, aumento de la incidencia de malformaciones congénitas.

En estudios realizados en Estados Unidos, el riesgo de muerte durante el primer año de vida de los bebés de madres

adolescentes (menores de 20 años), es el doble que los bebés que nacieron de madres mayores.

Mientras más joven sea la madre, más serias parecen ser las complicaciones y las consecuencias. Las madres de 15 años ó menos, tienen el doble de probabilidades de concebir niños de bajo peso que las madres de 20-24 años.

Por otra parte, se han encontrado en otros estudios, puntuaciones más bajas en el coeficiente intelectual, desarrollo emocional y social y adaptación a la escuela en los hijos de madres adolescentes, y, en especial, de aquéllos provenientes de hogares económicamente desfavorecidos y con ausencia del padre o de algún adulto.

Es importante hacer notar que estudios recientes, señalan que algunas complicaciones no están relacionadas con la edad, sino con el cuidado y nutrición prenatal inadecuados. Varios estudios, han mostrado que algunas adolescentes Europeas primíparas, que participaron en un programa con cuidados especiales, no presentaron más riesgos obstétricos y neonatales que las mujeres adultas. (25)

En otros estudios se mencionan que la frecuencia de complicaciones maternas y neonatales fue similar para las adolescentes mayores de 14 años y un grupo de comparación de mujeres de 20 y 29 años, sin embargo, hubo mayor frecuencia de distocias, cesáreas y neonatos con puntuación de APGAR bajo al nacer, en las pacientes de 14 años ó menos.

En un estudio reciente realizado en el servicio de Medicina de Adolescentes del Hospital Materno Infantil Inguarán, se encontró que el número de cesáreas y productos enfermos al nacimiento incluyendo malformaciones congénitas, se duplicaba cuando la madre se había embarazado dentro de los dos primeros años de edad reproductiva. (4)

El estudio hospitalario, efectuado en el IMSS, en las Ciudades de México, Guadalajara y Monterrey en 1987, demostró que los recién nacidos de madres adolescentes, tienen una alta probabilidad de nacer con bajo peso: 7.2% cuando se trata de recién nacidos a término (niños con 38 ó más semanas de gestación), comparado con un 4.9% en los niños de mujeres, entre 20 y 30 años de edad. Dado que el riesgo de bajo peso en

los hijos de adolescentes es casi un 50% , que en los hijos de mujeres entre 20 y 30 años, cuando se analizan los recién nacidos a término, es deseable reducir dicho riesgo, lo cual estaría en buscar estrategias dirigidas a prevenir el primer embarazo y en aplazar los siguientes, buscando diferenciarlos después de los 20 años. (7)

La alta frecuencia de bajo peso al nacer, puede ser explicada por la raza, el sexo del recién nacido, el escaso aumento de peso en la embarazada, el bajo peso de la madre (actual y cuando nació), la condición social de pobreza y el abuso de sustancias tóxicas (tabaquismo, drogas). (13)

CONSECUENCIAS

Consecuencias para la madre adolescente. Las consecuencias para la madre adolescente del embarazo, han sido documentadas ampliamente. Entre las más frecuentes se encuentra el riesgo de deserción escolar y baja escolaridad, desempleo más frecuente, con ingreso económico reducido de por vida, mayor riesgo de separación de su pareja, divorcio y abandono, mayor número de hijos. (1)

La mujer que tiene su primer hijo a temprana edad, tienen también un mayor número de hijos no deseados y una mayor inestabilidad en la pareja, alcanza escaso nivel educativo y a lo largo de la vida alcanza un ingreso económico reducido. Debiendo aclarar que en esta investigación no se ha considerado el comportamiento y la motivación de la adolescente antes de su embarazo.

Es posible que el nivel educativo mínimo, se relacione con otros factores que a su vez se asocian con el embarazo, pero que no son su consecuencia directa. En un estudio prospectivo que considera factores pre-existentes, se muestra el efecto destructivo del embarazo sobre la escolaridad materna. Este es aún más notable, cuando la adolescente cría al niño sin apoyo familiar. Es de interés hacer notar un fenómeno compensatorio: las madres más jóvenes, tienden a quedarse a vivir más tiempo con sus propias madres y esto les ofrece un ambiente más estable y propicio para sus hijos. (13)

Los efectos sociales por el hecho de tener un hijo durante la adolescencia, son negativos para la madre; puesto que el

embarazo y la crianza del niño independientemente del estado marital, interrumpió oportunidades educacionales que se reflejan en el momento de obtener mejores trabajos, salarios más altos, ascensos y si es soltera, sus perspectivas para un matrimonio futuro son mucho menores. (25)

En México; en un estudio realizado por Pick y Cols. en adolescente embarazadas, se observa que el 65.3% de ella, ya no vé al papa de su hijo al sexto mes del embarazo y sólo el 8.3% de ellas, creen que se van a casar con el muchacho que las embarazó.

Las publicaciones de diversos países en vías de desarrollo y desarrollados especializadas en esta materia, informan que las condiciones ocupacionales inferiores e ingresos reducidos a causa de una educación insuficiente. En Estados Unidos, las madres adolescentes ganan alrededor de un 50% menos, que las que han tenido su primer hijo después de los 20 años. (25)

En el año de 1989, el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA), realizó un estudio en madres embarazadas menores de 18 años, que asistieron al Hospital de la Mujer de la Secretaría

de Salud. La muestra que se tomó de este perfil fué de 293 casos en los que se demostró lo siguiente:

- El 4% de las madres adolescentes, nunca asistió a la escuela.
- El 54%, realizó estudios de primaria.
- El 37%, tienen estudios de secundaria incompleta.
- El 5%, tiene estudios de preparatoria y bachillerato. (26)

Sender Witz y Paxman, resumen que en el Caribe, dónde un tercio de todos los embarazos corresponden a mujeres menores de 19 años, un número sustancial de jóvenes abandonan sus estudios, ya que se les obliga a retirarse, si salen embarazadas, sin posibilidad de ser readmitidas nuevamente. En una encuesta en Costa Rica, el 51% de las jóvenes embarazadas, abandonó sus estudios a causa del embarazo, y el 61% de las empleadas, dejó de trabajar. En un estudio realizado en Nigeria, con un grupo de 127 jóvenes estudiantes que se embarazaron, se observó que el 52% fue expulsada de la escuela y el 20% se avergonzó de regresar a ella. El 15% no pudo regresar, porque sus padres se negaron a pagar la colegiatura, y, el 8% fue forzada a casarse. (25)

Por otra parte, cuando las muchachas adolescentes se casan y su matrimonio perdura, están más expuestas a dar a luz a un número mayor de hijos, que las mujeres que retrasan el nacimiento de sus hijos, hasta después de los 20 años.

En general, se puede asegurar que en la mayoría de las culturas, los matrimonios resultados de embarazos premaritales, son menos estables que los de matrimonios planeados. Por ejemplo, en los Estados Unidos, estos matrimonios están en estrecha relación con desventajas económicas y una alta incidencia de divorcio.

Algunos estudios muestran también que la mayoría de los matrimonios de los adolescentes, tienen mayor riesgo de inestabilidad y desintegración, así como obstáculos económicos mayores.

En muchos grupos sociales, el matrimonio es visto como una consecuencia necesaria del embarazo premarital. En estos casos, el matrimonio ayuda a evitar el rechazo social, aunque no elimina los riesgos médicos o reduce otras consecuencias del

matrimonio temprano como puede ser el abandono de la educación académica.

En consecuencia, debido a todo lo expuesto anteriormente es preciso agregar que los riesgos sociales y psicológicos negativos del embarazo en adolescentes, aún pueden ser mayores de los riesgos biológicos. (25)

CONSECUENCIAS PARA EL HIJO DE MADRES ADOLESCENTES.

El hijo de la madre adolescente, presenta con mayor frecuencia, problemas socioafectivos, retraso en el desarrollo físico y emocional, desnutrición, capacidad mental probablemente inferior, alto riesgo de abuso físico, negligencia en los cuidados de la salud, alta proporción de hijos ilegítimos, que limita sus derechos legales y servicios de salud.

Entre las consecuencias a largo plazo se observan: retraso en pruebas psicológicas, problemas emocionales, fracaso escolar, riesgo de abusos de drogas, experiencias sexuales tempranas, y si es mujer, embarazos en su adolescencia y riesgo de maltrato.

Si se toma en cuenta que la mayor parte de los embarazos en

adolescentes son no deseados, y además que la madre cursa con inmadurez biopsicosocial, la posibilidad de un cuidado del recién nacido y del lactante, es mínima. La desnutrición se menciona también como afección que cursa el hijo de la madre adolescente, circunstancia que se vé favorecida por el desconocimiento, en relación con el tipo de alimentación y la nula asistencia del hijo a consultas pediátricas de control. Esto se corrobora en algunos estudios, dónde se señala que el 65% de las madres adolescente, ignoraban los cuidados que requería su hijo en el primer año de vida. Lo anterior, se refuerza también con el hallazgo de que 51% de ellas no sabía que tipo de leche era mejor para su hijo, y el 68% carecía de información sobre las vacunas necesarias. El 89% de las pacientes no sabían la edad de inicio de la ablactación y 54% dijo que no llevarían a su hijo a control, o lo haría solo en caso de enfermedad. (4)

Por otra parte, otros estudios sugieren que la mayoría de las mujeres que dan a luz por primera vez en edad temprana, están más expuestas a vivir solas con su hijo por un largo período,

que sus posibilidades económicas son muy reducidas y que no siempre son apoyadas en la crianza de su hijo, lo cual se manifiesta en desventajas emocionales para su hijo. (25).

En algunos lugares, el hijo nacido fuera del matrimonio lo cuida la familia extensa o la comunidad; no obstante en el caso de muchachas del área urbana, sin recursos económicos; este problema las puede llevar a la prostitución, al alcoholismo, así como al abandono, descuido y hasta maltrato del menor. Además por lo general, las hijas de madres adolescentes, tienden a ser madres adolescentes, también. En general, podemos decir que como la situación socioeconómica es poco favorable, la buena salud del niño puede estar en peligro ya que sus padres adolescentes no se encuentran lo suficientemente maduros como para proveer fuentes emocionales, económicas y educacionales, así como un ambiente social adecuado para su desarrollo óptimo. (25)

Los problemas socioafectivos que se presentan con mayor frecuencia en los hijos de madres adolescentes, son: impulsividad, agresividad o problemas de atención. Se observa

mayor negligencia en los cuidados de la salud, la duración de la lactancia materna, es en promedio menor que para los hijos de madres adultas y el cumplimiento del calendario de vacunas es deficitario, por lo que se presenta mayor riesgo de infecciones agudas.

También están presentes los accidentes traumáticos, Síndrome de Muerte Súbita y posibilidad de envenenamiento o intoxicaciones. Esto, no se debe solamente a la edad de la madre, sino también a la constelación de factores de riesgo que rodean al embarazo en este período de vida. Con un excelente cuidado prenatal, el niño de la madre adolescente, puede ser sano, sin embargo, por lo ya señalado, la salud futura del recién nacido puede peligrar por la maternidad a temprana edad. (13)

CONSECUENCIA PARA EL PADRE ADOLESCENTE.

