



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARIA DE SALUD

UNIDAD ACADÉMICA
SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERETARO, QUERETARO



SECRETARÍA
DE SALUD - SESEQ

**“FACTORES CONOCIDOS QUE INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DE
EMBARAZOS EN ADOLESCENTES EN LA ZONA PONIENTE DE SAN JUAN
DEL RÍO, QUERETARO, 2014”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

JUDITH SOLÍS TOBÍAS

SAN JUAN DEL RIO, QUERETARO

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

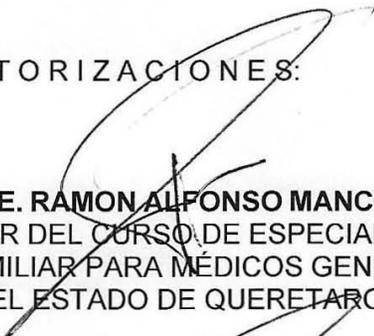
**“FACTORES CONOCIDOS QUE INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DE
EMBARAZOS EN ADOLESCENTES EN LA ZONA PONIENTE DE SAN JUAN
DEL RÍO, QUERETARO, 2014”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

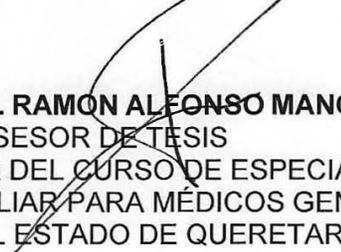
PRESENTA:

JUDITH SOLÍS TOBÍAS

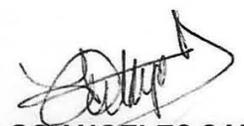
AUTORIZACIONES:



ESP. MED. FAM YM. C. E. RAMON ALFONSO MANCILLAS ORTIZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERETARO, QUERETARO



ESP. MED. FAM YM. C. E. RAMON ALFONSO MANCILLAS ORTIZ
ASESOR DE TESIS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERETARO, QUERETARO



M. C. E. SILVIA DE LOS ANGELES SANTOYO CRISTIANI
SUBDIRECTORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE QUERETARO.

SAN JUAN DEL RIO, QUERETARO

2015

**FACTORES CONOCIDOS QUE INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DE
EMBARAZOS EN ADOLESCENTES EN LA ZONA PONIENTE DE
SAN JUAN DEL RÍO, QUERÉTARO**

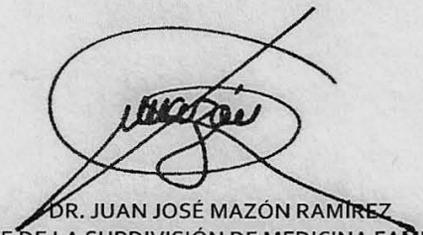
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA

EN MEDICINA FAMILIAR

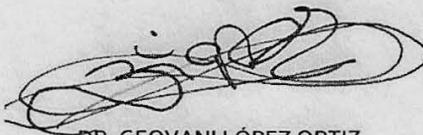
PRESENTA:

DRA. JUDITH SOLÍS TOBÍAS

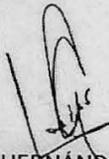
AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo está dedicado a todas las circunstancias que, por algún motivo, se conjugaron para hacer posible el reto de robarle tiempo al tiempo, y permitir un paso más en la evolución de mi vida como profesionista y como individuo.

A mis amadas hijas Aridne Lilian y Azalea Idaly, motor indispensable en mi vida, razón de ser de decisiones tomadas para mejorar nuestro futuro como “PEQUEÑA GRAN FAMILIA”.

Así como a todas aquellas personas que con su apoyo incondicional estuvieron presentes a lo largo de este proceso. Licenciada en nutrición Alma Moreno, Dra. Yolanda Becerril, Dra. Ma. Del Carmen Martínez y todos mis amigos que, aunque no los menciono estuvieron presentes apoyándome.

A mis maestros Dr. Javier López y el ángel que apareció en esta evolución como pieza fundamental, mi maestro y gran amigo Dr. Ramón Mancillas Ortiz, así como a mi gran compañero Dr. Yannik Eleazar Mondragón Arce.

A todas aquellas personas que de alguna forma me acompañaron en algún momento de mi vida y que, con sus actitudes y acciones fortalecieron y favorecieron, aun con tropiezos la firme convicción de mejorar mi vida en todos los ámbitos sobre todo en lo profesional.

Gracias vida: “SI LA VIDA LO PERMITE, QUE ASI SEA”

1.- TÍTULO

FACTORES CONOCIDOS QUE INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES EN LA ZONA PONIENTE DE SAN JUAN DEL RÍO, QUERÉTARO, 2014.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
COORDINACIÓN DE DOCENCIA

2.- ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	4
1. TÍTULO	5
2. ÍNDICE	6
3. INTRODUCCIÓN	7
4. MARCO TEÓRICO	8
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
6. JUSTIFICACIÓN	25
7. OBJETIVOS	26
GENERAL	26
ESPECÍFICOS.....	26
8. METODOLOGÍA	27
A) TIPO DE ESTUDIO	27
B) UNIVERSO, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	27
C) TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	27
C.1) MATERIAL.....	28
C.2) CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION.....	28
D) VARIABLES	29
E) CONSIDERACIONES ETICAS.....	32
9. RESULTADOS	33
A) DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS.....	32
B) TABLAS Y GRÁFICAS.....	32
10. DISCUSIÓN	60
11. CONCLUSIONES	64
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
13. ANEXOS	71

3.- INTRODUCCIÓN

En nuestro país, el tema del embarazo adolescente se ha vuelto uno de los asuntos fundamentales de las políticas de población; desde distintas perspectivas se habla sobre el volumen de población adolescente, sobre su ritmo de crecimiento y reproducción, así como del riesgo biopsicosocial que implica la maternidad adolescente. Sin duda todo esto es cierto, sin embargo, algunas investigaciones y políticas dirigidas a mejorar la salud reproductiva de los adolescentes, se olvidan que la maternidad temprana en nuestro país, responde a un contexto económico, social y cultural.

Mediante el uso de algunas encuestas demográficas con representatividad nacional, se profundiza en esta asociación. De la misma forma se prueba que un nivel bajo de escolaridad femenino se asocia con un menor conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, así como menor probabilidad de planeación en practicar la primera relación sexual. Ciertamente la inequidad de género y otros aspectos socioculturales relacionados con las condiciones de desigualdad hacia las mujeres se agrava en un contexto de pobreza y falta de oportunidades¹.

4.- MARCO TEÓRICO

La adolescencia ha sido, en general, definida desde diferentes enfoques: biológicos, psicológicos, pedagógicos, o bien, demográficos. Sin embargo, pese a ello, aún es difícil determinar con exactitud las razones de la preñez de las adolescentes. Considerándose esta realidad como un problema de salud pública multifactorial imbricado, haciendo aún más complejo un plan de acción efectivo, sin embargo, se debe continuar en la tarea de identificar los factores y variables en las cuales poder incidir en esta problemática¹.

Se ha demostrado que en periodos históricos anteriores y aun hoy en día para ciertos grupos sociales la adolescencia no existe como tal, o sea como un periodo de transición entre la niñez y la adultez durante el cual los jóvenes se preparan para asumir su rol de adultos en las diversas esferas de la vida ⁴.

La adolescencia es entonces la etapa diferenciada del ciclo vital en el desarrollo humano, que involucra una serie de cambios físicos, mentales, conceptuales incluso de status social², muy significativos los que propician mayor vulnerabilidad al proceso de salud enfermedad; en donde además intervienen principalmente los estilos de vida y la pobreza, los cuales, juegan un papel primordial en el entorno familiar en el cual, se desenvuelven hoy en día los adolescentes^{1,2,3}. Todo este periodo ocurre, en general, en la 2ª década de la vida. Mientras la pubertad es un acontecimiento fisiológico del ser humano y de los mamíferos, la adolescencia es entonces un concepto socio-cultural^{4,5}.

Fisiológicamente la adolescencia emerge con la aparición de los primeros signos de la transformación puberal. Desde el comienzo de este periodo van a ocurrir cambios hormonales que generan el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, con la acentuación del dimorfismo sexual, crecimiento en longitud, cambios en la composición corporal y una transformación gradual en el desarrollo psicosocial. Todos estos cambios tienen una cronología que no coincide en todos los individuos y es más tardía en los hombres que en las mujeres⁵.

Hamel y Cols en 1985 refieren que la adolescencia es una etapa de múltiples cambios por lo cual, es difícil establecer límites de manera exacta; según

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el período entre los 10 y los 19 años. A su vez, dentro de esta etapa vital habitualmente se distinguen dos etapas: la adolescencia precoz (10 a 14 años) y la tardía (15 a 19 años). Algunos otros autores identifican tres etapas de acuerdo a los cambios físicos y evolutivos como: adolescencia temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años), refieren que estos cambios puberales y características transcurren en diferentes etapas, y que en el presente estudio se considerara para su desarrollo y se describen como sigue^{3,4}.

Adolescencia inicial o temprana. (10 a 13 años): Es propio de esta etapa un aumento de la estatura, del peso corporal y de la fuerza muscular. Aparecen los caracteres sexuales secundarios. En el caso de la mujer el primer signo del comienzo de la pubertad es el desarrollo incipiente de las mamas, a esta le sigue muy de cerca el crecimiento del vello pubiano. En el varón el primer cambio es el aumento del volumen testicular, un ligero arrugamiento del escroto y la aparición de vellos pubianos. Aproximadamente un año después comienza el crecimiento del pene⁶. Correspondiente a la escala de Tanner estadio 1 a 3 para varones y mujeres^{7,8}.

Adolescencia media. (14 a 16 años): Desde el punto de vista puberal, en la mujer aparece la menarquia que da inicio a la etapa⁶. En el varón continúa el crecimiento del pene, que corresponde a la escala de Tanner, estadio 4 para varones y mujeres^{7,8}, así como cambios en la laringe que ocasiona el cambio de voz característico. En este momento generalmente se produce el estirón masculino, aunque un poco más tardío es mayor que en el de la mujer. Los adolescentes sienten más preocupación por la apariencia y desean aumentar el poder de atracción. Aparecen manifestaciones egocéntricas y hay una búsqueda de su propia identidad. En esta etapa se inicia el pensamiento abstracto⁵.

Adolescencia tardía. (17 a 19 años): En ambos sexos el desarrollo puberal alcanza las características del adulto^{5,6}. Escala de Tanner, correspondiente al estadio 5 para varones y mujeres^{7,8}. Se logra un mejor control de los impulsos y los cambios emocionales son menos intensos. El

adolescente establece una identidad personal y social que pone fin a la etapa. Los retos que debe afrontar el adolescente incluyen:

1.- Adaptación a los cambios anatómicos y fisiológicos.

2.- Integración de la madurez sexual al modelo personal de comportamiento social.

3.- Separación del tutelaje familiar⁹.

Estos cambios ejercen un profundo impacto en el adolescente dando efecto en la formación de su identidad, ya que deben afrontar nuevas experiencias corporales, como la menarquia en las mujeres y las poluciones nocturnas en el hombre⁵.

Piaget propone que durante esta etapa de la adolescencia el individuo participa del razonamiento hipotético deductivo en donde el individuo actúa por medio de hipótesis para adquirir conocimiento y pericias para iniciar a participar en el mundo de las operaciones formales y con ello crear respuestas adaptativas que le permitan pasar del pensamiento mágico e intuitivo al pensamiento abstracto y reflexivo¹⁰. Erikson refiere que el individuo actúa para confirmar hipótesis incluso sobre la autoridad que se ejerce sobre él en su entorno (padres, maestros, religión, etc.), surgiendo conflicto de identidad en el ámbito social, personal y de familia, para poder dar sentido al papel que desarrolla en la sociedad; en este sentido el individuo es capaz de iniciar a la práctica de actividades no propias o no aceptadas socialmente para su edad^{12,13}; recordemos que en esta etapa el adolescente tiene dificultad en la toma correcta de decisiones, confusión por falta de pericia lo que aumenta la vulnerabilidad a tener eventos adversos en el desarrollo biopsicosocial (propiciar el riesgo de intercambio sexual sin protección, presencia de enfermedades de transmisión sexual o bien el embarazo precoz entre otras)^{10,11}.