El hombre por lo general, es dos ó tres años mayor que su pareja. Se ha encontrado que la paternidad adolescente se asocia con mayor frecuencia con el abandono de los estudios profesionales, con la realización de trabajos de menor nivel que los que no tuvieron hijos en su adolescencia y con una

descendencia más numerosa; así como mayor incidencia de divorcio. Hay un comportamiento que a menudo se repite en el padre adolescente, y es la exageración con respecto a la preocupación sobre distintos problemas, sin tomar ninguna medida para solucionarlos. (13)

En un estudio longitudinal llevado a cabo en los Estados Unidos, se compararon jóvenes varones de nivel socioeconómico, raza y habilidad académica similares, y se observó que los que se convirtieron en padres antes de los 19 años, tenían menos posibilidades de graduarse, que los que tuvieron hijos después de los 24 años. Con poca educación superior, los jóvenes padres encuentran trabajo menos remunerados. (25)

Otras consecuencias para el padre adolescente, es el aumento del estrés y mayor frecuencia de trastornos emocionales por una reacción negativa del medio que lo rodea. Pues la sociedad no facilita para nada a los jóvenes a llegar a soluciones maduras para enfrentar el problema.

Los padres jóvenes suelen tener menos información que sus compañeras sobre el proceso biológico, y la noticia de ser padres puede conmoverlos profundamente. Deben en ese momento asumir un rol que en esa etapa de su crecimiento está cuestionado. Algunos adolescentes lo intentan, pero la desvalorización a la que son sometidos por sus propias familias, las dificultades laborales y económicas, el rechazo social y la relación de conflictos que se establece con su compañera, hace que muy pocos puedan asumir y mucho menos concretar la responsabilidad. Se convierten así en padres abandonantes, con posibles secuelas hasta la fecha, no bien estudiadas. Por ello, el padre adolescente en esta compleja problemática, es una persona que también requiere ser atendida y considerada por el equipo de salud. (1)

PREVENCION

El primer propósito debe de ser la prevención del embarazo precoz, mediante acciones dirigidas al grupo de adolescentes en su comunidad, dónde la escuela debe ser el primer contacto educativo en el área de salud reproductiva. (4)

No solo debe de considerarse educación sexual, la instrucción impartida en los establecimientos educativos por el docente o el especialista en la materia, sino también en una forma integral a toda la enseñanza que brinda la familia, la sociedad y los grupos de pertenencia. Esta enseñanza está dentro de creencias, tabúes, costumbres sociales, miedos, sesgos personales, etc. La educación es general, es uno de los instrumentos que la sociedad utiliza para transmitir en forma masiva sus valores entre los cuales se incluyen los referentes al comportamiento sexual. La educación sexual impartida de manera implícita constituye un pilar importante del desarrollo de los adolescentes. La incorporación de la educación sexual en los planes de enseñanza deber ser una preocupación constante de los gobiernos, los grupos religiosos, los educadores y los padres, ya que a través de ella se adquiere información, se

forman actitudes y se adoptan creencias y valores sobre la identidad de las relaciones interpersonales e intimidad, con respecto a la sexualidad. Este proceso dura toda la vida. El papel de los Profesionales de la salud, también es fundamental para la educación sexual y la prevención de enfermedades de transmisión sexual y del embarazo, además de tener una actitud positiva y comprensiva hacia ellos. (20)

Garantizar la participación activa de la población en la educación sexual, es una de las estrategias básicas para concientizar a la juventud sobre ciertas conductas que comportan riesgos especiales.

De aquí, que de acuerdo a los diferentes niveles de prevención, se llevarán acciones en prevención primaria, secundaria y terciaria.

Prevención Primaria:

Medidas destinadas a evitar el embarazo en la adolescencia.

- Información sobre fisiología reproductiva gradual y continuada en todos los ámbitos y no solo limitada al ámbito escolar.
- Utilización adecuada de los medios de comunicación.

- Estimulación a los jóvenes a la reflexión grupal, sobre los problemas relacionados con cada etapa de la adolescencia.
- Fomento de la comunicación entre padres o adultos responsables y los jóvenes en lugares comunes que sirvan como foro de discusión.
- Entrenamiento de las personas que tienen contacto prolongado con adolescentes (docentes, líderes), para la atención de aquéllos adolescentes de alto riesgo.
- Captación por personal entrenado, de los jóvenes que no asistan a establecimientos educacionales, ni trabajan para su reinserción social y escolar.

Prevención secundaria:

Medidas a tomar, cuando la joven está embarazada.

- Asistencia del embarazo, parto y recién nacido en programas de atención de adolescentes por personal motivado y capacitado en este tipo de atención.
- Asistencia al padre de la criatura, favoreciendo su participación y ayudándola a asumir su rol.

- Información y apoyo psicológico a la joven si decide entregar a su hijo en adopción.
- Estas acciones deberán ser llevadas a cabo en lo posible, dentro de programas integrales de atención a adolescentes, con personal de las áreas médicas, social y psicológica, que funcione como equipo inter y transdisciplinario.

Prevención terciaria:

Acciones que atenderán el control de la evolución del niño y sus jóvenes madres.

- Vigilancia del vínculo madre-hijo, padre-hijo, prestando atención a signos de alarma.
- Favorecimiento a la inserción laboral de la madre y del padre, si corresponde.
- Seguimiento médico integral del joven padre, sea cual fuere la situación en la que se haya ubicado frente a su compañera y su hijo.
- Asesoramiento adecuado a ambos, para que puedan regular su fertilidad, evitando la reiteración compulsiva de los embarazos con intervalo intergenésico corto.

- Creación de pequeños hogares maternos para las jóvenes sin apoyo familiar, que además de alojarlas, las capaciten para enfrentar la situación de madre soltera y la prevención de un nuevo embarazo no deseado. (20)

O B J E T I V O

Conocer las características socioculturales de la adolescente embarazada, que acude al Hospital Infantil del Estado de Sonora.

TIPO DE ESTUDIO

- Transversal
- Observacional
- Descriptivo
- Prospectivo

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio transversal, observacional, descriptivo y prospectivo en adolescentes embarazadas de 10-19 años que acudieron al Hospital Infantil del Estado de Sonora, para su atención, seleccionándose de manera intermitente.

Período de estudio: 1º. De julio al 31 de diciembre de 1997.

CRITERIOS DE INCLUSION: Adolescentes embarazadas de 10-19 años que acudieron para su atención de embarazo al Hospital Infantil del Estado de Sonora.

CRITERIO DE EXCLUSION: Que no desea participar en la investigación.

RECURSOS HUMANOS.- Personal que labora en el Servicio de Medicina de la Adolescencia.

RECURSOS MATERIALES.- Cuestionarios, lápices, borradores, carta de conocimiento informativa.

LOS PARAMETROS ANALIZADOS FUERON: Incidencia, edad, estado civil, medio socioeconómico, procedencia, características de la familia (tipo, estructura, funcionalidad, No. de integrantes) Lugar de residencia, características de la vivienda, escolaridad, actividades, ocupación, toxicómanas, antecedentes delictivos,

tipo de religión, edad de menarca, edad espermaquia, inicio de vida sexual, número de compañeros sexuales, antecedente de abuso sexual, edad de presentación de embarazo (madres de adolescente y pareja), orientación sexual, conocimiento preventivo de embarazo, método anticonceptivo utilizado, motivo de no-utilización de métodos, anticonceptivos, actitud de la adolescente y su pareja ante el embarazo, número de embarazo, control prenatal, evento obstétrico.

RESULTADOS

Fueron 227 adolescentes las que se incluyeron en nuestro estudio, y durante el período de estudio, acudieron a control prenatal 397 adolescentes y se atendieron por embarazo en hospitalización 974 adolescentes, como se observa en el Cuadro No.1

Cuadro No. 1

INCIDENCIA DE ATENCION DE EMBARAZO EN CONSULTA Y HOSPITALIZACION.

Junio a diciembre 1997

Atención de embarazo	Adolescentes Mayor de 20 años		Total
Control prenatal*			
Primer trimestre	23	108	131
Segundo trimestre	97	231	328
Tercer trimestre	277	811	1088
Total	397	1150	1547
Hospitalización**	974	3217	4191

* Consulta Externa de Obstetricia

** Atención hospitalaria por evento obstétrico y/o complicación de embarazo.

De las 227 adolescentes, se encontró que 168 (74%), correspondían a las edades de 17 a 19 años; por grupos de edad 218 (96.1%), correspondían a los 15 a 19 años, con una media de 17.3 años y una moda de 18 años como se muestra en el Cuadro No. 2 y 3

Cuadro No. 2

EDAD DE 227 ADOLESCENTES ATENDIDAS POR EMBARAZO

E d a d	No.	%
13	1	0.4
14	8	3.5
15	17	7.5
16	33	14.5
17	52	23
18	66	29
19	50	22
T o t a l	227	100

Cuadro No. 3
GRUPO DE EDAD Y SEXO DE 227 ADOLESCENTES
ATENDIDAS POR EMBARAZO.

E d a d	No.	%
10 - 14	9	3.9
15 - 19	218	96.1
T o t a l	227	100

Moda: 18 años

Media: 17.3 años.

La edad de la pareja de la adolescente, fue mayor de 20 años en 140 casos (62.2%); adolescentes 82 casos (36.4%) y se desconocía en tres casos (1.3%), como se muestra en el Cuadro No. 4.

Cuadro No. 4

EDAD DE LA PAREJA DE LA ADOLESCENTE

Edad	No.	%
15	2	0.9
16	7	3.1
17	17	7.5
18	24	10.7
19	32	14.2
20	24	10.7
21	20	8.9
22	28	12.4
23	21	9.3
24	19	8.4
25	8	3.6
26	4	1.8
27	2	0.9
28	1	0.4
29	4	1.8
30	1	0.4
32	1	0.4
34	2	0.9
36	2	0.9
39	1	0.4
41	1	0.4
58	1	0.4
Se desconoce	3	1.3
T o t a l	225	100.0

Fallecieron: dos casos. Media: 21.5 años.

El estado civil de la adolescente por orden de frecuencia correspondió a: unión libre 51.8%; soltera 33.9%, y casada 11.5%.

El estado civil de la pareja correspondió en orden de frecuencia a: unión libre 50.7%; soltero 29.6%; casado 18%; divorciado 1.1%; viudo 0.2% y se desconocía en 0.4%.

El nivel económico de la adolescente era bajo 66.1%; medio bajo 33.1%; medio 0.8%; y el de la pareja: bajo 67.7%; medio bajo 31.2%; medio 0.4%, y medio bajo 0.7%.

La residencia de la adolescente era urbana en 183 casos (80.6%) y rural en 44 casos (19.4%), como se muestra en el Cuadro No. 5

Cuadro No. 5
 CARACTERIZACION SOCIAL DE LA ADOLESCENTE Y SU
 PAREJA

Parámetro	Adolescente		Pareja		Total	
	N	%	N	%	N	%
Estado civil						
• Unión libre	117	51.8	112	49.3	229	50.7
• Soltero	77	33.9	57	25.1	134	29.6
• Casado	33	11.5	48	21.1	81	18
• Divorciado	-	-	5	2.2	5	1.1
• Viudo	-	-	1	0.4	1	0.2
• Se desconoce	-	-	2	1.7	-	0.4
Nivel socioeconómico						
• Bajo	150	66.1	156	68.7	306	67.7
• Medio bajo	75	33.1	66	29.0	141	31.2
• Medio alto	-	-	3	1.6	3	0.7
• Medio	2	0.8	-	-	2	0.4
Residencia						
• Urbana	183	80.6				
• Rural	44	19.4				

De las características de la familia de la adolescente y la pareja, en cuanto a estructura 229 casos 50.4% era familia nuclear; uniparental 114 casos 25.1%; extensa modificada 54 casos 11.9%; extensa 32 casos 7% y se desconocía 25 casos 5.5%.