La socialización como necesidad del ser humano y función a satisfacer por la familia, es otra característica de los adolescentes, ya que comienzan a relacionarse más con sus pares y a separarse de la familia, durante la niñez, se caracterizan por ser leales a sus modelos de roles adultos, como los padres o los maestros, sin embargo, durante la adolescencia, esta lealtad cambia, haciendo a

los preadolescentes más leales a sus amigos y pares; para los adolescentes, la autoestima depende en gran medida de su vida social, las chicas tienden a apearse a grupos pequeños de amigas cercanas, mientras que los chicos construyen redes sociales más amplias, los adolescentes están bien conscientes de los otros y de cómo son percibidos durante esta etapa^{11,13}.

Una de las funciones de la familia es satisfacer necesidades, de las primordiales, es el afecto. Según Maslow las necesidades afectivas son primordiales para desarrollar la estima en el ser humano y con ello llegar a la autorrealización, si por el contrario, el adolescente carece de esa parte afectiva desde el hogar, se ve casi obligado a buscar y cubrir dicha necesidad fuera del ámbito familiar ¹⁰.

Recordemos que la familia es fuente fundamental para la integración de valores y principios, así como la responsable de cubrir las necesidades básicas psico-afectivas, amor, cuidado, sin dejar atrás la alimentación, vestido, entre otras, con lo cual se va a desarrollar dentro de la sociedad como individuo independiente²⁵, llevando a cuevas el ejemplo con el que fue educado dejando mostrar las carencias y hábitos no propios o no aceptados socialmente y que sin embargo buscara la aceptación de pares en el medio en el cual se desenvolverá y de no contar con elementos que contribuyan a la asertividad y a mantener una estima valorable para el mismo, podrían contribuir a la toma errónea de decisiones y con ello, tornarse vulnerable a riesgos como el uso y abuso de drogas, el inicio de vida sexual temprana, la promiscuidad sexual, así como el embarazo precoz entre otros riesgos; que merman la salud de los adolescentes y con altos costes individuales, familiares y sociales¹¹. En un estudio del Perú realizado en el Programa de Adolescentes de un Hospital Público Universitario, se encontró que, en relación con los comportamientos de riesgo, la mayoría tuvo su primera relación sexual en la adolescencia media (14-16 años); más de la mitad fue durante el noviazgo, similar a los estudiantes brasileños con el 67.3% ³³.

Con relación al inicio de la vida sexual en esta etapa de la adolescencia, la literatura refiere estadísticas como: para el 2006 en México la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), hace referencia a que el 15% ya había iniciado

a la vida sexual, para el 2012 la cifra aumento al 23%^{14,15,16,17}. En otros países de América Latina, la Organización Mundial de la Salud (OPS) hace mención del 10-12%, mientras que en países como Argentina para el mismo período han dado inicio en el 64%^{18,19}.

En diversos países centroamericanos, aproximadamente el 50% de las mujeres de 15–24 años de edad ha iniciado relaciones sexuales a los 15 años; el porcentaje es mayor en las zonas rurales y entre los jóvenes con los niveles más bajos de educación¹⁹, además se observa que existe mayor incidencia de madres precoces en el medio rural que en el medio urbano: 25 de cada 100 son madres antes de los 20 años en el medio rural, frente a 13 de cada 100 en el medio urbano²⁰.

En cuanto al embarazo adolescente Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) en el 2012 refiere que de los 2.2 millones de embarazos registrados el 72.9% corresponde a mujeres de 12 a 29 años y que 1 de cada 6 son adolescentes, para obtener una tasa de 183 por 1000, tasa que ha venido mostrando incrementos cuando en el 2006 se encontraba en el 79 por 1000, y en el 2009 180 por cada 1000.

En un estudio de Centro América muestra que los jóvenes de áreas rurales tienen más riesgo de embarazo que los de área urbana en donde el 56% corresponde al área rural y el 44% al área urbana, explicado según Flórez, por inicio de sus roles reproductivos mucho más temprano que los de estratos altos o residentes en zonas urbanas²¹.

En una encuesta sobre estilos de vida en las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta en un hospital de segundo nivel de la secretaria de salud en Xalapa Veracruz, se observó que, de 30 adolescentes embarazadas, con una edad promedio de 17 años (Mín.15, Máx.19), el mayor porcentaje se ubicó en el rango de edad de 15 a 17 años represento el 56.6%¹¹. Lo que representa según especialistas en la materia que “el embarazo a esta edad no sólo representa un problema de salud para ella y su producto, sino también tiene una repercusión económica y social para la madre, ya que implica menores oportunidades

educativas o el abandono total de sus estudios, aspectos que contribuyen a generar un contexto de exclusión y desigualdad de género”^{15,16}.

Un estudio de adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Docente Gineco obstétrico de Guanabacoa, de la Habana, Cuba de 2001 informó que en el grupo de embarazadas adolescentes, predominaron las amas de casa con el 82,2 %.²² en otro estudio se reporta la ocupación de las adolescentes se reportó: trabajan 84 (23%), amas de casa 280 (77%)²³; en una encuesta sobre estilos de vida en las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta en un hospital de segundo nivel de la secretaria de salud en Xalapa Veracruz la ocupación de las jóvenes, al momento de ser entrevistadas, 23 de ellas (76.3%) eran amas de casa, y 7 (23.3%) empleadas¹¹.

En esta última encuesta de 30 adolescentes embarazadas, se observó que el 41.5% de las jóvenes eran casadas; asimismo el aumento del número de adolescentes embarazadas se agrava por el hecho de que actualmente el 58.5% son solteras¹¹, del mismo modo en un estudio de 362 embarazadas adolescentes realizado en León Guanajuato su estado civil fue: casadas 309 (85%), madres solteras 37 (10%), unión libre 18 (5%)²³.

Asimismo, 13% de las adolescentes en Nicaragua y 10% en República Dominicana se casaron antes de cumplir los 15 años. El casamiento temprano, la mayoría de las veces es seguida por el embarazo y la maternidad temprana. En Nicaragua 3% de las adolescentes de 15 a 19 tuvo un(a) hijo(a) antes de los 15 años¹⁹.

En cuanto a la creencia religiosa expresada por las adolescentes, 27 (90%) practicaban la religión católica¹¹; en otro estudio Luciene Longo del Centro para el Desarrollo y Ordenación del Territorio, Facultad de Ciencias Económicas de la UFMG (Cedeplar), y post-Miranda, Paula Ribeiro, Profesor del Departamento de Demografía y Cedeplar investigador analizó una muestra de 7.181 adolescentes de las cuales según los datos, el 80,7% de los adolescentes del estado dicen que son católicos, y el 11,7% tenían hijos. Entre los jóvenes que se declaran sin religión, uno de cada cinco tenía hijos. Los bautistas y los vinculados a otras iglesias protestantes, alrededor de un 4% de la población-tienen dos tercios de

azar católica de tener hijos durante la adolescencia. Sin embargo, los jóvenes afiliados a la Iglesia Universal del Reino de Dios, sigue el camino opuesto, con probabilidad de 30% mayor que la católica de tener hijos a una edad temprana²⁴.

Al observarse el nivel de escolaridad en un estudio realizado en Xalapa Veracruz en el año 2010 a un grupo de embarazadas adolescentes se encontró que el 66.6% contaban con escolaridad básica (primaria y secundaria)¹¹; un estudio de adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Docente Gineco obstétrico de Guanabacoa, la Habana Cuba de 2001 reporto que en la formación educacional el nivel predominante fue el de secundaria básica para las adolescentes, con un 86,2%²², en León Guanajuato se observó que el nivel educativo de las mismas era la siguiente: Analfabetas 10 (3%), primaria 146 (40%), secundaria 182 (50%), bachillerato 21 (6%), técnica 3 (1%)²³.

El 50 a 70% abandonan las escuelas durante el embarazo y el 50% no la retoman más y si lo hacen, no completan su formación. Sólo un 2% continúan estudios universitarios⁴.

Con respecto al tipo de familia, se identificó que 17 (56.6%) de las embarazadas pertenecían a una familia extensa (padres, hijos y otro familiar consanguíneo habitando en la misma casa) y 13 (43.4 %) vivían sólo con su pareja (familia nuclear)¹¹. En León Guanajuato el estado civil de los padres fue de: casados de 334 (92%), divorciados 8 (2%) y unión libre 22 (6%)²³.

Si por otro lado la familia en la cual se desenvuelve no tiene una estructura sólida y es disfuncional, en donde la falta de comunicación interviene negativamente; aumenta el riesgo de hacer todo lo posible por parte del adolescente, para tener lo que desea y no tiene vivenciando por medio de actividades emocionales que le interesan y motivan para obtener atributos materiales y emocionales ausentes en su entorno familiar^{2,9,10}. Como lo demuestran Rangel y Valerio quienes desarrollaron en la unidad de medicina familiar No 53 del seguro social de León Guanajuato, un estudio entre 364 adolescentes embarazadas en donde se evidencio que el 33% de ellas presentaban algún grado de disfunción familiar, el 27% del total de la muestra con disfunción moderada y el 6% severa; por otro lado Arias y Trujillo en Colombia en

un estudio más reciente con 190 adolescentes embarazadas encontraron la presencia de disfunción familiar en grados variables en el 72.1% de su muestra²³.

La denominada cultura familista que predomina en América Latina (no obstante, sus ambigüedades y contradicciones) se refleja en varios estudios y cifras que sugieren que, ante las adversidades derivadas de la reproducción temprana, la familia se levanta como primera instancia de apoyo. El hecho que en varios países de la región más de 50% de las madres adolescentes resida en el hogar de su familia de origen (o la de la pareja) es indicativo de este apoyo. De acuerdo con un procesamiento especial de los tres censos del 2010 disponibles, la proporción de madres adolescentes que reside como hija, nuera o nieta u otro pariente del jefe de hogar en Ecuador paso de 40.2 a 51.3% en el 2010 y en Panamá de 55.1 a 61.5% entre 1990 y el 2010. En México, las cifras fueron 51.4% en el 2000 a 64.3% en el 2010²⁶.

La adolescencia es, en realidad, un periodo de aprendizaje que se prolonga en el tiempo para la adquisición de los cada vez más complejos conocimientos y estrategias para afrontar la edad adulta y es una creación de la modernidad, de la sociedad industrializada que ha generado esa posibilidad de educación prolongada, hecho que siglos atrás no ocurría. La indudable importancia de este “adiestramiento” tiene un problema y es que la educación adolescente ocurre lejos del mundo de los adultos, no comparten con ellos sus experiencias, no existe una relación de maestro-aprendiz; los adolescentes viven un mundo de adolescentes separado del mundo de los adultos y esta separación genera conflictos⁵.

Sabemos que la globalización y los cambios y necesidades económicas que aquejan hoy en día, ha provocado que las madres de familia se integren a la actividad económica y participe como trabajadora, siendo en muchas ocasiones quien encabeza la mayoría de las familias de bajos ingresos, asumiendo el rol de administradora del hogar, convirtiéndose en la proveedora principal del sustento familiar, por tanto, desatiende aspectos significativos de su casa y a menudo no tiene en quien delegar esas responsabilidades. Las consecuencias son múltiples: en primer lugar, los jóvenes carecen de modelos morales de referencia para guiar sus conductas; muchos de los roles adultos se transfieren tempranamente a las

jóvenes. Y si a esto añadimos que la adolescente suele presentar una especie de competencia e identificación con la madre; por tanto, es frecuente que tenga su primer hijo aproximadamente a la misma edad en que lo hizo la mamá. Exhibiendo patrones culturales y familiares que se perpetúan generacionalmente por lo que se observa, se vive y aprende como conducta social y familiarmente aceptadas²⁷.

Del mismo modo, se ha documentado que las hijas de madres adolescentes presentan un 66% más probabilidades de repetir el patrón cultural presentando también un embarazo adolescente; de los primeros intentos para establecer esta relación, en Chile entre 1990 y 97 en un estudio realizado por González, Leal y Cols., en un centro especializado de atención integral a adolescentes con primer embarazo (CEMERA), se estudiaron a 901 casos, el cual arrojó que el 54.8% de ellas eran hijas de madres adolescentes, es decir se encontró un patrón reproductivo adolescente intergeneracional repetitivo²⁸.

En el municipio de San Juan del Río, la población es preferentemente de clase obrera; en donde la madre se ha incluido como proveedora, como trabajadora en fábricas amén de los quehaceres domésticos, para incrementar el ingreso económico al seno familiar, lo que ha derivado en ausencia por mayor tiempo del hogar distrayendo la interacción y comunicación entre padres e hijos²¹.

Los cambios culturales, por la intervención de medios masivos de comunicación en y para la obtención de información explícita sobre temas sexuales, muchas veces provenientes de fuentes de información no formales, así como la obtenida entre pares, son sobrevalorados y propician prácticas sexuales de riesgo de forma precoz, riesgo que muchas de las veces aun no visualiza el adolescente; enfrentándolos a la maternidad no planeada creando un ambiente propicio para generar desventajas sociales, violencia y rezago en los ámbitos de su interacción de pareja, familiar y social²⁰. Se ha mencionado que solo el 12% de los adolescentes recibe información de salud sexual proveniente de sus padres, Ruiz, Canela y Cols. Realizaron un estudio sobre 2,615 adolescentes en donde encontraron que la principal fuente de información utilizada por los adolescentes para tratar de forma frecuente (siempre o casi siempre) aspectos relacionados con el amor y la sexualidad fueron los padres (37%), seguidos de los amigos (33%),

los hermanos (17%), los libros (14%), las revistas o Internet (13%), el profesor (10%) y el sacerdote (6%)²⁹.

El no usar métodos de anticoncepción durante la vida sexual en los adolescentes es común así lo refiere el consejo nacional de población (CONAPO 2006) menciona que los jóvenes en México inician a temprana edad la vida sexual, en las mujeres la edad media es de 15.9%³¹ con prácticas generalmente no protegidas. Esto las predispone a infecciones de transmisión sexual, embarazos no planeados, aborto y un riesgo elevado de complicaciones para la salud de la madre y del recién nacido³². como se demostró en un estudio del Perú realizado en el Programa de Adolescentes, que, en relación con los comportamientos de riesgo, la mayoría tuvo su primera relación sexual en la adolescencia media, no usaron preservativo, y además la mitad de las participantes practica el sexo oral y/o anal. En el mismo estudio se verificó en relación con el número de parejas sexuales en los últimos doce meses varió de 1 a 3 parejas y más de la mitad tenía una pareja estable. En Colombia un estudio con 300 estudiantes se evidenció que 19.6% tenían más de una pareja sexual en el último año y que 52.7% tenían pareja estable, a diferencia de estudiantes brasileños donde el 32.7% tenían dos o más parejas diferentes al mismo tiempo y que 67.3% tuvieron su primera relación sexual con el enamorado³³.

En un estudio llevado a cabo en Bogotá se observó que el 66% (42) han tenido de 1 a 2 parejas sexuales, de 3 a 4 parejas 18% (11) y 5 o más compañeros sexuales 14% (9)³⁴. La Encuesta Nacional de la Juventud (ENJ 2005) refiere que el 58% de los jóvenes que usan algún método lo hacen por consenso es decir, ambos toman la decisión de protegerse, lo cual nos permite hablar de niveles más altos de negociación y acuerdo³².

En las adolescentes muy jóvenes la decisión de iniciar relaciones sexuales no siempre es una decisión consciente o libre de ambigüedad, ni una decisión en la que se evalúen los riesgos y consecuencias involucrados. Aunque sean relaciones consentidas o aceptadas, muchas veces las adolescentes tienen poco control sobre el evento de la iniciación sexual. Se denomina sexo bajo coerción a las situaciones de coacción y presión de tener relaciones sexuales libremente

consentidas. Tal vez la niña o adolescente afectada no lo identifique como una violación, aunque haya sido una situación contra su voluntad, pero “aceptada” por no haber podido oponerse. Estas situaciones son muy frecuentes en el inicio sexual cuando hay una diferencia de edad significativa entre el hombre y la niña/adolescente. Datos de diferentes países muestran que entre el 15% y 30% de las adolescentes y jóvenes usualmente reporta que su primera relación sexual con penetración fue forzada. Esto involucra por lo general a hombres conocidos, especialmente la propia pareja que presiona para tener relaciones sexuales con argumentos de rechazo o abandono, que amenaza o intimida a la mujer para que acceda a su pedido o usando directamente la fuerza físicamente^{18,31}.

Un estudio que abordó cuán voluntaria fue la primera relación sexual en mujeres adolescentes reporta que 24% de las mujeres que se iniciaron antes de los 14 años expresa que esa relación no fue voluntaria comparada con 10% de las que tenían 19 a 24 años al momento de la iniciación, datos de Argentina muestran que la totalidad de las niñas que tuvieron su primer coito antes de los 13 años fue forzada a consumarlo; en cambio, ninguna de las que se iniciaron entre los 17 y 18 años lo fue, datos de Brasil muestran algo semejante, mientras que el 4,9% de las mujeres que se iniciaron sexualmente antes de los 15 años fueron forzadas, solo un 0,4% de las que lo hicieron entre los 15 y 17 años lo fue y ninguna de las que se iniciaron entre los 18 y 24 años lo fue¹⁸.

La edad de la primera unión ha sido retrasada en las nuevas generaciones, a nivel rural de 16 a 23 años y urbano de 18 a 25 años, pero la edad de inicio de las relaciones sexuales no, por lo cual el intervalo entre el inicio de relaciones y la unión se ha prolongado, con mayor exposición a embarazos no planeados o deseados (Encuesta Nacional de la Salud Reproductiva ENSAR, 2003)^{31, 32}.

De igual forma, a edades tempranas el conocimiento sobre las formas de evitar el embarazo es escaso, o circula información errónea o distorsionada acerca de la fecundación y los métodos anticonceptivos. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud en México (ENSA 2000), 54,2% de los y las adolescentes de 12 a 14 años dijeron conocer al menos un método anticonceptivo. Este porcentaje se reduce a 31,9% entre los adolescentes del mismo grupo de edad sin escolaridad.

El uso de anticoncepción en la primera relación sexual suele ser muy bajo por la imprevisibilidad del hecho. La ENSA 2000 en México muestra que del total de adolescentes de 12 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales, 37% utilizó un método anticonceptivo en su primera relación sexual, proporción que disminuye a medida que decrece la edad de la primera relación¹⁷.

La ENSA para el 2012 refiere que los adolescentes no utilizaron método de planificación en un 14.4% de los hombres y 33.4% de las mujeres, lo cual representa uno de los múltiples factores de riesgo en este grupo de edad, así como a enfermedades de transmisión sexual y embarazos de alto riesgo¹⁴.

El cómo vivan la primera relación parece ser un factor determinante de lo que será la vida sexual subsiguiente. Fétis en un estudio con adolescentes colombianas encontró que el 37% de los jóvenes estudiados usaron anticonceptivos en su primera relación sexual, observándose mayor uso de condón y anticonceptivos orales. Este trabajo plantea que el joven, al tener la primera relación sexual y ver que no le “pasa nada”, repetirá la experiencia más o menos en las mismas condiciones²¹.

Cerca del 90% de los jóvenes de América Latina y el Caribe reportaron conocer al menos un método de anticoncepción, pero entre el 48% y el 53% de los jóvenes sexualmente activos nunca usaron anticonceptivos. Entre los que habían utilizado un método anticonceptivo, aproximadamente el 40% no lo hicieron de forma regular. De acuerdo con los informes del Instituto Guttmacher publicados en el 2006, las necesidades insatisfechas de anticoncepción entre las mujeres jóvenes fueron del 48% en Honduras, el 38% en Guatemala y el 36% en Nicaragua¹⁹.

¿Por qué los jóvenes arriesgan su futuro al tener relaciones sexuales sin protección? Según estudio realizado en Venezuela en el 2013 refiere que la respuesta puede resumirse en una razón: los jóvenes no están planificando sus encuentros sexuales y por tanto no están pensando anticipadamente sobre los métodos anticonceptivos. Otras de las justificaciones que dan los adolescentes para tener encuentros sexuales sin protección es la falta de comunicación con sus

parejas sobre el uso de métodos anticonceptivos o porque a sus parejas sexuales no les gusta utilizarlos³⁵.

"La División de Población de las Naciones Unidas señala que el 21% de los nacimientos vivos anuales en nuestro país son de jóvenes de 13 a 19 años; adicionalmente el estudio 'Indicadores de Anticoncepción en Latinoamérica' que realizamos junto a Psyma Latina evidencia que las jóvenes comienzan a usar anticonceptivos casi a los 20 años, pese a que un 35% inicia su actividad sexual antes de los 18 años, lo cual es preocupante pues sugiere ser una de las causas del problema", señaló Manuel Cabrera, Director Médico de Bayer Schering Pharma. Según la OMS, Venezuela es el país sudamericano con mayor tasa de fecundidad en adolescentes y el tercero de todo el continente después de Nicaragua y Honduras. Nueve de cada diez adolescentes sexualmente activos, no usan anticonceptivos a pesar de conocer la información³⁵.

Las causas más frecuentes de ingresos hospitalarios en las mujeres jóvenes fueron obstétricas (27%, 31% y 46% en el Caribe, Centroamérica y los Estados Unidos, respectivamente). Las mujeres adolescentes embarazadas comparadas con las mujeres adultas tienen mayor riesgo de tener consecuencias adversas en salud, tienen menos probabilidades de terminar el ciclo educativo, más riesgo de empleo informal y de pobreza. La mitad de los países de la Región de las Américas presentan tasas de fecundidad entre adolescentes de 15–19 años de edad por encima de 72 por 1.000 mujeres. El 20% de los partos en la Región correspondió a mujeres menores de 20 años de edad, y se estima que el 40% de los embarazos fue no planificado¹⁹. En un estudio integrado por adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Docente Gineco obstétrico de Guanabacoa, en diciembre de 2001 refiere que la planificación del embarazo, en las gestantes adolescentes en el 100 % no fue planificado²².

La Encuesta Nacional de Salud reproductiva 2003 expuso que poco más de uno de cada cuatro embarazos entre las adolescentes no son planeados mientras que uno de cada diez tampoco es deseado, si bien esta no es una situación privativa de las adolescentes, son estas quienes presentan la menos proporción de embarazos planificados entre las mujeres embarazadas³¹.

La maternidad temprana también puede conducir a menores oportunidades para mejorar la calidad de vida de las madres adolescentes y de sus hijos. Además, la preocupación sobre estos embarazos se acrecienta debido a que una parte importante de ellos (las estimaciones varían entre el 40 y el 60 por ciento) son no deseados³⁶; y es más alta la proporción en los embarazos adolescentes (entre 35% y 52% en América Latina y el Caribe) y seguramente esta proporción es mayor en las menores de 15 años¹⁸.

Nueve de cada diez mujeres en esta etapa de la vida tuvieron su primera relación sexual sin protección, a pesar de que al rededor del 66% de ellas refirió haber iniciado su vida sexual sin la intención de embarazarse. De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Juventud (ENJ 2005) sólo 3 de cada 10 utilizaron algún método en su primera relación sexual³².

Lo anterior lleva a reiterar la importancia de la educación sexual impartida en las escuelas, en este aspecto la fracción décima del Artículo 7º de la Ley General de Educación señala que el Estado, sus organismos descentralizados y los particulares con autorización o con reconocimiento de validez oficial de estudios “tendrán que desarrollar actitudes solidarias en los individuos y crear conciencia sobre la preservación de la salud, el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana, así como propiciar el rechazo a los vicios y adicciones, fomentando el conocimiento de sus causas, riesgos y consecuencias”^{15,31}.

Así como los elementos constitucionales que apoyan la equidad de género y la participación de la mujer en la decisión informada sobre planificación familiar tal es el caso del Artículo 4º Constitucional “El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”³¹⁻³².

La Secretaría de Salud en el Estado de Querétaro refiere que del 2009 a 2011 los embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de edad incremento de 6,800 (tasa 37 x 100 mujeres de 12 a 19 años) a 13,241 (tasa 72 x 100 mujeres de 12 a 19 años), de estas últimas el 30% corresponde a menores de 15 años. Representando en 2011 el 28 % del total de embarazos a nivel estatal³⁷.

Un informe del Hospital del Niño y la Mujer en Querétaro, informó que en el 2009 se presentó un total de 6,800 embarazos en menores de 20 años, en 2011 el total de embarazos en menores de 20 años aumento un 10% con relación al 2009, en donde los municipios de Querétaro, Peña Miller, Arroyo Seco y Pinal de Amoles y en quinto lugar San Juan del Río, presentaban la mayor incidencia de embarazo adolescente³⁸. Para el 2012 la revista internacional de estadística y geografía reporta que en Querétaro el 70% de los embarazos adolescentes corresponde al grupo de 14 a 19 años, con una tasa de 6.4 x 100 adolescentes de 14 a 19 años. Ocupando San Juan del Río el quinto lugar estatal en incidencia. Y el 30% restante al grupo de 12 a 13 años³⁹.