El tipo de familia era permisiva 310 casos 68.3%; democrática 63 casos 13.9%; rígida 46 casos 10.1% y se desconocía en 35 casos 7.7%.

En cuanto a funcionalidad, era disfuncional en 216 casos 47.6%; funcional 208 casos 45.8%, y se desconocía en 30 casos 6.6%. Cuadro No. 6

Cuadro No. 6
**CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA DE LA ADOLESCENTE Y
 SU PAREJA**

Característica	Adolescente		Pareja		Total	
	N	%	N	%	N	%
Estructura						
• Nuclear	113	49.8	116	51.1	229	50.4
• Uniparental	65	28.6	49	21.6	114	25.1
• Extensa modificada	34	15	20	8.8	54	11.9
• Extensa	15	6.6	17	7.5	32	7.0
• Se desconoce	0	0	25	11	25	5.5
Tipo						
• Permisiva	160	70.5	150	66	310	68.3
• Democrática	36	15.8	27	11.9	63	13.9
• Rígida	31	13.7	15	6.6	46	10.1
• Se desconoce	0	0	35	15.4	35	7.7
Funcionalidad						
• Disfuncional	107	47.1	109	48	216	47.6
• Funcional	120	52.9	88	38.8	208	45.8
• Se desconoce	0	0	30	13.2	30	6.6

El estado civil de los padres de la adolescente y la pareja, correspondió en orden de frecuencia a: casado 499 casos 59.2%; unión libre 185 casos 16%; soltera 49 casos 5.8%; divorciados 31 casos 3.6%; viudos 43 casos 5.1% y, se desconocía en 86 casos 10.2%. Cuadro No. 7

Cuadro No. 7

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DE LA ADOLESCENTE Y SU PAREJA

Estado Civil	Adolescente				Pareja				Total	
	Madre		Padre		Madre		Padre		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Casado (a)	117	54.2	125	59.5	129	58.6	128	65	499	59.2
Union libre	55	25.5	45	21.4	21	9.6	14	7.1	185	16
Soltera	23	10.6	11	5.2	8	3.6	7	3.5	49	5.8
Divorciada	12	5.5	4	1.9	11	5	4	2	31	3.7
Viuda	9	4.2	7	3.3	22	10	5	2.5	43	5.1
Se desconoce			18	8.6	29	13.2	39	19.8	86	10.2
Total	216	100	210	100	220	100	197	100	843	100

El número de integrantes de la familia de la adolescente y su pareja correspondió en orden de frecuencia a: cinco integrantes en 95 familias 21%; seis integrantes en 78 familias 17.2%; siete integrantes 70 familias 15.4%; ocho integrantes 49 familias 10.8%; cuatro integrantes 35 familias 7.7%; nueve integrantes en 29 familias 6.4%; 10 integrantes 21 familias 4.6%; 11 integrantes en 10 familias 2.1%; de 12 a 17 integrantes en 19 familias 4.2%; uno a tres integrantes 15 familias 3.3%. Se desconocía en 31 familias: 6.8%. Cuadro No. 8

Cuadro No. 8

NUMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA DE LA ADOLESCENTE Y SU PAREJA

N INTEGRANTES	ADOLESCENTES		PAREJA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
1	1	0.4	0	0	1	0.2
2	3	1.3	2	0.9	5	1.1
3	4	1.8	5	2.2	9	2
4	19	8.4	16	7.1	35	7.7
5	56	24.7	39	17.3	95	21
6	38	16.7	40	17.8	78	17.2
7	42	18.5	28	12.4	70	15.4
8	23	10.1	26	11.6	49	10.8
9	13	5.7	16	7.1	29	6.4
10	12	5.2	9	4	21	4.6
11	7	3.1	3	1.3	10	2.1
12	4	1.8	4	1.8	8	1.8
13	2	0.8	1	0.4	3	0.6
14	2	0.8	2	0.8	4	0.8
15	0	0	3	1.3	3	0.6
17	0	0	1	0.4	1	0.2
se desconoce	1	0.4	30	13.3	31	6.8
TOTAL	227	100	225	100	452	100

Las características de la vivienda de los padres de la adolescente, correspondía a: departamento popular 69.6%; vecindad o cuarto improvisado 28.2% y choza y jacal 2.2%. El número de dormitorios era de dos, 51.1%; uno 26.9%; tres 11.2%; y un cuarto 10.1%.

Las características de vivienda de los padres de la pareja, eran: casa o departamento popular 78.2%; vecindad o cuarto improvisado 19.3%; choza o jacal 1.9%; sin vivienda un caso (0.5%). eL número de dormitorios era de dos: 58.8%; tres dormitorios 18.9%; un dormitorio 22.1% y, un cuarto 8.1%.

Cuadro No. 9

Cuadro No. 9

CARACTERISTICAS DE LOS PADRES DE LA ADOLESCENTE Y DE LOS PADRES DE SU PAREJA

	TIPO DE VIVIENDA					NUMERO DE DORMITORIOS					
	sin vivienda	choza o jacal	vecindad o cto. Improv.	caso o dpto. popular	casa o dpto. residencial	un cuarto	un dormitorio	dos dormitorios	tres dormitorios	total	
Madre	n	0	5	54	158	0	23	61	116	27	227
Adolescente	%	2.2	28.2	69.6	0	10.1	26.9	51.1	11.2	100	
Pareja de la adolescente	n	1	4	39	158	0	15	41	94	35	185
	%	0.5	1.9	19.3	78.2	0	8.1	22.1	50.8	18.9	100

* se desconocian las características de 26 viviendas
 * se desconocia el número de dormitorios en 42 viviendas

El lugar dónde vivía la pareja en orden de frecuencia, correspondió a: casa de los suegros 57 casos 38.85; padres 16 casos 10.9%; padres 16 casos 10.9%; madre 10 casos 6.8%; hermanos cuatro casos 2.7%; abuelos cuatro casos 2.7%; cuñados tres casos 2%; amiga un caso 0.7%; vivían solos 16 casos 10.9%; no vivían juntos 80 casos 35.2%. Cuadro No.10

Las características de los 52 adolescentes que vivían con su pareja solos, era de casa o departamento popular en 27 casos 52%; vecindad o cuarto improvisado 14 casos 27%; choza o jacal 10 casos 19.25; y choza un caso 1.9%.

El número de dormitorios correspondió a uno en 22 casos 42.3%; dos dormitorios 15.4% y tres dormitorios un caso 1.9%; sólo contaban con un cuarto 21 casos 40.4%. Cuadro No.11

Cuadro No. 10

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL DE LA ADOLESCENTE Y SU PAREJA

CON QUIEN VIVEN	N	%
Suegros	57	38.8
Solos	52	35.4
Padres	16	10.9
Madre	10	6.8
Hermano (a)	4	2.7
Abuela	4	2.7
Cuñada	3	2
Amiga	1	0.7
Si viven juntos	147	64.8
no viven juntos	80	35.2
TOTAL	227	100

Cuadro No. 11**CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA EN 52 PAREJAS.**

VIVIENDA	N	%
Casa o Dpto popular	27	52
Vecindad / Cuarto improvisado	14	27
Choza / Jacal	10	19.2
Sin choza	1	1.9
TOTAL	52	100

N DE DORMITORIOS	N	%
un dormitorio	22	42.3
dos dormitorios	8	15.4
tres dormitorios	1	1.9
un cuarto	21	40.4
TOTAL	52	100

La escolaridad de la adolescente y su pareja, correspondió a secundaria incompleta 142 casos 31.4%; secundaria completa 77 casos 17%; preparatoria incompleta 61 casos 13.5%; primaria incompleta 56 casos 12.4%; preparatoria completa 47 casos 10.4; primaria completa 33 casos 7.3%; analfabeta cinco casos 1.1%; y, se desconocía en 31 casos 6.9%. Cuadro No. 12

En la adolescente existía el antecedente de abandono escolar previo al embarazo en 153 casos, estudiaban, previo al embarazo en 74 casos y al momento del estudio sólo 12 adolescentes continuaban estudiando.

En la pareja de la adolescente existía antecedente de abandono escolar en 104 casos; estudiaban 121 casos y al momento del embarazo de la adolescente, abandonaron la escuela 97 casos y, continuaron sus estudios, 24.

Cuadro No. 12

ESCOLARIDAD DE LA ADOLESCENTE Y SU PAREJA

Escolaridad	Adolescente		Pareja			
	No.	%	No.	%		
Analfabeta	1	0.4	4	1.7	5	1.1
Primaria completa	16	7	17	7.5	33	7.3
Primaria incompleta	29	12.7	27	12	56	12.4
Secundaria completa	43	19	34	15	77	17.0
Secundaria incompleta	94	41.5	48	21.1	142	31.4
Preparatoria completa	8	3.5	39	17.1	47	10.4
Preparatoria incompleta	36	15.8	25	11	61	13.5
Se desconoce			31	14.5	31	6.9
T o t a l	227	100.0	225	100.0	452	100.0

La escolaridad de los padres de la adolescente y su pareja, fue la siguiente: primaria incompleta 127 casos 15.1%; primaria completa 102 casos 12.1%; secundaria completa 44 casos 5.2%; secundaria incompleta 25 casos 3%; preparatoria completa 18 casos 2.1%; estudios profesionales 13 casos 1.5%; otros estudios seis casos 0.7%. No estudiaron 56 casos 6.6% y se desconocía escolaridad en 447 casos 53%. Cuadro No. 13

Las actividades de la adolescente embarazada y su pareja eran deportivas 36 casos 7.9%; culturales seis casos 1.3%; sociales dos casos 0.4%; no referían algún tipo de actividad 402 casos 89% y, se desconocían el tipo de actividades seis casos 1.3%.

Cuadro No. 14

Cuadro No.13

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE LA ADOLESCENTE Y SU PAREJA

Escolaridad	Adolescente						Pareja						Total	
	Madre		Padre		%		Madre		Padre		%		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Analfabeta	18	8.3	17	8.1	13	5.9	8	4.8	56	6.6				
Primaria Completa	48	22.3	36	17.2	15	6.8	3	1.5	102	12.1				
Primaria Incompleta	58	26.8	49	23.3	13	5.9	7	3.6	127	15.1				
Secundaria Completa	19	8.8	11	5.2	9	4.1	5	2.5	44	5.2				
Secundaria Incompleta	14	6.5	8	3.8	1	0.4	2	1	25	3				
Preparatoria Completa	5	2.3	5	2.4	3	1.4	5	2.5	18	2.1				
Preparatoria Incompleta	0	0	4	1.9	1	0.4	0	0	5	0.6				
Profesional	5	2.3	3	1.4	2	0.9	3	1.5	13	1.5				
Otros	2	0.9	3	1.4	1	0.4	0	0	6	0.7				
Se Desconoce	47	21.8	74	35.2	162	73.7	164	83.2	447	53				
Total	216	100	210	100	220	100	197	100	843	100				

Cuadro No. 14

ACTIVIDADES DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA Y SU PAREJA

Actividad	Adolescente		Pareja		total	%
	n	%	n	%		
Deportiva	2	0.8	34	15.1	36	7.9
Social	1	0.4	1	0.4	2	0.4
Cultural	3	1.3	3	1.3	6	1.3
Ninguna	221	97.4	181	80.4	402	89
Se desconoce			6*	2.7	6	1.3
Total	227	100	225	100	452	100

* En 6 casos se desconoce actividad de la pareja

La ocupación actual de la adolescente y su pareja, fue en orden de frecuencia para la adolescente; se dedicaban al hogar: 76.6%; desempleada 9.8%; empleada 7.9%; estudiante 4.8% y catequista 0.8%.

En la pareja de la adolescente eran empleados 80.9%; desempleado 6.6%; estudiante 6.6%; grupo social 0.4% y se desconocía 4.5%. Cuadro No. 15

La ocupación de la adolescente, era de doméstica: nueve casos 50%; jornalera dos casos 11.1%; obrera dos casos 11.1%; empacadora, secretaria, estilista, promotora, maquiladora: un caso cada una. Trabajaban 18 adolescentes 7.9%. No trabajaban 209 adolescentes 92.1%. Cuadro No. 16

La pareja de la adolescente trabajaba en 205 casos 91.1%; y el tipo de trabajo en orden de frecuencia era: obrero, albañil, jornalero, chofer, mecánico, vendedor, pescador, carpintero y otros. Se desconocía el tipo de trabajo en 12 casos, 5.8%. No trabajaban 20 casos 8.9%. Cuadro No. 17

Otra de las actividades realizadas en 69 casos en la pareja de la adolescente se muestran en el Cuadro No. 18

Cuadro No. 15

OCUPACION ACTUAL EN LA ADOLESCENTE Y SU PAREJA

Ocupacion	Adolescente		Pareja		total	
	n	%	n	%	n	%
Empleado	18	7.9	182	80.9	200	44.2
Hogar	174	76.6	0	0	174	38.6
Desempleada	22	9.8	15	6.6	37	8.2
Estudiante	11	4.8	15	6.6	26	5.7
Catequista	2	0.8	0	0	2	0.4
Grupo Social	0	0	1	0.4	1	0.2
Se Desconoce	0	0	12	4.5	12	2.6
Total	227	100	225	100	452	100

Cuadro No.16

OCUPACION ACTUAL DE LA ADOLESCENTE

Empleo	n	%
Domestica	9	50
Jornalera	2	11.1
Obrera	2	11.1
Empacadora	1	5.5
Secretaria	1	5.5
Estelista	1	5.5
Promotora	1	5.5
Maquilladora	1	5.5
Trabajan	18	7.9
No Trabajan	209	92.1
Total	227	100

Cuadro No. 17

TRABAJO ACTUAL DE LA PAREJA

Tipo	No.	%
Obrero	29	14.2
Albañil	25	12.2
Jornalero	15	7.3
Chofer	14	6.8
Mecánico	10	4.9
Vendedor	9	4.4
Pescador	5	2.4
Carpintero	5	2.4
Herrero	4	2
Cocinero	4	2
Comerciante	4	2
Se desconoce	12	5.8
Otros	69	33.7
TRABAJA	205	91.1
NO TRABAJA	20	8.9
T o t a l	225	100.0

TRABAJO ACTUAL DE LA PAREJA

Tipo	n	%
Oficinista	3	1.5
Operador	3	1.5
Pintor	3	1.5
Soldador	3	1.5
Taxista	3	1.5
Almacenista	3	1.5
Carrocero	3	1.5
Empleado	3	1.5
Musico	3	1.5
Regador	2	1
Vigilante	2	1
Promotor	2	1
Granjero	2	1
Cobrador	2	1
Militar	2	1
Afanador	1	0.5
Bombero	1	0.5
Campesino	1	0.5
Cargador	1	0.5
Cocinero	1	0.5
Contratista	1	0.5
Dibujante	1	0.5
Distribuidor	1	0.5
Electricista	1	0.5
Escultor	1	0.5
Ganadero	1	0.5
Hojalatero	1	0.5
Ingeniero	1	0.5
Intendente	1	0.5
Joyero	1	0.5
Judicial	1	0.5
Mensajero	1	0.5
Mesero	1	0.5
Minero	1	0.5
Pescador	1	0.5
Panadero	1	0.5
Peluquero	1	0.5
Policia	1	0.5
Recolector	1	0.5
Talabartero	1	0.5
Tecnico Dental	1	0.5
Tecnico Electricista	1	0.5
Tornero	1	0.5
Vidriero	1	0.5
Yesero	1	0.5
Total	69	30.6

La ocupación del padre de la adolescente en orden de frecuencia correspondió a: Jornalero 35 casos 16.7%; albañil 29 casos 13.8%; empleado 10 casos 4.7%; chofer nueve casos 4.3%; vendedor ambulante ocho casos 3.8%; mecánico ocho casos 3.8%; comerciante cinco casos 2.4%; herrero cinco casos 2.4%; obrero cuatro casos 1.9% y, otras actividades. Eran desempleados 19 casos 9% y se desconocía el tipo de actividad 16 casos 7.6%. Cuadro No. 19

Cuadro No. 19

OCUPACION DEL PADRE DE LA ADOLESCENTE

Ocupación	No.	%
Jornalero	35	16.7
Albañil	29	13.8
Empleado	10	4.7
Chofer	9	4.3
Vendedor ambulante	8	3.8
Mecánico	8	3.8
Comerciante	5	2.4
Herrero	5	2.4
Obrero	4	1.9
Músico	3	1.4
Plomero	3	1.4
Regador	3	1.4
Velador	3	1.4
Vigilante	3	1.4
Contratista	3	1.4
Jardinero	3	1.4
Agricultor	2	1.0
Electricista	2	1.0
Ganadero	2	1.0
Ladrillero	2	1.0
Maestro	2	1.0
Mesero	2	1.0
Oficinista	2	1.0
Panadero	2	1.0
Pensionado	2	1.0
Otros	23	11.0
Desempleados	19	9.0
Se desconocen	16	7.6
T o t a l	210	100

La ocupación de la madre de la adolescente era la siguiente: se dedicaba al hogar en 152 casos 70.4%; doméstica 24 casos 11.1%; obrera ocho casos 3.7%; empleada ocho casos 3.7%; vendedora ambulante siete casos 3.2%; comerciante cuatro

casos 1.9%; y, otras 13 casos 6%. Se desconocía el tipo de ocupación en dos casos 0.9%. Cuadro No. 20

Cuadro No. 20

OCUPACION DE LA MADRE DE LA ADOLESCENTE

Ocupación	No.	%
Hogar	152	70.4
Doméstica	24	11.1
Obrera	8	3.7
Empleada	8	3.7
Vendedora ambulante	7	3.2
Comerciante	4	1.9
Afanadora	3	1.4
Cocinera	2	0.9
Otras	6	2.8
Se desconoce	2	0.9
T o t a l	216	100.0

La ocupación del padre de la pareja, era: jornalero en 23 casos 11.7%; empleado 12 casos 6.1%; albañil 11 casos 5.6%; chofer

10 casos 5.1%; vendedor ambulante ocho casos 4%; pensionado siete casos 3.5%; mecánico, siete casos 3.5%; velador cuatro casos 2%; taxista cuatro casos 2%; comerciante, cuatro casos 2%; ejidatario cuatro casos 2%; y otras 42 casos 21.3%. Eran desempleados 23 casos 11.7% y se desconocía ocupación 38 casos 19.3%. Cuadro No. 21

Cuadro No. 21
 OCUPACION DEL PADRE DE LA PAREJA DE LA
 ADOLESCENTE

Ocupación	No.	%
Jornalero	23	11.7
Empleado	12	6.1
Albañil	11	5.6
Chofer	10	5.1
Vendedor ambulante	8	4.0
Pensionado	7	3.5
Mecánico	7	3.5
Velador	4	2.0
Taxista	4	2.0
Comerciante	4	2.0
Ejidatario	4	2.0
Carpintero	3	1.5
Cocinero	2	1.0
Contratista	2	1.0
Herrero	2	1.0
Oficinista	2	1.0
Operador	2	1.0
Pesador	2	1.0
Yesero	2	1.0
Otras	25	12.7
Desempleados	23	11.7
Se desconoce	38	19.3
T o t a l	197	100

La madre de la pareja, se dedicaban al hogar en 149 casos 67.7%; otras ocupaciones eran doméstica 22 casos 10%; costurera cuatro casos 1.85, comerciante cuatro casos 1.8%; afanadora dos casos 0.9%; vendedora ambulante dos casos 0.9%; otras actividades no especificadas en ocho casos 3.6%; desempleadas en nueve casos 4.1%; y se desconocía ocupación en 16 casos 7.3%. Cuadro No. 22

Cuadro No.22
OCUPACION DE LA MADRE DE LA PAREJA DE LA
ADOLESCENTE

Ocupación	No.	%
Hogar	149	67.7
Doméstica	22	10
Costurera	4	1.8
Comerciante	4	1.8
Afanadora	2	0.9
Vendedora ambulante	2	0.9
Otras	8	3.6
Desempleadas	9	4.1
Se desconocen	16	7.3
T o t a l	220	100

Se presentó antecedente de toxicomanías en la pareja y la adolescente en 216 casos 47.8% y no antecedente de toxicomanías en 236 casos 52.2%

Se presentó tabaco y alcohol en 65 casos 14.4%; alcoholismo 45 casos 10%; tabaco y drogas en 38 casos 8.4%; tabaquismo 32 casos 7%; alcohol y drogas 32 casos 7%; y, drogas cuatro casos 0.8%. Cuadro No. 23

Se presentó antecedente de toxicomanías en los padres de la adolescente y su pareja en 336 casos 39.9%; y no había antecedente de su uso en 438 casos 52%. Se desconocía este antecedente en 69 casos 8.2%.

De las toxicomanías presentes en orden de frecuencia, se presentó: tabaquismo en 130 casos 38.7%; alcohol y tabaco en 99 casos 29.5%; alcoholismo 97 casos 28.9%; uso de alcohol y droga en tres casos 0.9% y uso de droga en cuatro casos 1.2%.

Cuadro No. 24

Cuadro No. 23

TOXICOMANIAS EN LA ADOLESCENTE Y SU PAREJA

TIPO	ADOLESCENTE		PAREJA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Tabaco / Alcohol	11	4.8	54	24	65	14.4
Alcoholismo	5	2.2	40	17.8	45	10
Tabaco / Drogas	6	2.6	32	14.2	38	8.4
Tabaquismo	10	4.4	22	9.8	32	7
Alcohol / Drogas	4	1.8	28	12.4	32	7
Drogas	2	0.8	2	0.8	4	0.8
Toxicomanias	38	16.7	178	79.1	216	47.8
Sin toxicomanias	189	83.2	47	20.8	236	52.2
TOTAL	227	100	225	100	452	100

Cuadro No. 24

TOXICOMANIAS EN LOS PADRES DE LA ADOLESCENTE Y SU PAREJA

TIPO	Adolescente						Pareja						total	
	Padre		Madre		%		Padre		Madre		%		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tabaco	37	27	47	68.1	20	21.5	26	70.3	130	38.7				
Alcohol/tabaco	49	35.7	14	20.3	32	34.4	4	10.8	99	29.5				
Alcohol	47	34.3	6	8.7	38	40.9	6	16.2	97	28.9				
Tabaco/droga	3	2.2	1	1.4	0	0	0	0	4	1.2				
Alcohol/droga	0	0	0	0	3	3.2	0	0	3	0.9				
Droga	1	0.7	1	1.4	0	0	1	2.7	3	0.9				
Toxicomanias	137	65.2	69	32	93	47.2	37	16.8	336	39.9				
No Toxicomanias	64	30.4	147	68	71	36	156	71	438	52				
Se Desconoce	9	4.3	0	0	33	16.8	27	12.3	69	8.2				
total	210	24.9	216	25.6	197	23.4	220	26	843	100				

*Fallecimientos: Adolescente: Madre(11), Padre(17); Total 28

Total (66) Pareja : Madre(7), Padre (30); Total 37

Existían antecedentes delictivos en la pareja en 39 casos 17.3%, padres de la pareja cuatro casos 2%. Adolescente embarazada 10 casos 4.4%; y padres de la adolescente 14 casos 6.6%.