Durante 2013, la tasa de embarazos en mujeres de 10 a 14 años fue de 8.56 por cada mil. En este rango de edad, el municipio que encabeza la lista es Querétaro con 16.64 niñas embarazadas por cada mil, seguido por Cadereyta con 10.46, Landa de Matamoros con 10.04, Jalpan de Serra con 9.77, El Marqués con 9.70, San Juan del Río con 8.93, y el resto de los municipios se encuentra por debajo de la media estatal de 8.56; además San Juan del Río escala al segundo lugar en incidencia de embarazos adolescentes de 12 a 19 años con 1,497 casos y Querétaro capital primer lugar con 4,231 casos⁴⁰.

Según estadísticas de los SESEQ actualmente en el estado del 25 a 30% del total de embarazos corresponde a menores de 19 años. Datos estadísticos arrojados por el Sistema de Información Sistemizada informan que en la zona poniente de San Juan del Río, Querétaro las tasas de incidencia del 2009 a 2013 se encuentran de la siguiente forma⁴¹:

AÑO	POB. ABIERTA 12 A 19 AÑO	No. CASOS	TASA X 1 000
2009	7 344	23	3.13
2010	8 438	64	7.58
2011	8 477	124	14.62
2012	8 531	206	24.14
2013	9 403	375	39.88

Fuente: SIS. 2009 – 2013. SESEQ.

Por otro lado, es bien sabido que existen políticas para mejorar la salud del adolescente (normas oficiales para la salud del adolescente, planificación familiar, embarazo, parto y puerperio, entre otras) y con ello la creación de programas preventivos, de comunicación e información, con el afán de que el propio adolescente identifique de manera informada, los riesgos a los que se expone y crear en ellos la capacidad de poder tomar decisiones asertivas en cuanto al inicio de la sexualidad de forma responsable e informada y con ello disminuir la presencia de eventos adversos en la salud del adolescente como lo es el embarazo en edades tempranas y las complicaciones que se derivan de ello, como la mortalidad materna, infantil; deserción escolar, adquisición de trabajos mal remunerados, aumento en las filas de desempleo, rechazo familiar y social a la madre y al producto, mal nutrición, entre otros³¹.

Hace ya varios años los sistemas de salud y educación han implementado temas de educación sexual no obstante los embarazos no han disminuido, manifestándose la paradoja de que los adolescentes conocen y hablan de métodos anticonceptivos y sexualidad, incluso solicitan en centros de salud y farmacias anticonceptivos, sin embargo un porcentaje significativo no los usa, de aquí se deriva: la información es fundamental pero la sensibilización para que el mensaje sea funcional, así como la apertura para generar confianza en el adolescente y de forma objetiva, directa y sin tabúes se atreva a hablar sobre sexualidad, sus dudas, experiencias y expectativas acordes con la transición social en la que se desenvuelve⁴².

5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo adolescente ha sido estudiado y considerado como un problema de salud pública, derivando en la creación de programas específicos de prevención y promoción del autocuidado de la salud adolescente, sin que a la fecha se haya logrado incidir en un cambio de conducta entre los adolescentes y la tasa de embarazo en los mismos.

Se ha documentado en diversos estudios factores que de alguna forma favorecen la incidencia en el embarazo adolescente, sin embargo en el Municipio de San Juan del Río, Querétaro, a pesar de mostrar tasas de incidencia menores a la nacional, si presentan un comportamiento en los últimos cinco años a la alza, sin que se conozca si son los mismos factores ya conocidos los que inciden en este comportamiento; y que a la postre nos permitan redirigir las estrategias propuestas por programas nacionales, por lo que se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores conocidos que influyen en la incidencia de embarazos adolescentes en la zona poniente de San Juan del Río, Querétaro 2014?

6.- JUSTIFICACIÓN

El embarazo adolescente en México es un fenómeno multifactorial, que tiene una alta incidencia y múltiples consecuencias personales, familiares y sociales, generando rezago en la población femenina adolescente principalmente entre los 12 y 19 años de edad, así como en los recién nacidos producto de estos embarazos, quienes participan de manera estrecha y como actores principales en el círculo de rezago y pobreza generacional en nuestro país, generando altas tasas de morbilidad en este grupo de población, lo que ha obligado a generar programas prioritarios en el ámbito escolar y de salud en donde los padres responsables del cuidado de las adolescentes se involucre de manera firme y concienzuda con el afán de incidir en la disminución del embarazo en las adolescentes.

La maternidad precoz en la adolescencia representa un problema sociosanitario, es considerada un indicador de desarrollo y es síntoma de múltiples problemas sociales. Se encuentra vinculada a problemas de pobreza, educación, inequidad de género, vulneración de los derechos y contextos familiares adversos. No es un hecho aislado, sino determinado por un conjunto de variables macro y micro sociales que inciden fuertemente en su ocurrencia; y que pese al esfuerzo conjunto y la presencia de programas dirigidos y encaminados a la prevención en diferentes sectores que atienden a la población adolescente no se ha concretado una disminución significativa en su incidencia; especialmente en el municipio de San Juan del Río, Querétaro; en donde claramente las tasas de incidencia de embarazo adolescente aumentaron en un 39.9 % del 2009 al 2013 según informe del Sistema de Información Sistematizado 2009 – 2013.

7.- OBJETIVOS

A) OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores que influyen en la incidencia de embarazos en adolescentes en la zona poniente de San Juan del Río, Querétaro, 2014.

B) OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.- Caracterizar al grupo de adolescentes en estudio, según; edad, estado civil, lugar y tiempo de residencia y religión.

2.- Identificar; ocupación, estado civil, escolaridad, inicio de vida sexual, uso de métodos anticonceptivos, estado civil de los padres, relaciones familiares, información sobre sexualidad, cohabitación, redes de apoyo, uso de métodos anticonceptivos, tipo de decisión al inicio de vida sexual y embarazo deseado o no deseado como factores de riesgo para embarazo adolescente.

8.- METODOLOGÍA

A) TIPO DE ESTUDIO

Observacional (descriptivo, transversal, prospectivo)⁴³.

B) UNIVERSO

Embarazadas de 10 a 19 años de edad que acuden solicitando atención prenatal o durante el puerperio en el Centro de Salud Urbano San Juan del Río, Querétaro, 2014.

B.1) LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

Centro de Salud Urbano San Juan del río, Querétaro

De noviembre de 2014 a febrero de 2015.

C) TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA

La muestra será estratificada de los turnos matutino, vespertino y especial (sábados domingos y días festivos). Tomando un universo de población de 280 embarazadas, registradas al inicio de la recopilación de datos, calculando un error del 5%, y un índice de confiabilidad del 95%. Mediante el programa de análisis estadístico (Decisión AnalystStats 2.0 “programa de cálculo”); arrojó un tamaño de muestra para este estudio de 162 cuestionarios por aplicar.

C.1) MATERIAL

Se elaboró un cuestionario basado en diferentes estudios, tal es el caso de ENSANUT y la OPS los cuales sirvieron como modelo para la creación del test con ítems cerrados. Compuesta por una primera fase de datos generales de identificación excepto nombre, ítems que proporcionan información sobre estructura y percepción de apoyo familiar, otra que aporta grado y fuente de información sobre salud reproductiva obtenida por la embarazada, y un último que aporta grado máximo de estudios de la población blanco a estudiar.

Tomando en consideración las bases éticas para la investigación con personas y cumpliendo con la Norma Técnica 133 se elaboró el Consentimiento informado para los acompañantes de las embarazadas adolescentes y ellas mismas, y que avala la voluntad de participación informada, salvaguardando los principios éticos del grupo blanco.

C.2) CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

C.2.1) CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Mujeres de 10 a 19 años que acuden a consulta de salud reproductiva al Centro de Salud Urbano San Juan del Río.

Embarazadas de 10 a 19 años que acudan por cualquier motivo al Centro de Salud Urbano San Juan del Río.

Mujeres en etapa de puerperio mediato de 10 a 19 años de edad, que acuden al Centro de Salud Urbano San Juan del Río.

Mujeres con las características especificadas en los tres puntos anteriores que acepten participar en esta encuesta.

C.2.2) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Embarazadas mayores de 20 años.

Puérperas con consultas subsecuentes

Mujeres que no acepten participar en la encuesta aun ya informadas.

C.2.3) CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Pacientes en las que el padre o acompañante niegue la participación en el estudio, o bien que proporcione la información en lugar de la embarazada adolescente.

Cuestionario incompleto o con doble respuesta

D) VARIABLES

Variable⁴⁴	Definición conceptual⁴⁵	Definición operacional	Tipo de variable⁴⁶	Unidad de medida
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta la actualidad	Edad en años cumplidos	Cuantitativa continua	Años cumplidos
Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona en sus vínculos con personas del sexo opuesto o su mismo sexo, dentro de la institución del matrimonio y el alcance que tiene en el estado como institución política.	Tipo de vínculo referido	Cualitativa nominal	Casada Soltera Unión libre Divorciada
Religión	Conjunto de creencias religiosas de normas de comportamiento culturales, morales y espirituales acerca de una o varias divinidades.	Dogma que practica un individuo	Cualitativa nominal	Católica Testigo de Jehová Cristiano Otra
Ocupación	Es aquello que imposibilita la realización de una acción diferente, también sinónimo de trabajo, actividad que alguien desempeña a cambio de algún pago o incentivo	Trabajo, empleo u oficio	Cualitativa nominal	Hogar Estudiante Empleada Independiente
Escolaridad	Conjunto de enseñanzas y	Grado	Cualitativa	Primaria

	cursos que un estudiante sigue en un centro docente	máximo de estudio	ordinal no numérica	completa e incompleta Secundaria completa e incompleta Preparatoria completa e incompleta Técnica Licenciatura incompleta
Funcionalidad familiar	Posibilidades de la familia para cumplir exitosamente con los objetivos y funciones designadas histórica y socialmente	Funcional o disfuncional	Cualitativa nominal	Buena Mala
Redes de apoyo	Es una estructura que brinda algún tipo de contención a algo o a alguien, trabajando de manera organizada y sincronizada para colaborar en alguna causa	Apoyo otorgado a la embarazada durante este periodo	Cualitativa nominal	Sola Familia de origen Novio o pareja Abuelos Tíos Otros
Fuentes de información	Se denomina a diferentes tipos de documentos que contienen datos útiles para satisfacer una demanda de	Procedencia de obtención de información	Cualitativa nominal	Nadie Familia Internet Amigos

	información o conocimiento			Libros Escuela Otros
Inicio de vida sexual	Edad de practica por primera vez a relaciones coitales	Edad de primera relación sexual	Cualitativa ordinal	Numérico 10 a 19
Método de planificación familiar	Se refiere habitualmente al conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.	Tipo de práctica o método utilizado para no embarazarse	Cualitativa nominal	Si utilizo No utilizo

E) CONSIDERACIONES ÉTICAS

Como está establecido en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Los aspectos éticos en la investigación con seres humanos y con las excepciones que el reglamento señala, este estudio responde a lo establecido en el Artículo 15: los sujetos de estudio no estarán expuestos a riesgos ni daño físico ni psicológico además de proteger la identidad del individuo sujeto a la investigación. El Artículo 17 menciona que una investigación sin riesgo es aquella donde no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se considera cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros.

Para la realización de esta investigación se contó con la aprobación de las autoridades de salud correspondientes, además del consentimiento informado por escrito por parte del acompañante mayor de edad que acude con las adolescentes embarazadas y a ellas mismas. Los resultados se darán a conocer al final de la investigación, sin olvidar el Artículo 120 que menciona que el investigador, podrá publicar informes parciales y finales de los estudios y difundir sus hallazgos por otros medios, cuidando que se respete la confidencialidad a que tienen derecho los sujetos de investigación.