Cuadro No. 25

Cuadro No. 25

ANTECEDENTES DELICTIVOS EN ADOLESCENTES, PAREJA Y FAMILIARES.

Parentesco	Total	No.	%
Adolescente	227	10	4.4
• Madre adolescente	216	2	0.9
• Padre adolescente	210	12	5.7
Pareja	225	39	17.3
• Madre de la pareja	220	0	0
• Padre de la pareja	197	4	2
Total	1295	67	5.1

* Fallecimientos: pareja 2; padres de la adolescente: 28; padres de la pareja: 37

** Robo 1; petición familiar: 1; conducta antisocial: 3; riñas 5.

El tipo de religión en la adolescente y su pareja se refería católica en 385 casos 85.2%; cristiana 11 casos 2.4%; evangélica cinco casos 1.1%; apostólica dos casos 0.4%; protestante dos casos 0.4%; adventista un caso 0.2%; no tenían religión en 32 casos 3.1%. Se desconocía si existía algún tipo de religión 14 casos 3.1%: Cuadro No. 26

La edad de inicio de la menarca, fue de 12 años en 71 casos 31.3%; 13 años 51 casos 22.4%; 14 años 36 casos 16%; 15 años 15 casos 1.8%; 16 años cuatro casos 1.8%; de ocho a 10 años 10 casos 4.4%. Con una media de edad 12.5 años y una moda de 12 años. Cuadro No. 27

La edad de presentación de la espermaquia, se conocía en 11 casos 4.9% y se desconocía en 214 casos 95.1%. En los 11 casos en los que se conocía la edad de presentación, fue a los 13 años en seis casos; 14 años dos casos; 15 años dos casos; 16 años un caso. Cuadro No. 28

Cuadro No. 26

TIPO DE RELIGION EN LA ADOLESCENTE Y SU PAREJA

Tipo de Religion	Adolescente		Pareja		Total	
	n	%	n	%	n	%
Catolica	197	86.8	188	83.5	385	85.2
Cristiana	8	3.6	3	1.3	11	2.4
Evangelica	2	0.8	3	1.3	5	1.1
Apostolica	2	0.8	0	0	2	0.4
Protestante	0	0	2	0.8	2	0.4
Adventista	1	0.4	0	0	1	0.2
Se Desconocen	0	0	14	6.3	14	3.1
sin religion	17	7.5	15	6.7	32	7.1
Total	227	100	225	100	452	100

Cuadro No. 27

EDAD DE LA MENARCA EN 227 ADOLESCENTES

Edad	n	%
8	1	0.4
9	2	0.8
10	7	3
11	40	17.6
12	71	31.3
13	51	22.4
14	36	16
15	15	6.6
16	4	1.8
total	227	100

Media: 12.5 años

Moda: 12 años

Cuadro No. 28

EDAD DE LA ESPERMAQUIA EN LA PAREJA
DE LA ADOLESCENTE

EDAD	N	%
13	6	54.5
14	2	18.1
15	2	18.1
16	1	9
Total	11	100

Desconoce: 214

Media : 12.6

El inicio de vida sexual activa en la adolescente y su pareja fue a los 15 años en 66 casos 14.5%; 16 años 65 casos 14.3%; 17 años 61 casos 13.4%; 18 años 50 casos 11%; mayores de 18 años 23 casos 5.0%; menores de 15 años 46 casos 10.1%. Se desconocía la edad de inicio en 143 varones 31.5%. en las mujeres, la media de edad de inicio de vida sexual activa, fue a los 15.8 años y la moda 15 años. Cuadro No. 29

El número de compañeros sexuales en la adolescente y su pareja fue el siguiente: un compañero sexual 278 casos 61.5%; dos compañeros sexuales 60 casos 13.3%, tres compañeros sexuales 22 casos 4.9%; cuatro compañeros sexuales nueve casos 2%; siete compañeros sexuales un caso 0.2%.

Se desconocía el número de parejas sexuales en 82 varones 18.1%. Cuadro No. 30

Existía el antecedente de abuso sexual en la adolescente y su pareja en 12 casos 2.4%. En la adolescente en 11 casos y fue por familiar en cinco casos y extrafamiliar en seis casos. En la pareja, existía el antecedente en un caso y fue realizado por un amigo. Cuadro No. 31

Cuadro No. 29

EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL

n= 454

Edad	Adolescente		Pareja		total	%
	n	%	n	%		
12	5	2.2	0	0	5	1.1
13	9	4	3	1.3	12	2.6
14	24	10.5	5	2.2	29	6.4
15	57	25.1	9	4	66	14.5
16	53	23.4	12	5.2	65	14.3
17	46	20.2	15	6.6	61	13.4
18	30	13.2	20	9	50	11
19	3	1.3	4	1.7	7	1.5
20	0	0	9	4	9	2
21	0	0	3	1.3	3	0.7
22	0	0	2	0.8	2	0.4
24	0	0	2	0.8	2	0.4
se desconoce	0	0	143	63.1	143	31.5
total	227	100	227	100	454	100

Hombres: 2 fallecimientos (uno de suicidio y uno de accidente)

Mujeres: moda: 15 años media: 15.8 años

Cuadro No. 30

**NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES EN LA ADOLESCENTE
Y SU PAREJA**

NUMERO	ADOLESCENTE		PAREJA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
1	180	79.3	98	43.5	278	61.5
2	29	12.8	31	13.8	60	13.3
3	14	6.2	8	3.5	22	4.9
4	3	1.3	6	2.7	9	2
7	1	0.4	0	0	1	0.2
se desconoce	0	0	82	36.4	82	18.1
Total	227	100	225	100	452	100

Cuadro No. 31

ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL EN LA ADOLESCENTE Y SU PAREJA

	Adolescente	Pareja	Total	
	n	n	n	%
Familiar				
Padrastro	3	0	3	25
Tio	2	0	2	16.6
Extrafamiliar				
Novio	3	0	3	25
Desconocido	3	0	3	25
Anigo	0	1	1	8.3
Total*	11	1	12	2.4

*Abuso sexual de 452; 12 casos (2.4%).

Se presentó el antecedente de embarazo en la adolescencia en la madre de la adolescente en 165 casos 76.1%, no existía antecedente 47 casos 21.8% y se desconocía si existía este antecedente en cuatro casos 1.8%.

El antecedente de embarazo en la madre de la pareja, se presentó en 61 casos 27.8%; no existía antecedente 30 casos 13.7%; se desconocía si existía este antecedente 129 casos 58.7%.

El total de embarazo de la madre de la adolescente embarazada y su pareja, se presentó en 226 casos 51.8%; no existía este antecedente en 77 casos 17.7%. Se desconocía si existía este antecedente en 133 casos 30.5%. Cuadro No. 32

La orientación sexual recibida en la adolescente y su pareja, fue por los maestros: en 110 casos 24.3%; madre 40 casos 8.8%; hermanos ocho casos 1.8%; padre cinco casos 1.1%; amigos cinco casos 1.1%; otras personas en 29 casos 6.4%. Se desconocía este antecedente en la pareja de la adolescente en 118 casos 26.1% y no recibieron orientación sexual en la adolescente y su pareja en 137 casos 30.3%. Cuadro No. 33

Cuadro No. 32

EDAD DE PRESENTACION DEL EMBARAZO EN LA MADRE DE LA ADOLESCENTE Y SU PAREJA.

Edad	Madre de la adolescente		Madre de la pareja		Total	
	n	%	n	%	n	%
13	1	0.4	0	0	1	0.2
14	12	5.5	6	2.7	18	4.1
15	26	12	12	5.4	38	8.7
16	35	16.2	8	3.6	43	9.9
17	31	14.4	9	4	40	9.2
18	31	14.4	15	6.8	46	10.5
19	29	13.4	11	5	40	9.2
Embarazo en adolescencia	165	76.1	61	27.8	226	51.8
Sin Antecedente	47	21.8	30	13.7	77	17.7
Se Desconoce	4	1.8	129	58.7	133	30.5
Total	216	100	220	100	436	100

Cuadro No. 33

ORIENTACION SEXUAL RECIBIDA EN LA ADOLESCENTE EMBARAZADA Y SU PAREJA

Orientado por:	Adolescente		Pareja		total	%
	n	%	n	%		
Madre	32	14.1	8	3.5	40	8.8
Padre	3	1.3	2	0.8	5	1.1
Hermanos	5	2.2	3	1.3	8	1.8
Maestros	70	30.8	40	17.9	110	24.3
Amigos	4	1.8	1	0.4	5	1.1
Otros *	13	5.8	16	7.2	29	6.4
se desconoce			110	52.4	118	26.1
No recibieron	100	44	37	16.4	137	30.3
Total	227	100	225	100	452	100

* medicos, enfermeras, promotores de salud, medios de comunicaci3n,

El conocimiento preventivo del embarazo y su pareja, fue dado por maestros en 71 casos 15.8%; madre 56 casos 12.3%; amigos 46 casos 10.1%; hermanos 16 casos 3.5%; padre 10 casos 2.2%; otros 52 casos 11.5%; se desconocía este antecedente en 148 varones 32.7% y no habían sido orientados en este aspecto la adolescente embarazada y su pareja en 53 casos 11.8%. Cuadro No. 34.

De las 227 adolescentes, 137 no utilizaron métodos anticonceptivos que corresponde a un 60.4% y utilizaron métodos anticonceptivos 90 adolescentes 39.6%. De los métodos utilizados en orden de frecuencia fueron hormonales orales 26 casos 11.4%, coito interrumpido 22 casos 9.7%; método del ritmo nueve casos 4%; hormonales inyectables ocho casos 3.5%; DIU cuatro casos 1.7%. Cuadro No. 35,

Los motivos por los que no utilizaron métodos anticonceptivos la adolescente, fueron: negación al embarazo 53 casos 37.8%; deseo al embarazo 36 casos 25.7%; desconfianza 28 casos 20%; desconocimiento 21 casos 15%; otros motivos dos casos 1.4%; en total fueron 87 adolescentes 38.3% que utilizaron métodos

anticonceptivos y 140 adolescentes 61.8% que no los utilizaron.

Cuadro No. 36

La actitud de la adolescente ante el embarazo fue de aceptación en 104 casos 45.8%; felicidad 69 casos 30.4%; miedo 29 casos 12.7%; deseo de aborto seis casos 2.6%; desesperación seis casos 2.6%; negación cinco casos 2.2%; preocupación cuatro casos 1.8%; indiferencia dos casos 0.9%; rechazo un caso 0.4%, y, responsabilidad un caso 0.4%. cuadro No. 37

La actitud de la pareja ante el embarazo, fué de felicidad 64 casos 28.4%; paternidad responsable 57 casos 25.3%; irresponsabilidad 48 casos 21.3%; aceptación 44 casos 19.6%; deseaban el aborto dos casos 0.9%; preocupación dos casos 0.9%; desaparición dos casos 0.9%; desesperado un caso 0.4% y se desconocía en cinco casos 2.2%. Cuadro No. 38

El número de embarazos en la adolescente fue: primera gesta 183 casos 80,6%; segunda gesta 37 casos 16.3%; tercera gesta seis casos 2.6%; y cuarta gesta un caso 0.4%. Cuadro No. 39

Cuadro No. 34

CONOCIMIENTO PREVENTIVO DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE Y SU PAREJA

Orientacion	Adolescente		Pareja		Total	
	n	%	n	%	n	%
Maestros	45	19.8	26	11.5	71	15.8
Madre	52	22.9	4	1.8	56	12.3
Amigos	38	16.8	8	3.5	46	10.1
Hermanos	15	6.6	1	0.4	16	3.5
Padre	6	2.6	4	1.8	10	2.2
Otros	40	17.6	12	5.4	52	11.5
Se Desconoce	0	0	148	65.8	148	32.7
No Orientados	31	13.7	22	9.7	53	11.8
Total	227	100	225	100	452	100

*Medicos, Enfermeras, Promotores de Salud Comunitaria, Tios, Novios, Cuñadas, Medios de Comunicacion.

Cuadro No. 35

**METODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS
EN 90/227 ADOLESCENTES**

TIPO DE METODO	ADOLESCENTE	
	n	%
natural		
coito interrumpo	22	9.7
ritmo	9	4
locales		
condon	21	9.2
diu	4	1.7
hormonales		
orales	26	11.4
inyectables	8	3.5
UTILIZARON	90	39.6
NO UTILIZARON	137	60.4
TOTAL	227	100

Cuadro No. 36

MOTIVOS DE NO UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

MOTIVOS	N	%
Negacion al embarazo	53	37.8
Deseo de embarazo	36	25.7
Desconfianza	28	20
Desconocimiento	21	15
Otras	2	1.4
No utilizaron	140	61.8
Si utilizaron metodos	87	38.3
TOTAL	227	100

Cuadro No. 37

ACTITUD ANTE EL EMBARAZO EN 227 ADOLESCENTES

ACTITUD	N	%
Aceptacion	104	45.8
Felicidad	69	30.4
Miedo	29	12.7
Deseo de aborto	6	2.6
Desesperacion	6	2.6
Negacion	5	2.2
Preocupacion	4	1.8
Indiferente	2	0.9
Rechazo	1	0.4
Responsabilidad	1	0.4
TOTAL	227	100

Cuadro No. 38

ACTITUD DE LA PAREJA ANTE EL EMBARAZO

ACTITUD	N	%
Felicidad	64	28.4
Paternidad responsable	57	25.3
Paternidad irresponsable	48	21.3
Aceptacion	44	19.6
Deseaban aborto	2	0.9
Preocupacion	2	0.9
Desaparecio	2	0.9
Desesperado	1	0.4
Se desconoce	5	2.2
TOTAL	225	100

Cuadro No. 39

NUMERO DE EMBARAZOS EN 227 ADOLESCENTES

Gesta	No.	%
I	183	80.6
II	37	16.3
III	6	2.6
IV	1	0.4
Total	227	100

Acudieron a control prenatal 193 adolescentes 85%; recibieron más de cinco consultas 118 adolescentes y menos de cinco consultas 75 adolescentes. El trimestre en que iniciaron su control fue en el primero en 132 casos 68.4%; segundo 50 casos 26%; y, tercero 11 casos 5.7%. No acudieron a control prenatal en adolescentes 15%. Cuadro No. 40

El evento obstétrico se presentó en 167 adolescentes, 73.6%; en 92 casos, fue 55% parto; LIU en 53 casos 31.8%; y cesárea en 22 casos 13.3%. Al terminar el estudio, 60 adolescentes no

Cuadro No. 40

CONTROL PRENATAL EN 193 ADOLESCENTES

TRIMESTRE	N CONSULTAS		TOTAL	%
	MAS DE 5	MENOS DE 5		
Primero	97	35	132	68.4
Segundo	21	29	50	26
Tercero	0	11	11	5.7
con control	118	75	193	85
sin control			34	15
TOTAL	118	75	227	100

habían presentado evento obstétrico y aún acuden a control prenatal. Cuadro No. 41

Cuadro No. 41
EVENTO OBSTETRICO EN 167 ADOLESCENTES

E v e n t o	No.	%
• Parto	92	55
• Cesárea	22	13.1
• LIU	53	31.8
T o t a l	167	100

Atención actual por embarazo: 60

Más de una cesárea: 7 (2); 1 (3)

Más de un parto: 13(2); 1 83); 1 (4)

Más de un LIU: ningún caso.

DISCUSION

En junio de 1995, se incorpora a nuestro hospital el Servicio de Gineco Obstetricia.

Durante los dos primeros años de actividades de este servicio se atendieron por evento obstétrico 2663 adolescentes y 8438 mujeres mayores de 20 años, con una tasa de 24%; acudiendo a consulta obstétrica para control prenatal 765 adolescentes y 3484 mujeres mayores de 20 años con una tasa de 18%.

Durante el período de estudio, 227 adolescentes fueron entrevistadas, y en este período acudieron a control prenatal 397 adolescentes y atención de embarazo en hospitalización 974 adolescentes.

La media de edad de las adolescentes fue de 17.3 años, correspondiendo al grupo de 15 a 19 años, 96.1%.

Dentro de la adolescencia, la mitad de los nacimientos ocurre antes de los 18 años y la otra mitad corresponde a los 19 años.

Con respecto a la fecundidad, es importante el incremento de la tasa al pasar de los 14 a los 15 años, ésta se triplicifica. (14)

La edad de la pareja fué menor de 24 años en 86.2% y de éstos correspondieron a adolescentes el 36.4%.

En el censo 1980, en la República de Argentina, se encontró que la edad del padre era de 15 a 19 años 12.1%; 20 a 24 años 51.6%; de 25 a 29 años 25.8%; 30 a 34 años 6.7%; 35 a 39 años 2.2% y 40 años y más 1.6%. Contrariamente a los que se cree, la gran mayoría de las adolescentes quedan embarazadas con varones de edad aproximada a la de ellas. (14)

En otros estudios, se refiere que el hombre es mayor que su pareja de dos a tres años. (13)

El estado civil de la adolescente y su pareja fue en el 50.7% unión libre; 29.6% solteros; 18% casados; presentándose el antecedente en la pareja de estado civil en cinco casos divorciados y un viudo.

En un estudio de 70 adolescentes, se encontró que el estado civil fue en el 47% unión libre. (3)

Deberemos de considerar que de acuerdo a otros estudios, una tercera parte de las adolescentes se casan después de estar embarazadas, pero que no significa estabilidad en el

matrimonio, lo de la situación familiar, ya que los matrimonios en las adolescentes tiene de dos a tres veces más posibilidades de disolverse. Se ha demostrado en estudios realizados, que tres de cada cinco novias embarazadas adolescentes se divorcian dentro de los seis primeros años de su matrimonio. (27)

El nivel económico correspondió a bajo en 67.7%, medio bajo 31.2%; medio alto 0.7%; y medio 0.4%, el proceder de medio socioeconómico bajo, es un factor de riesgo para el embarazo en adolescencia. (24)

En un estudio realizado en adolescentes embarazadas menor de 19 años en 1989, en el que se incluyeron 293 y en otro realizado en 300 adolescentes en 1990, se encontró que la mayoría correspondía a clase social media y baja. (28)

La procedencia de la adolescente embarazada fue: 80.6% urbana y 19.4% rural; dentro de los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia, se encuentra migraciones recientes con pérdida de los vínculos familiares. (24)

En un estudio en Panamá de 420 adolescentes embarazadas menores de 20 años, el 60.4% eran de área metropolitana y el 39.6% de área rural. (29)

En una población de Argentina, Buenos Aires; se encontró que el origen de las jóvenes mayoritariamente eran migrantes, solas o con familias; en especial de provincias del noroeste (Del Castillo 1988). Esto plantea todo el problema de las adaptaciones a una nueva cultura, las consecuencias del desarraigo superposición de normas y valores, debiendo soportar el desequilibrio y la influencia de nuevos contactos. (30)

En cuanto a la familia de la adolescente y su pareja, correspondía a familia nuclear 50.4%; permisiva 68.3% y disfuncional en el 47.6%.

La mayoría de las veces el embarazo en la adolescencia es una consecuencia de la familia en crisis. (31)

De los factores psicosociales, se menciona que un mal funcionamiento familiar, puede predisponer a una relación sexual prematura. Una adolescente con baja autoestima que

sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual y, además puede encontrar alivio a la soledad y el abandono a través de un embarazo, que le permite huir de un hogar patológico, amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza del incesto. (1)

El lugar de residencia actual de la pareja en orden de frecuencia fue: con los suegros, padres, madre, hermanos, abuela, cuñada y amiga. En 52 casos 35.4% vivían solos.

Al casarse o unirse conviven, pero no tiene la independencia económica necesaria para consolidarse como pareja. Esto, además de la inmadurez afectiva, explica la alta tasa de fracaso de esas uniones. (1)

Las características de la vivienda en los adolescentes que vivían solos, eran las siguientes: casa o departamento popular en 52%, vecindad o cuarto improvisado 27%; choza o jacal 19.2% y sin vivienda 1.9%. el número de dormitorios era de uno en 42.3%; dos 15.4%; tres 1.9%; y sólo era un cuarto 40.4%. No encontramos diferencia en las características de la vivienda de los padres de ambos.

De la población que se atiende en el consultorio de adolescentes embarazadas del Hospital de clínicas de Buenos Aires, la tercera parte vive en casillas prefabricadas o de material precarias, en las que el número de habitaciones no guarda una relación adecuada con el número de ocupantes, situadas generalmente en villas de emergencia, sin servicios públicos de agua y de electricidad. (30)

La escolaridad de la adolescente y su pareja, fué por abajo del nivel secundario en 68.1%, y en los padres del 35.4%.

En un estudio de 293 adolescentes, realizado en 1989 y en otro de 300 adolescentes en 1990; se encontró que el 755 había realizado primaria incompleta y completa. (28)

En los Estados Unidos, sólo el 50% de las adolescentes que dieron a luz antes de los 18 años, completó su educación media, comparadas con el 96% que no tiene niños antes de los 20 años. También afecta a los padres adolescentes ya que sólo el 70% logra completar un bachillerato , comparado con el 95% entre aquéllos que no han tenido hijos.

En un estudio mexicano sobre adolescentes embarazadas, el 43.9% eran estudiantes antes de embarazarse y el 6.6% lo seguía siendo en el momento del estudio. (25)

Realizaron actividades deportivas, sociales y culturales en 9.6% de la adolescente y su pareja.

En un estudio de aspectos socioculturales de la adolescente embarazada, se menciona que no trabajan 94.1% y se dedican a labores de la casa; no practican ningún deporte en el 96.9%; no tiene ninguna participación en grupos de tipo religioso 96.1% y no continúan sus estudios 83.5% (32)

Con respecto a la ocupación, la adolescente se dedicaba en el 76.6% al hogar; cuando tenía un tipo de trabajo lo ejercía como doméstica en el 50%. Con respecto a su pareja el 45.3% se ocupaba en orden de frecuencia: obrero, albañil, jornalero, chofer y mecánico. Encontrando que la mayoría estaba empleado en el 80.9%.