9.- RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS, TABLAS Y GRAFICAS

Según edad de los sujetos de estudio se encontró que la media de edad fue de 17 años, la mediana 17, con una moda de 16, la desviación estándar fue de 1.5, con edad mínima encontrada de 13 años y la máxima de 19. CUADRO 1

CUADRO 1
Características de la edad de las embarazadas adolescentes
n = 162

Medida	Unidad
Media	17
Mediana	17
Moda	16
Desviación estándar	1.508
Mínimo	13
Máximo	19

Fuente: Encuesta 2014

De las 162 mujeres adolescentes embarazadas encuestadas, se observó que el 1.9% (3) contaba con 13 años; el 4.3% tenía 14 años (7); de 15 años, el 7.4% (12); de 16 años, el 24.1% (39); de 17 años el 21.6%(35); de 18 años con 19.8% (32) y de 19 año el 21% (34). CUADRO 2

CUADRO 2
Distribución de adolescentes embarazadas según edad
n = 162

Edad	Frecuencia	Porcentaje
13	3	1.9
14	7	4.3
15	12	7.4
16	39	24.1
17	35	21.6
18	32	19.8
19	34	21.0
Total	162	100.0

Fuente: Encuesta 2014



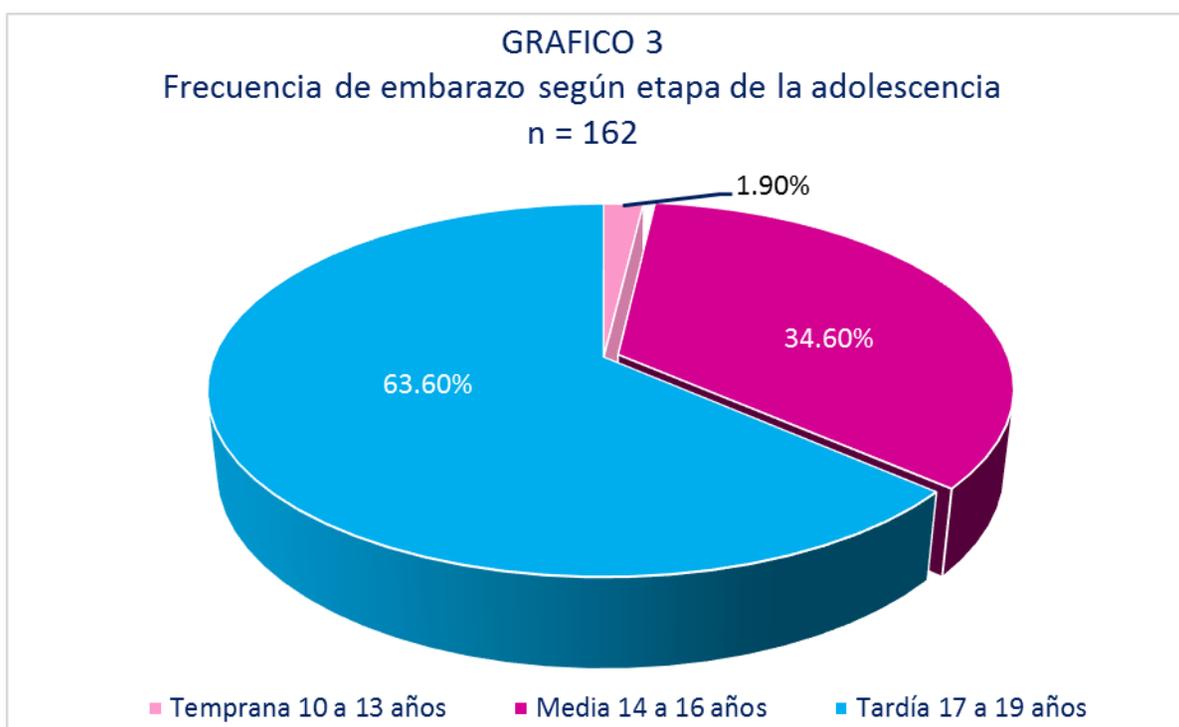
Fuente: Encuesta 2014

Del total de 162 embarazadas adolescentes estudiadas, 3 correspondieron a la etapa temprana de adolescencia, representando el 1.9%, 56 corresponden a la etapa media con un 34.6% y 103 corresponden a la etapa tardía representando el 63.6%. CUADRO 3

CUADRO 3
Frecuencia de embarazo según etapa de la adolescencia
n = 162

Etapa	Frecuencia	Porcentaje
Temprana 10 a 13 años	3	1.9
Media 14 a 16 años	56	34.6
Tardía 17 a 19 años	103	63.6
Total	162	100.0

Fuente: Encuesta 2014



Fuente: Encuesta 2014

Del total de 162 encuestadas 75 corresponde al área urbana con el 46.3%, al área rural 58 con el 35.8% y al área conurbada 29 con el 17.9%. CUADRO 4

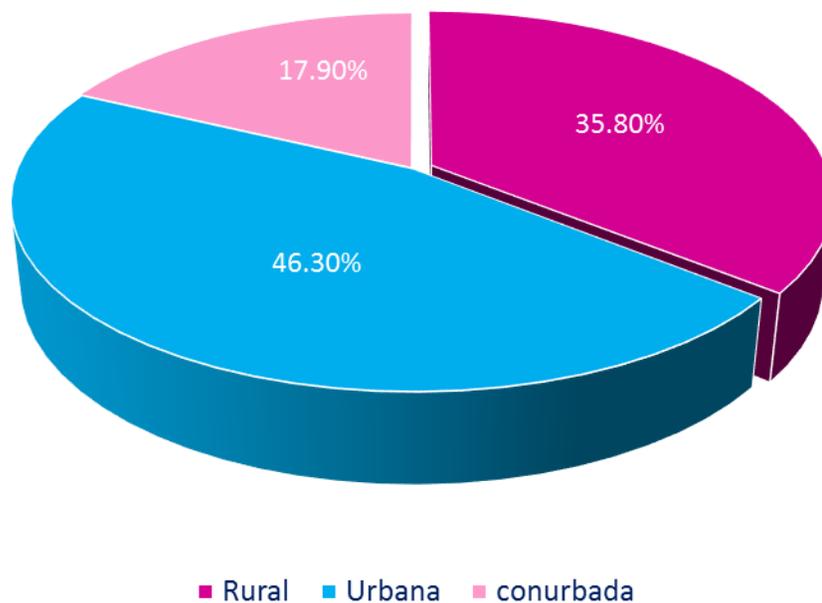
CUADRO 4

Distribución de área de residencia de las embarazadas adolescentes
n = 162

Área	Frecuencia	Porcentaje
Rural	58	35.8
Urbana	75	46.3
Conurbada	29	17.9
Total	162	100.0

Fuente: Encuesta 2014

GRAFICO 4
Distribución de área de residencia de las embarazadas
adolescentes
n = 162



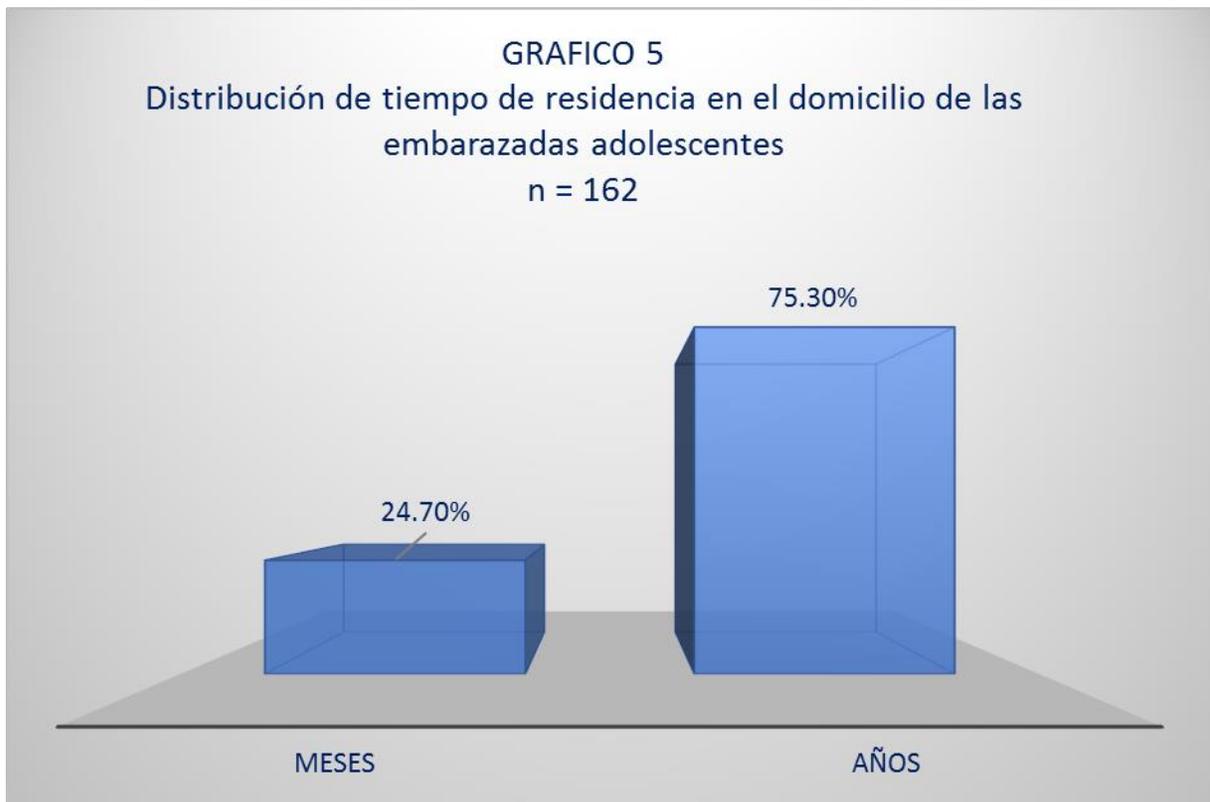
Fuente: Encuesta 2014

De las 162 embarazadas 122 reside por más de 1 año en el mismo domicilio representando el 75.3%, y 40 de ellas tiene menos de un año residiendo en el domicilio señalado representando el 24.7%. CUADRO 5

CUADRO 5
 Distribución de tiempo de residencia en el domicilio de las embarazadas adolescentes
 n = 162

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
Meses	40	24.7
Años	122	75.3
Total	162	100.0

Fuente: Encuesta 2014



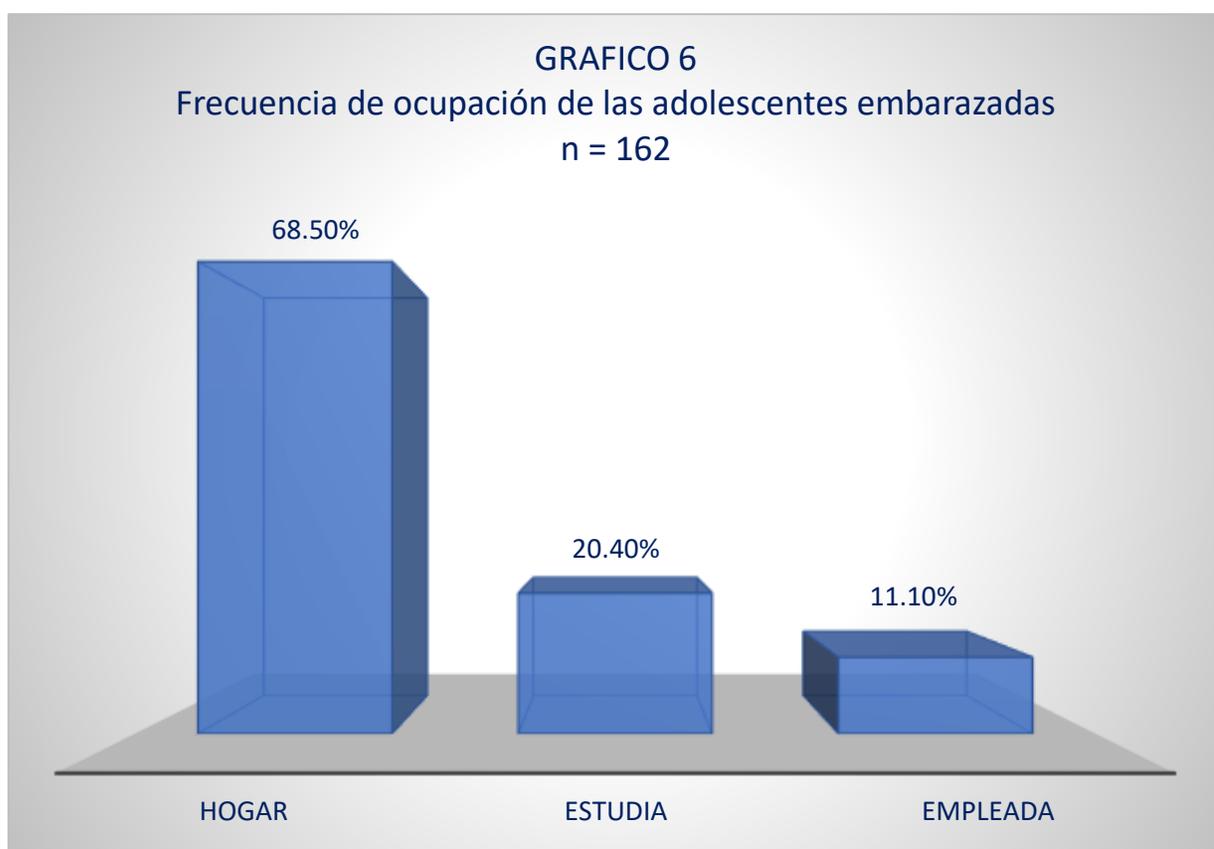
Fuente: Encuesta 2014

Del total de embarazadas estudiadas, 111 que corresponden al 68.5% se dedican al hogar, 33 que representa el 20% estudia y 18 que representa el 11.1% son empleadas. CUADRO 6