De los padres de la adolescente, la madre se dedicaba al hogar en el 70.4%

Y la ocupación más frecuente fue de doméstica en el 11.1%. La ocupación del padre de la adolescente se encontraron como principales en el 43.3%: jornalero, albañil, empleado, chofer y vendedor ambulante.

La ocupación en los padres de la pareja, se encontró que la madre se dedicaba al hogar en el 67.7% y su ocupación más frecuente fué: doméstica en el 10%. En relación con la ocupación del padre de la pareja, se encontraron como cinco principales ocupaciones: jornalero, empleado, albañil, chofer y vendedor ambulante, representando el 32.5%.

Cuando las madres adolescentes trabajan, lo hacen en la mayoría en el servicio doméstico, con sueldos mucho más bajos que las mujeres más grandes y sin ninguna clase de protección social. (30)

En los años siguientes al parto, las madres adolescentes sufren muchas desventajas como son: trabajo de bajo estatus, pocos ingresos y en muchos casos, larga dependencia de los padres.

(29)

Las publicaciones de diversos países en vías de desarrollo y desarrollados, especializadas en esta materia informan de las condiciones ocupacionales inferiores e ingresos reducidos a causa de una educación insuficiente. En Estados Unidos, las madres adolescentes ganaban alrededor de un 50% menos que las que han tenido su primer hijo después de los 20 años (25).

En la encuesta domiciliaria de CORA-AMIDEM, se encontró que el 90.3% de los hombres y 20.3% de las mujeres unidas o casadas de 15 a 24 años, se desempeñaban en labores que les permitían obtener algún dinero para subsistir, y en el 74.6% no trabajaban ni estudiaban. (25)

Se encontró en el 47.85 antecedente de toxicomanía en la adolescente y su pareja. Encontrándose en los padres de ambos en el 39.9%. Es fundamental comprender que una conducta juvenil aislada de fumar a menudo es el preanuncio de otras conductas de alto riesgo a breve plazo en la adolescente, incluyendo actividades sexuales y abuso de drogas (33)

No hay que olvidar el papel que juegan el consumo del tabaco y alcohol entre los adolescentes, ya que a pesar de tratarse de drogas permitidas, la mayoría de adolescentes estudiados no cuentan con la edad aceptada legalmente para su uso, y, sin embargo, se encuentran presentes en todos los grupos estudiados hasta el momento; presentando los porcentajes más elevados de uso, además de que la utilización de estas drogas tiene su inicio a edades más tempranas y son las que se relacionan con un mayor número de problemas. El tabaco y alcohol también constituyen "drogas de entradas" que facilitan el uso posterior de otro tipo de sustancias.

Es importante resaltar que el uso de las llamadas drogas fuertes (cocaína y heroína), también ha sido reportado en la población adolescente; es realmente preocupante ya que su alto poder adictivo, la aparición de derivados menos costosos y el fácil acceso, podrían hacer de la cocaína la droga del futuro, extendiéndose su uso a magnitudes epidemiológicas difícilmente controlables. (34)

En el aspecto de antecedentes delictivos, se encontró en el 4.4% en la adolescente y en el 17.3% en la pareja. En los padres de la adolescente el 6.6% y en los padres de la pareja en el 2%.

De acuerdo a lo establecido por la ley, los menores de 16 años sin inimputables, por considerarse que carecen de capacidad para discernir la antijurudicidad de un hecho o acto y de orientar su conducta en tal sentido. (35).

En el 85.2% de las adolescente y su pareja, predominó la religión católica, encontrándose sólo el 7.1% sin religiosidad.

La práctica religiosa se presenta como una manifestación de creencia que posee la adolescente. En estudios realizados en adolescentes embarazadas, se encontró en el 63.5% que no practicaban alguna religión. La diferencia con el grupo de adolescentes no embarazadas, es significativa; practicando éstas en más de la mitad de los casos 53.1% una religión (católica o protestante).

Se ha encontrado que existe una asociación negativa en las adolescentes embarazadas, entre la religiosidad y la ocurrencia de las relaciones sexuales prematrimoniales. La falta de

religiosidad vá unida a la permisividad que presentan los padres de las adolescentes y esto facilita, sin duda, la conducta más liberal y, por ende, embarazo precoz no deseado. (32)

La edad de inicio de la merarca en el 0.4% fue de ocho años, la más temprana y la más tardía con el 1.8% fué a los 16 años, con una moda de 12 años y una media de 12.5%.

La edad de la menarca es un evento que potencialmente expone a la mujer al riesgo del embarazo, pues parece ser que cada vez es más temprana. En un análisis por cohortes de los egresos por parto en los hospitales del IMSS de segundo y tercer nivel de las Ciudades de México, Guadalajara y Monterrey en 1987; se observa un rejuvenecimiento en la edad de la menarquia; mientras las mujeres de 40 años y más, tuvieron esa experiencia a los 13.8 años, las jóvenes y adolescentes de ahora tienen su primera menstruación alrededor de los 12.5 años de edad, similar a lo encontrado en nuestro estudio. (7)

La edad de la espermaquia en la pareja de la adolescente, solo se conocía en el 4.8% y se desconocía en el 95.2% por la adolescente.

El período entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales. Muchas sociedades en las que se ha intercalado una década entre la menarquia/espermaquia y la independencia económica y laboral, han dejado vago y ambiguo el rol de jóvenes, estableciendo expectativas poco realistas sobre su comportamiento sexual. (1)

La edad al inicio de la vida sexual activa en la adolescente, fue de 15 años con una media de 15.8. en la pareja se conocía este antecedente en el 36.9% y en el 63.1% la adolescente desconocía este dato. Encontrándose con mayor frecuencia la edad de inicio a los 18 años con el 9%.

En relación con el inicio de las relaciones sexuales en una encuesta realizada en bachillerato en 1988, arrolló cifras de 38.3% y de 5.4% con relaciones sexuales en hombres y mujeres, respectivamente. Estimándose que el inicio de las relaciones sexuales se dá alrededor de los 15.5 años en el hombre y a los

16.5 años en las mujeres; mostrándose así que la primera relación se dá en adolescentes a edades tempranas. (7)

En relación al número de compañeros sexuales, se encontró que en el 61.5% de la adolescente y su pareja, presentaban un solo compañero sexual y en 0.2% tenían siete compañeros sexuales.

Existía el antecedente de abuso sexual en el 4.8% de las adolescentes estudiadas, concibiéndose el embarazo por este motivo en el 0.4%. encontrándose en la pareja de la adolescente sólo el 0.4% de antecedente de abuso sexual.

Las repercusiones del embarazo en adolescentes son muchas, tanto a nivel individual como familiar y social, y son más evidentes cuando el embarazo es producto de una violación. (5)

El antecedente de embarazo en la adolescencia en la madre de la adolescente y en la madre de su pareja, estuvo presente en nuestro estudio en el 51.8%; desconociéndose este antecedente en el 30.5% y no presentaban este antecedente en el 17.7%.

En una investigación en 420 adolescentes embarazadas, menores de 20 años en Panamá, se encontró que el 69.7%

tenían una historia familiar de embarazo durante la adolescencia (madre o hermana). (29)

Recibieron orientación sexual previamente al embarazo en la adolescente y su pareja en el 30.3% y en 24.3%, fue llevado a cabo por personal docente (Maestros de escuela).

En estudios realizados en adolescentes, se encontró que más que tener un rango apropiado de conocimiento acerca de la conducta sexual, los adolescentes mantenían muchas concepciones erradas, creencias y mitos aprendidos en casa. Debe de ser recordado que nuestro sistema educacional ha negado su responsabilidad en la educación sexual en nuestra población. (29)

En el 86.3% de las adolescentes embarazadas, tenían conocimiento preventivo del embarazo proporcionado en la mayoría de los casos por la madre 22.9%. En su pareja, tuvieron conocimiento preventivo al embarazo en el 24.4%, orientados más frecuentemente por maestros en el 11.5%.

En estudios realizados, se encontró que el 48% de los adultos están a favor del uso de anticonceptivos por parte de los

jóvenes, en orden a prevenir embarazos indeseados, abortos, madres solteras, deserción escolar, paternidad irresponsable; 38.3% están a favor del uso de anticonceptivos en este grupo de edad, pero bajo ciertas condiciones. Por lo que se recomienda más educación a los padre, igual para los estudiantes y sugieren incluir educación sexual, como parte del curriculum en la escuela primaria y secundaria. (29)

Utilizaron método anticonceptivo el 39.6% de las adolescentes y los de elección en orden de frecuencia fueron: hormonales orales, coito interrumpido, condón, ritmo, hormonales inyectables y DIU; encontrándose 60.4% que no utilizaron método anticonceptivo, como causa más frecuente de esto la negación al embarazo en el 37.8%, seguida del deseo de embarazo en el 25.7%.

En el año de 1984, se realizó una investigación en 523 jóvenes entre 15 y 24 años de edad en Panamá, encontrándose que el 16.2% de los encuestados declararon que utilizaban anticonceptivos, de los que lo utilizaban un tercio eran adolescentes de 15 a 19 años. El mayor porcentaje de jóvenes

que utilizaban anticonceptivos están entres los que iniciaron coito a los 17 y 19 años (47.4%). De los que tuvieron su primer coito antes de los 15 años, 88.3% no usaban anticonceptivos.

Pareciera que la escolaridad no influye en el uso de anticonceptivos.

En otra investigación realizada también en Panamá en 420 adolescentes embarazadas, menores de 20 años el 79.2% dijo conocer un método anticonceptivo, pero este conocimiento, aumentó con la edad, aunque un 64.3% dijo no haberlos utilizado (existe discrepancia entre el conocimiento y la conducta). Solo un 29.2% dijo haber utilizado algún método, pero muchos no lo usaron, por desear un embarazo (25.5%), (lo cual confirma la evidencia de embarazarse como modelo social prevalente). (29)

La actitud ante el embarazo fue positiva en la adolescente y su pareja en la mayoría de los casos, la actitud negativa ante el embarazo con deseo del aborto fué en la adolescente, en el 2.6% y en su pareja, en el 0.9%.

Las motivaciones profundas de la adolescente ante el embarazo son sentimientos de rivalidad y envidia, competencia con la figura materna, pensamiento mágico que la lleva a creer que no va a embarazarse porque no lo desea, fantasías de esterilidad, necesitando probar que es fértil y la necesidad de afirmar su identidad de género. (14)

En la pareja la reacción inicial suele ser de dudas acerca de ser él realmente el padre. En otros casos, esta duda ni se presenta, y por el contrario, se sienten sumamente satisfechos de comprobar que pudieron fecundar a una mujer, aunque como ellas no relacionan el embarazo con la crianza de un niño.

El padre adolescente merece una reflexión aparte, debemos comenzar por tener en cuenta que los varones adolescentes tienen tan poca o menor información, aún que las mujeres, sobre fenómenos relativos a la reproducción, difícilmente la asocian con la actividad sexual y mucho menos se sienten inclinados a asumir la responsabilidad de una anticoncepción, como propuesta propia.

Por todo esto, no es de extrañar que el embarazo de su compañera los sorprenda más que a ellas, como si realmente fuera algo imposible de creer.

Junto con la actitud "ideal", ante el embarazo, son evidentes una gran ambivalencia, muchos temores y exigencia por ser el sosten de la familia, la angustia y el dolor por tener que abandonar forzosamente su adolescencia.

Podemos decir, sin temor a equivocarnos demasiado que la maternidad y la paternidad, son papeles de la edad adulta: cuando se asumen a la adolescencia, sus consecuencias son absolutamente imposible de prever. (30)

El número de embarazo en la adolescente que más predominó, fue la primera gesta en el 80.6% de los casos, y en el 19.4% más de una gesta.