CUADRO 6
Frecuencia de ocupación de las adolescentes embarazadas
n = 162

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	111	68.5
Estudia	33	20.4
Empleada	18	11.1
Total	162	100.0

Fuente: encuesta 2014



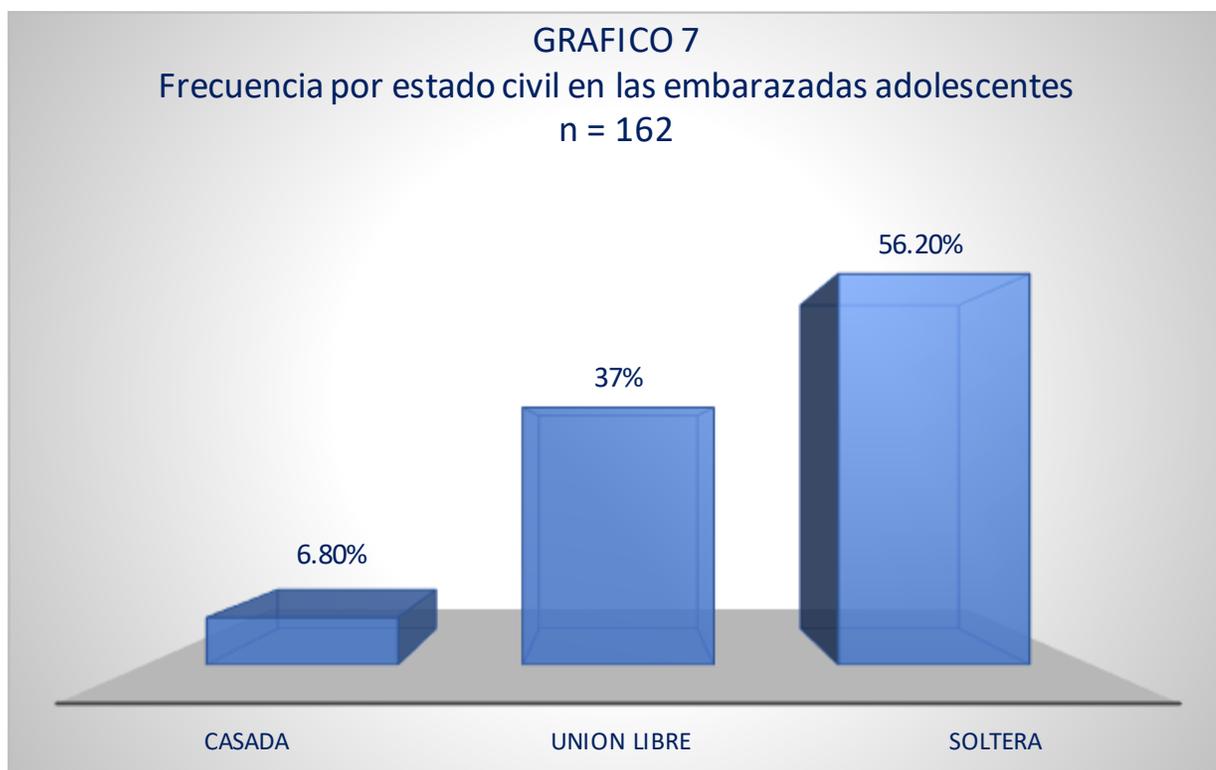
Fuente: Encuesta 2014

De las 162 embarazadas estudiadas 91 que representa el 56.2% son solteras, el 37.0% se encuentra en unión libre y el 6.8% en el momento de la encuesta se encuentran casadas. CUADRO 7

CUADRO 7
Frecuencia por estado civil en las embarazadas adolescentes
n = 162

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	11	6.8
Unión libre	60	37.0
Soltera	91	56.2
Total	162	100.0

Fuente: Encuesta 2014



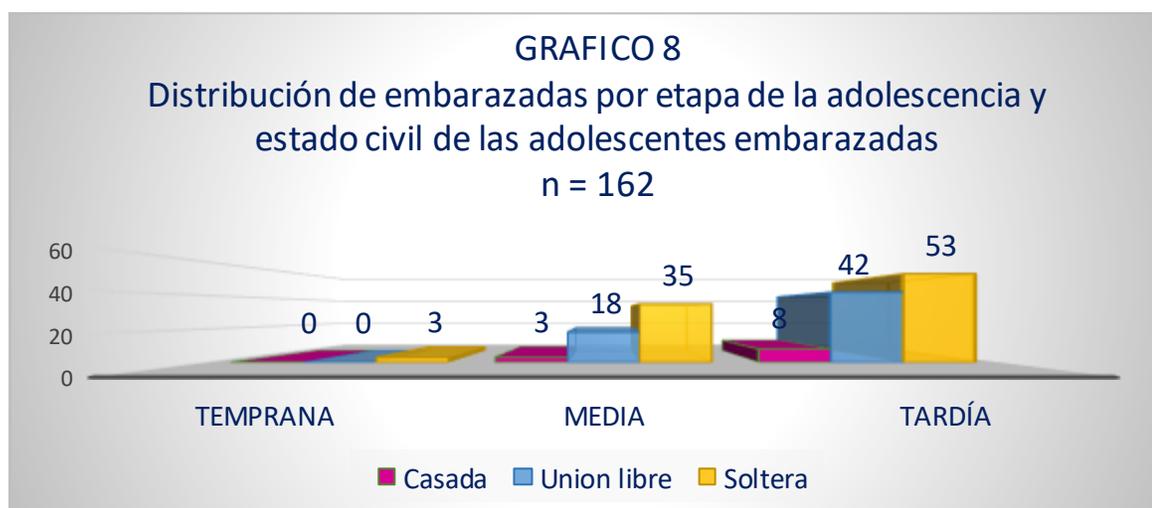
Fuente: Encuesta 2014

Del total de las 162 embarazadas adolescentes estudiadas, se encontraron 3 en etapa temprana, las cuales son solteras es decir el 100%, en la etapa media se encontraron 56 embarazadas, 3 están casadas, es decir el 5.3%, 18 se encuentra en unión libre que corresponde a un 32.14% y 35 se encuentra soltera es decir un 62.5%; en la etapa tardía corresponde a 103, de las cuales 8 son casadas corresponde al 7.7%, 42 viven en unión libre representa el 40.77% y solteras 53 con un porcentaje del 51.45%. CUADRO 8

CUADRO 8
Distribución de embarazadas por etapa de la adolescencia y estado civil de las adolescentes embarazadas
n = 162

Etapa de la adolescencia	Estado civil de la paciente			Total
	Casada	Unión libre	Soltera	
Temprana 10 a 13 años	0	0	3	3
Media 14 a 16 años	3	18	35	56
Tardía 17 a 19 años	8	42	53	103
Total	11	60	91	162

Fuente: Encuesta 2014



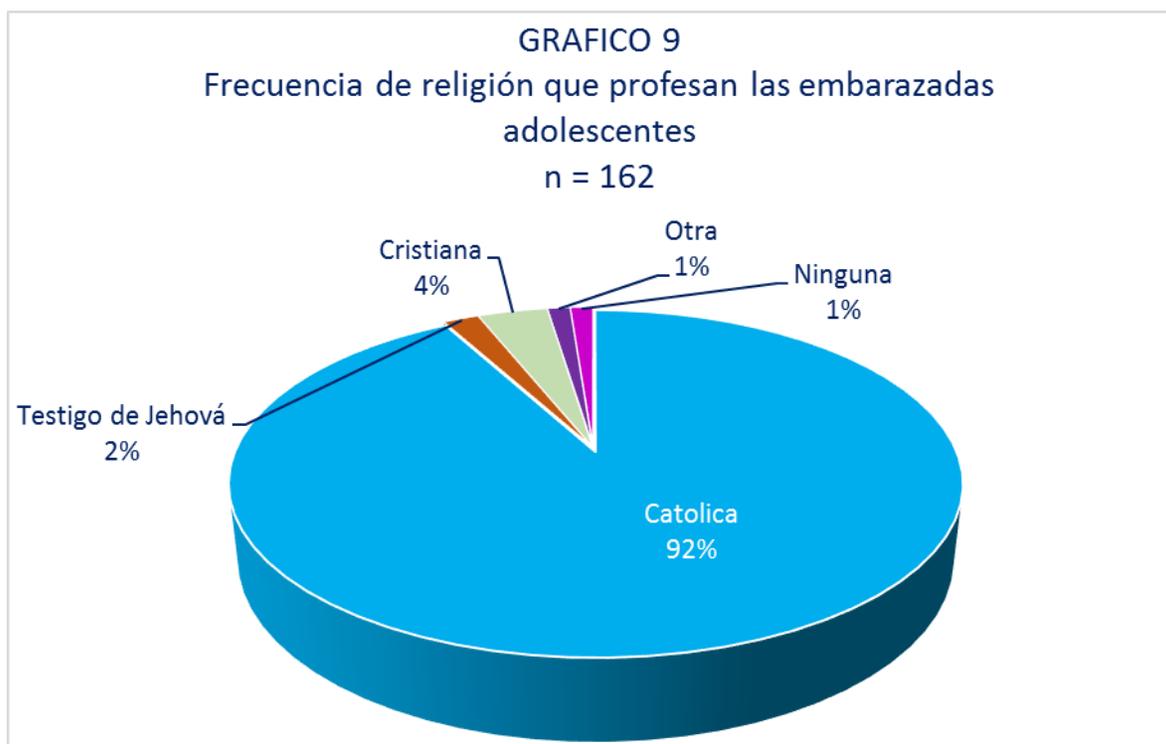
Fuente: Encuesta 2014

De las 162 embarazadas adolescentes estudiadas se encontró que 149 profesa la religión católica, es decir el 92%; 6 profesan el cristianismo que corresponde al 3.7%; testigo de Jehová fueron 3 con el 1.9%, otro tipo de religión 2 con el 1.2% y ninguna 2 con el 1.2%. CUADRO 9

CUADRO 9
Frecuencia de religión que profesan las embarazadas adolescentes
n = 162

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	149	92.0
Testigo de Jehová	3	1.9
Cristiana	6	3.7
Otra	2	1.2
Ninguna	2	1.2
Total	162	100.0

Fuente: Encuesta 2014



Fuente: Encuesta 2014

De las 162 adolescentes embarazadas 6 cuentan con primaria incompleta es decir el 3.7%, con primaria completa 16 con el 9.9%, secundaria incompleta 24 con el 14.8%, secundaria completa 64 con el 39.5%, preparatoria incompleta 38 con el 23.5%, preparatoria completa 10 representando el 6.2%, técnico 2 con el 1.2% y licenciatura incompleta 2 con el 1.2%. CUADRO 10

CUADRO 10

Frecuencia de adolescentes embarazadas según escolaridad en las embarazadas adolescentes

n = 162

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	6	3.7
Primaria completa	16	9.9
Secundaria incompleta	24	14.8
Secundaria completa	64	39.5
Preparatoria incompleta	38	23.5
Preparatoria completa	10	6.2
Técnica	2	1.2
Licenciatura incompleta	2	1.2
Total	162	100.0

Fuente: Encuesta 2014



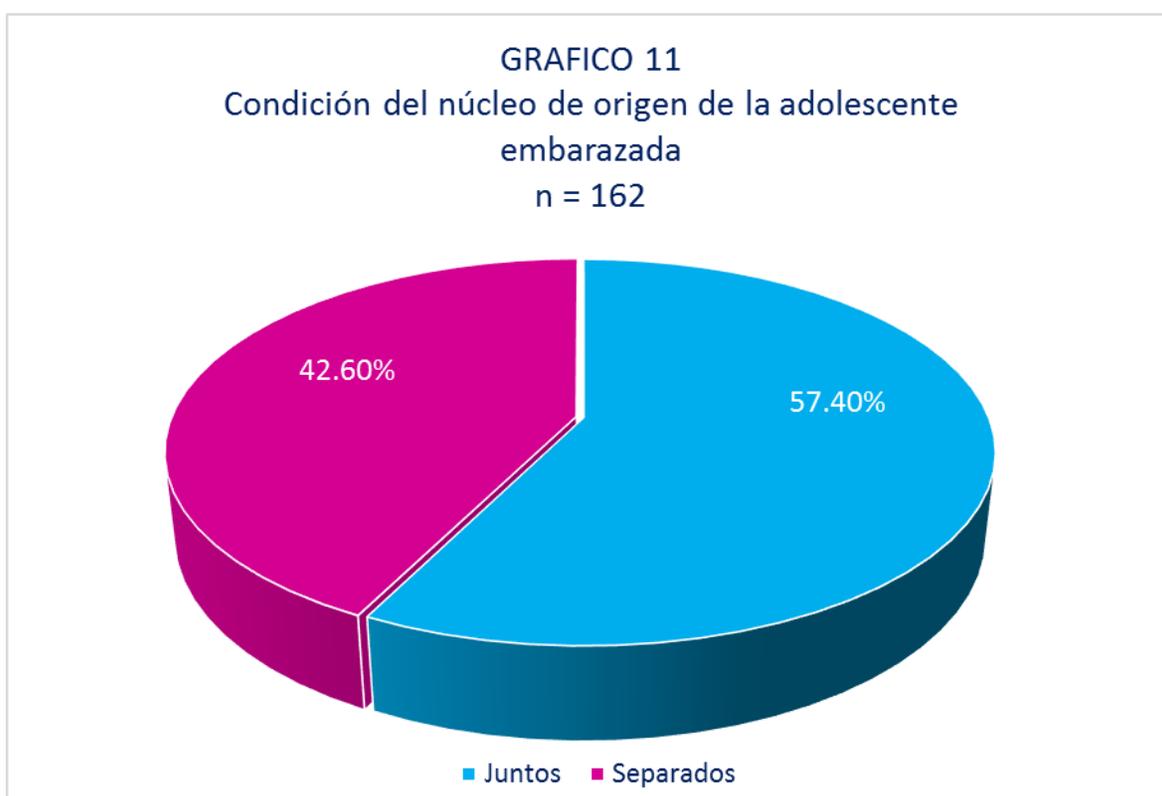
Fuente: Encuesta 2014

De las 162 adolescentes embarazadas se encontró que 93 sus padres se encuentran juntos, representando un 57.4% y 69 que representa el 42.6% sus padres se encuentran separados. CUADRO 11

CUADRO 11
Condición del núcleo de origen de la adolescente embarazada
n = 162

Tipo de unión de padres	Frecuencia	Porcentaje
Juntos	93	57.4
Separados	69	42.6
Total	162	100.0

Fuente: Encuesta 2014



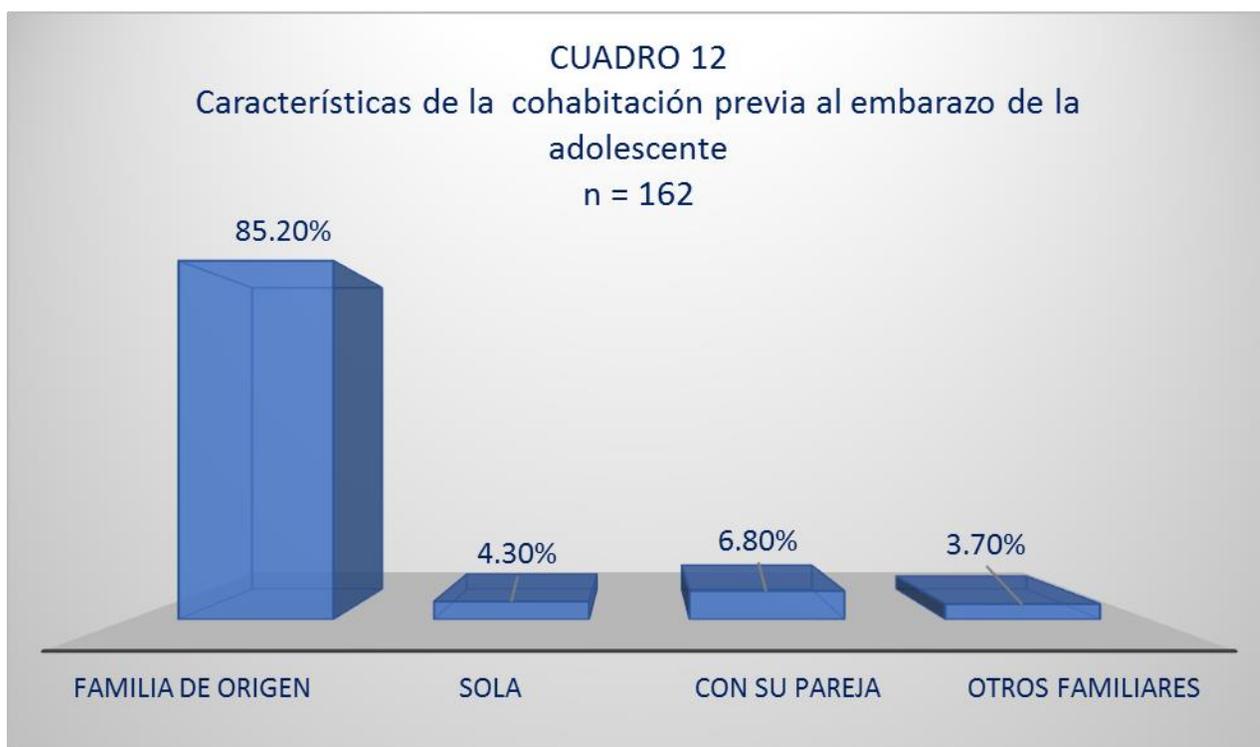
Fuente: Encuesta 2014

De las 162 pacientes encuestadas 138 se encontraban viviendo con su familia de origen es decir el 85.2%, 11 que corresponde al 6.8% se encuentra viviendo en pareja, 7 que corresponde al 4.3% vive sola y 6 con el 3.7% vive con otros familiares. CUADRO 12

CUADRO 12
Características de la cohabitación previa al embarazo de la adolescente
n = 162

Convivencia antes de embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Familia de origen	138	85.2
Sola	7	4.3
Con su pareja	11	6.8
Otros familiares	6	3.7
Total	162	100.0

Fuente: Encuesta 2014



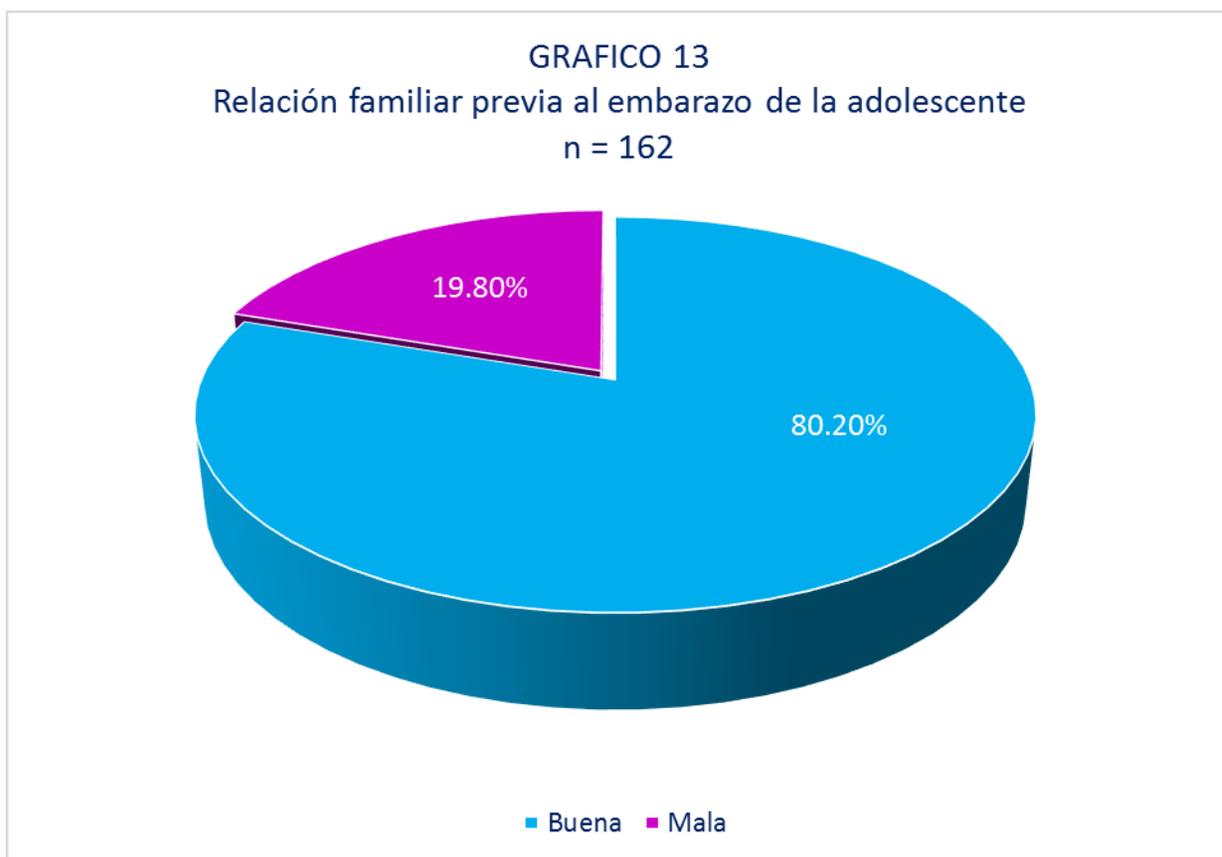
Fuente: Encuesta 2014

De las 162 adolescentes embarazadas se observó que 130 tienen una buena relación familiar, es decir el 80.2% y 32 con el 19.8% tienen una mala relación familiar. CUADRO 13

CUADRO 13
Relación familiar previa al embarazo de la adolescente
n = 162

Relación familiar	Frecuencia	Porcentaje
Buena	130	80.2
Mala	32	19.8
Total	162	100.0

Fuente: Encuesta 2014



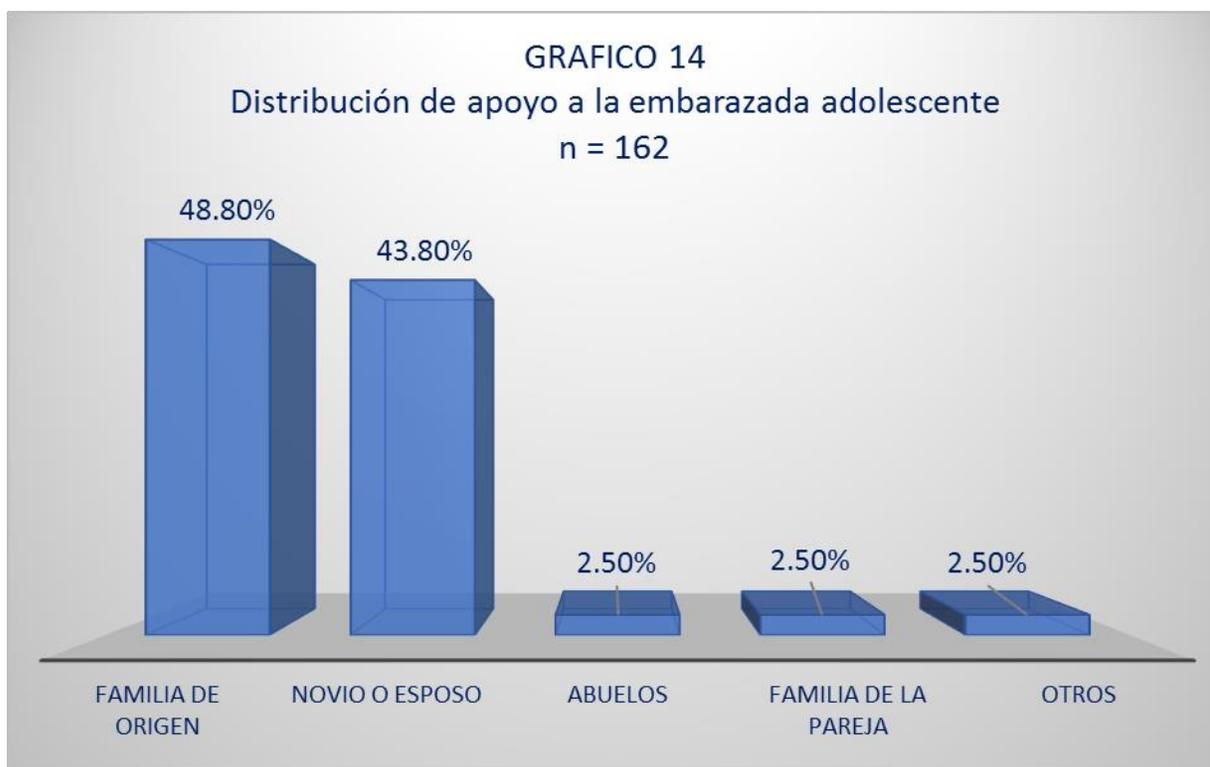
Fuente: Encuesta 2014

Se observó que el 48.8% 79 de ellas recibe apoyo por parte de la familia de origen, 71 que representa el 43.8% recibe apoyo del novio o esposo y las que reciben apoyo por parte de abuelos fueron 4 con el 2.5%, 4 representado por el 2.5% recibe apoyo por familia de la pareja y otro tipo de familiares coincide con 4 de ellas con el 2.5%. CUADRO 14