Acudieron a control prenatal el 855 de las adolescentes, aunque en su mayoría este control fue inadecuado.

En estudios realizados en el Instituto Nacional de Perinatología de México, concordaron con el hallazgo de que si la atención prenatal es buena, los riesgos tanto para la madre como para el

recién nacido disminuyen, especialmente cuando las adolescentes son mayores. (25)

El Centro de Orientación para Adolescentes CORA, realizó en 1989 y 1990, estudios dónde los resultados fueron que el control prenatal fue llevado a cabo en el primer trimestre en el 50%; en el segundo trimestre, 30% y en el tercer trimestre 20%.

(28)

El evento obstétrico en 167 adolescentes fué en orden de frecuencia: parto 55%; LIU 31.8% y cesárea en el 13.3%. Al terminar el estudio, 60 adolescentes no habían presentado evento obstétrico.

En un estudio comparativo de dos grupos de adolescentes precoces, (16 años ó menos), las que habían tenido cero a tres controles prenatales y las que habían tenido cuatro ó más controles documentados, encontrando que las que estaban en el grupo de cero a tres controles, el evento obstétrico fue cesárea 15.2% y fórceps en el 5.9% y las que tuvieron más de cuatro controles: cesárea 14.7% y fórceps 11.3%. Haciéndose

aclaración que se presentaron mayor número de primigesta con embarazo pélvico, por el cual se realizó la cesárea. (14)

En una investigación sobre madres adolescentes, se encontró que las complicaciones más frecuentemente encontradas fueron realización cesárea 30% y partos prematuros en el 15%. (28)

CONCLUSIONES

1.- El embarazo en la adolescencia, es de etiología multifactorial y se acompaña de diversos problemas maternos y fetales, así como repercusiones psicosociales sumamente importantes por lo que se considera un verdadero problema de salud pública.

2.- Las características socioculturales que influyen de manera directa en incidencia de embarazos en la adolescente, son: abandono escolar previo al embarazo, falta de actividad ocupacional (deportivas, sociales, culturales); pérdida de la religiosidad, minimizando los valores morales, sin integrante de familia disfuncional, medio socioeconómico bajo, antecedente de embarazo en la adolescencia en la madre o familiar cercano, inicio temprano de la actividad sexual, menarca temprana y uso de toxicomanías.

3.- El manejo de la adolescente embarazada debe de ser interdisciplinario a través de acciones de prevención (promoviéndose a todos los niveles, la participación educativa), asistencial (de manera adecuada y oportuna y por personal especializado) y de rehabilitación para la adolescente, su pareja

y ambas familias, brindando apoyo a la adolescente que le permita llevar una mejor reintegración a sus expectativas de vida.

RECOMENDACIONES

- Seguimiento de la adolescente embarazada por equipo interdisciplinario que deberá estar compuesto por Clínico en salud integral del adolescente, Trabajador social, Gineco Obstetra y Neonatólogo.
- Facilitar la integración de la pareja, como parte de la atención integral de la adolescente gestante.
- Incluir la situación familiar de la adolescente y pareja y favorecer el apoyo de las mismas.
- Informar acerca de los cuidados prenatales y del recién nacido.
- En las pacientes que desean interrumpir el embarazo, puntualizará la ilegalidad del aborto y los riesgos que conlleva su ejecución en un medio no apto para tal procedimiento.
- Abordarse la posibilidad e adopción en algunas situaciones.
- Brindar apoyo psicoprofiláctico con la intención de prevenir nuevos embarazos.

- Maestros, tutores y familiares de la pareja y adolescente, apoyen para que éstos continúen sus estudios.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Romero MI, Maddaleno M, Silvert TJ, Munist M. Embarazo en la adolescencia. En: Manual de Medicina de la Adolescencia. OPS. 1992: 473-518.
- 2.- Coll A, Califri M, Carrasco I, López ZS, Materco A. Merino M, Raffa S, viera O, Barata A: La maternidad adolescente ¿Deseo de que?. Rev. Soc. Arg. Ginecol. Inf. Jun. 1996. Vol. 3 No.2: 57-63
- 3.- Fernández PF, Castro GM, Avila RM, Montiel ME, Godinez GM, Fuente AS: Características sociofamiliares y las consecuencias en la salud materno infantil del embarazo en edad precoz. Bol Med. Hosp Inf Mex. 1996; vol.57 No.2: 84-88
- 4.- Fernández PF, Avila RM, Godinez GM, Montiel ME. Información de la madre adolescente, sobre sexualidad y cuidados infantiles. Reflexiones. Hospital Materno Infantil Inguarán. Servicio de Medicina de la Adolescencia. SSA-DDF: 121-123
- 5.- Sánchez BC, Morales CD, González CG; García HA: Embarazo en adolescentes por violación y sus repercusiones

psicológicas. Estudio comparativo. Bol Med Hosp Infant Mex.1995; Vol. 52. No. 8: 455-459.

6.- Maddaleno M, Suárez OE: Situación social de las adolescentes y jóvenes en América Latina. En: Maddaleno M, Munist M, Serrano CV, Silber T, Suárez EO, Ynes J. La Salud del adolescente y del joven. OPS. 1995: 70-84

7.- Mendoza VP. : Pérfil de la Salud Reproductiva de los Adolescentes en México. En: Monroy A. Sumano E, Velazco M. Memorias Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescente. "Jóvenes de hoy, padres del mañana". 1994: 224-227.

8.- Monroy A, Velazco L, Velazco M. : Modelo de prevención secundaria del embarazo en adolescentes. En: Monroy A, Sumano E, Velasco M. Memorias Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescente. "Jóvenes de hoy, padres del mañana". 1994: 148.

9.- Situación demográfica Sonora. Brevario sociodemográfico Sonora. Gobierno del Estado de Sonora. Secretaría de Gobierno. Consejo Estatal de Población. 1992: 14-15.

- 10.- Dispersión y densidad de la población en Sonora. Situación demográfica del Estado de Sonora. Consejo Nacional de Población. Consejo Estatal de Población. 1996: 13.
- 11.- Pirámide poblacional Sonora. Breviario sociodemográfico Sonora. Gobierno del Estado de Sonora. Secretaría de Gobierno. Consejo Estatal de Población. 1992: 52
- 12.- Distribución geográfica Sonora. Breviario sociodemográfico Sonora. Gobierno del Estado de Sonora. Secretaría de Gobierno. Consejo Estatal de población. 1992: 59
- 13.- Silver TJ, Guirgiovich A, Munist MM: El embarazo en la adolescencia. En: Maddaleno M, Munist MM, Serrano CV, Silvert TJ, Juárez OE, Yunes J. La salud del adolescente y el joven. OPS. 1995: 239-251.
- 14.- Coll A. : Salud reproductiva en la adolescencia. En: Méndez RJ, Girad G, Coll A, Yunes R, Villegas D. Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo. Ascare Hnos. 1993: 273-295.
- 15.- Velazco M, Monroy A, Velazco L: Modelo de prevención primaria del embarazo en adolescentes. En: Monroy A, sumano E, Velazco L. Memorias Reunión Latinoamericana sobre la

Salud Integral del Adolescente. "Jóvenes de hoy, padres del mañana". 1994: 147.

16.- Ramírez FG y Cols: Programa educativo para madres adolescentes. En: Monroy A, Sumano E, Velazco M. Memorias Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del adolescente. "Jóvenes de hoy, padres del mañana". 1994: 149

17.- Mendoza S, Monroy A, Terán S.: Círculos de madres adolescentes. En: Monroy A, Sumano E, Velazco M. Memorias Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescente "Jóvenes de hoy, padres del mañana". 1994: 150.

18.- Programa de salud reproductiva de la Dirección General de Planificación Familiar/SSA. Boletín especial. Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia, A.C. 1994: 9-13

19.- Fecundidad. Brevario sociodemográfico Sonora. Gobierno del Estado de Sonora. Secretaría de Gobierno. Consejo Estatal de Población. 1992: 21-22

20.- Munist MM, Giurgiovich A, Solis JA, Mora GE: Factores relacionados con la fecundidad en la adolescencia. En: Maddaleno M, Munist MM, Serrano CV, Silbert TJ, Suárez OE,

Yunes J. La salud del adolescente y el joven. OPS. 1995: 235-251.

21.- Creatsas GC: Adolescent pregnancy in Europe Int J Fertil Menopausal Stud. 1995: 40. Suppl: 80-84.

22.- Spitz AM, Velebid P, Koonin IH, Strauss IT, Goodman KA. Y Cols.: Pregnancy, abortion and birth rates among us adolescents 1980, 1985 and 1990. JAMA 1996; Vol. 3: 989-994.

23.- Fecundidad. Situaciones demográficas del Estado de Sonora. Consejo Nacional de Población. Consejo Estatal de Población. 1996: 3

24.- El adolescente y la fertilidad. Medicina ambulatoria del adolescente. Guía Práctica del Diagnóstico y Tratamiento. FUSA 1000 Editora. 1993: 257-264.

25.- Riesgo del embarazo y la crianza durante la adolescencia. Fecundidad en la adolescencia. Causas, riesgos y opciones. POS. Cuaderno técnico No. 12. 1988: 41-44

26.- Terán S, Monroy A: Familia de la madre adolescente. Marco educativo y de capacitación. En: Monroy A, Sumano E, Velazco

M. Memorias Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescente. "Jóvenes de hoy, padres del mañana". 1994: 192.

27.- Webb GA: El papel del aborto terapéutico en la adolescente embarazada. En: Shen JT. Medicina de la adolescencia. Manual Moderno 1983: 349-351.

28.- Velazco L.: Investigación, descripción, evaluación e institucionalización del programa educativo para madres adolescentes, PERA. CORA. En: Monroy A, Sumano E, Velasco M. Memorias Reunión Latinoamericana sobre salud Integral del Adolescente. "jóvenes de hoy, padres del mañana" 1994: 250-254.

29.- Castillo MN: El embarazo en la adolescente panameña. Una década de investigación. Revista cultural Lotería. 1996: 16-34.

30.- Coll A: Aspectos obstétricos. En: Roberth GH, Bonfanti R, Coll AR, López B, Necchi S. La adolescente embarazada. Grupo Editor Latinoamericano. 1994: 89-106

31.- Embarazo en la adolescencia. Eisenstein E, Pagnonce R. Situaciones de riesgo para la salud en niños y adolescentes. FUSA 2000. 1993: 119-123

- 32.- Alvarez M.: Aspectos socioculturales de la adolescente embarazada de nivel socioeconómico bajo. En: Burrows R. El adolescente chileno. Características, problemas y soluciones. Editorial Universitaria. 1986: 97-121
- 33.- Silbert T.: Conductas de alto riesgo. Morbimortalidad de la adolescente. En: Méndez RS, Girad G, Coll A, Yunes R, Villegas D. Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo. Ascume Hermanos. 1993: 315-320
- 34.- Mariño MC, Romero MP, Medina MM: Juventud y adicciones. En: Pérez IJ, Maldonado OE. Jóvenes: Una evaluación del conocimiento. La investigación sobre juventud en México, 1986-1996. Tomo II. Causa Joven. 1996: 47.
- 35.- López B: Aspectos legales. En: Rubarth GH, Bonfati R, Col A, López B, Necchi S. la adolescente embarazada. Grupo Editor Latinoamericano. 1994: 107-124.