CUADRO 14
Distribución de apoyo a la embarazada adolescente
N = 162

Tipo de apoyo	Frecuencia	Porcentaje
Familia de origen	79	48.8
Novio o esposo	71	43.8
Abuelos	4	2.5
Familia de la pareja	4	2.5
Otros	4	2.5
Total	162	100.0

Fuente: Encuesta 2014



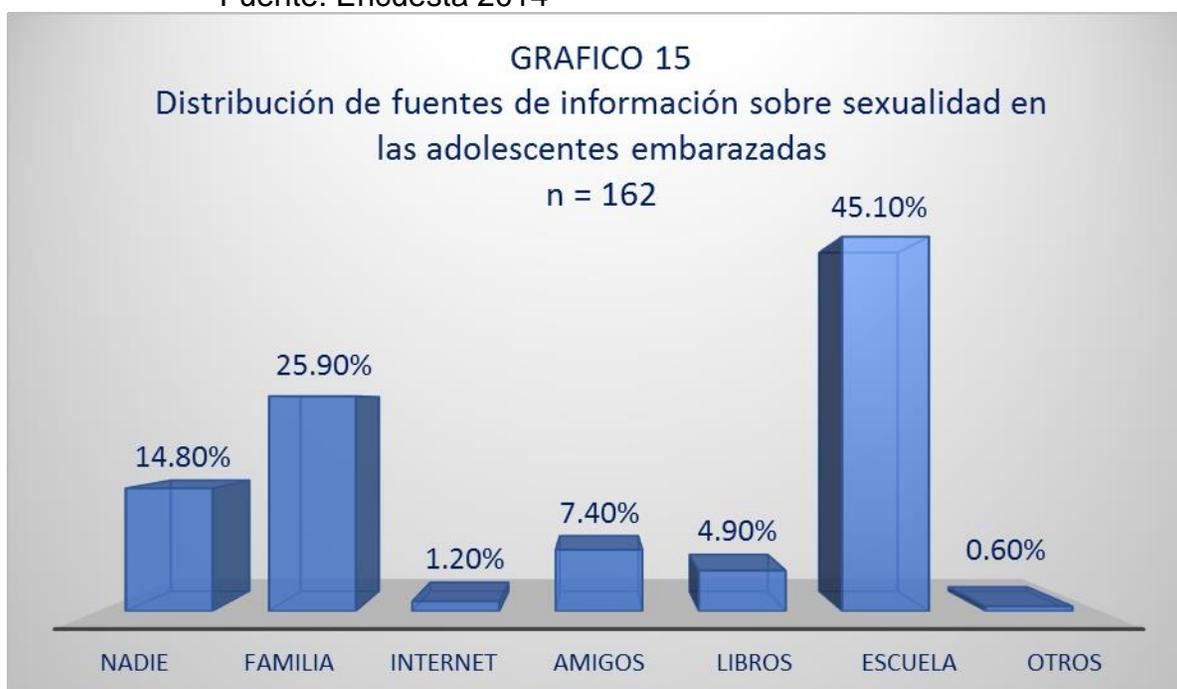
Fuente: Encuesta 2014

De las 162 embarazadas adolescentes 73 con el 45% de ellas recibió información sobre sexualidad en la escuela, 42 con el 25.9% recibió información por parte de la familia, 24 con el 14.8% no recibió ningún tipo de información, 12 con el 7.4% recibió información sobre sexualidad por parte de los amigos, 2 con el 1.2% por internet y solo 1 que corresponde al 0.6% por otros medios no especificados. CUADRO 15

CUADRO 15
Distribución de fuentes de información sobre sexualidad en las adolescentes embarazadas
n = 162

Fuente de obtención de información	Frecuencia	Porcentaje
Nadie	24	14.8
Familia	42	25.9
Internet	2	1.2
Amigos	12	7.4
Libros	8	4.9
Escuela	73	45.1
Otros	1	0.6
Total	162	100.0

Fuente: Encuesta 2014



Fuente: Encuesta 2014

Del total de 162 embarazadas estudiadas 1 que representa el 0.6 % inicio vida sexual a los 11 años, 2 con el 1.2% a los 12 años, 15 con el 9.3% a los 13 años, 22 con el 13.6% a los 14 años, 39 que representa el 24.1% a los 15 años, a los 16 años 39 con el 24.1%, a los 17 años 30 con el 18.5%, a los 18 años 12 con el 7.4% y a los 19 años 2 con el 1.2%. CUADRO 16

CUADRO 16
 Distribución por edad de inicio de vida sexual activa en embarazadas adolescentes
 n = 162

Edad de IVSA	Frecuencia	Porcentaje
11	1	0.6
12	2	1.2
13	15	9.3
14	22	13.6
15	39	24.1
16	39	24.1
17	30	18.5
18	12	7.4
19	2	1.2
Total	162	100.0

Fuente: Encuesta 2014



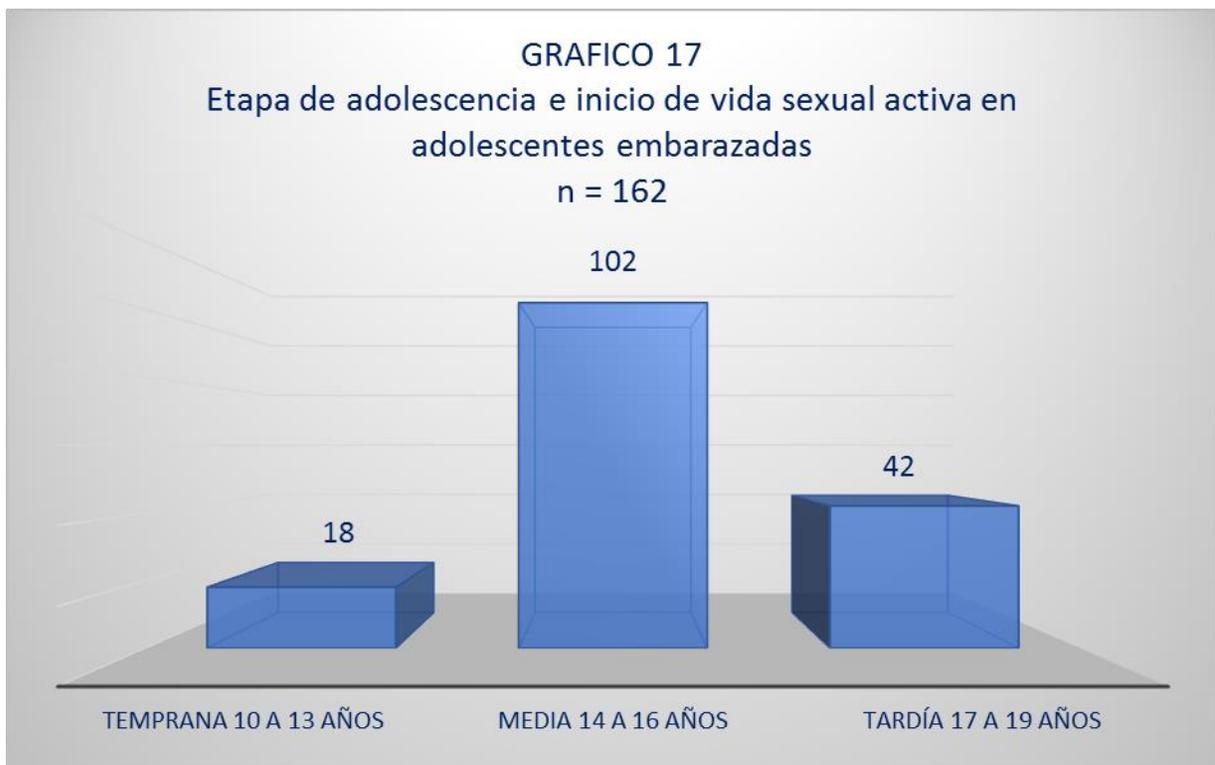
Fuente: Encuesta 2014

De las 162 embarazadas 102 que representa el 63% inicia vida sexual activa en la etapa media de la adolescencia, 42 con el 25.9% en la etapa tardía y 18 con el 11.1% en la etapa temprana. CUADRO 17

CUADRO 17
 Etapa de adolescencia e inicio de vida sexual activa en adolescentes embarazadas
 n = 162

Etapa de adolescencia	Frecuencia	Porcentaje
Temprana 10 a 13 años	18	11.1
Media 14 a 16 años	102	63.0
Tardía 17 a 19 años	42	25.9
Total	162	100.0

Fuente: Encuesta 2014



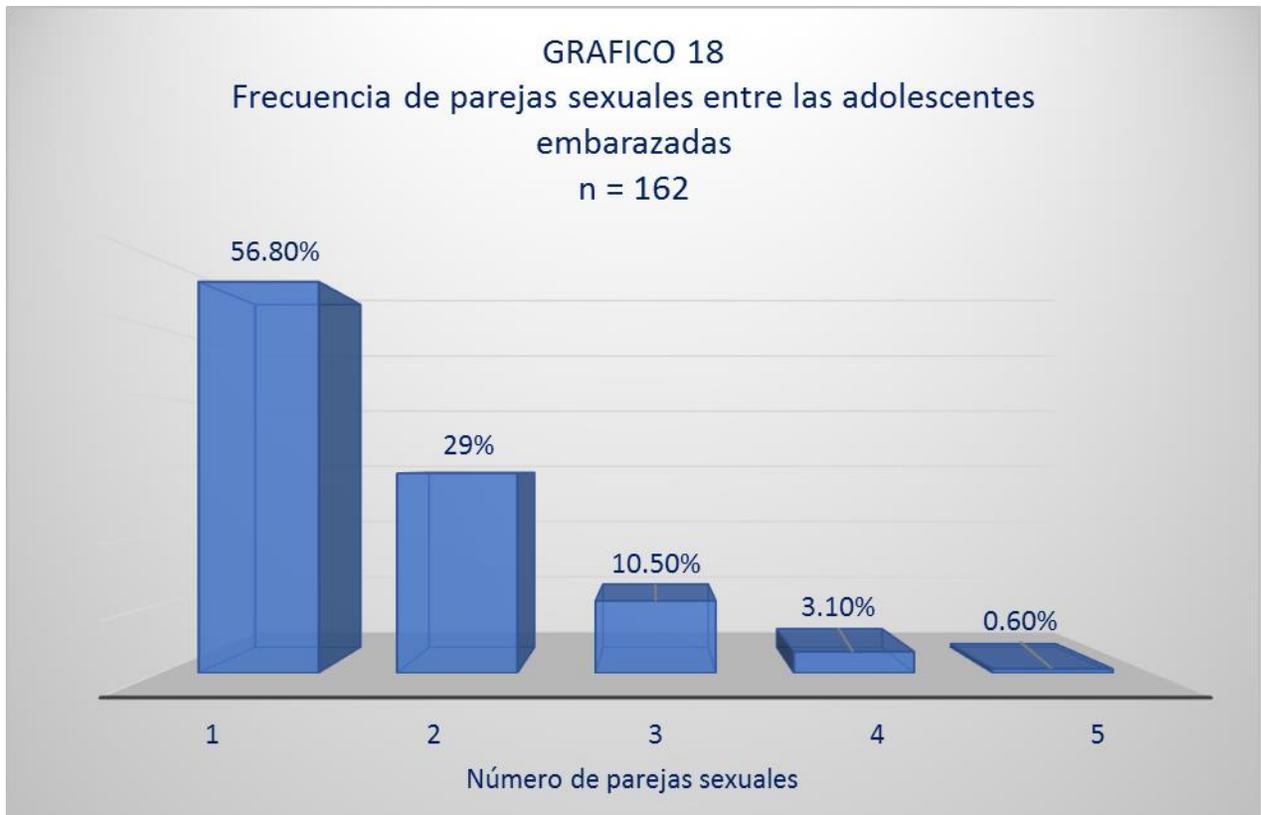
Fuente: Encuesta 2014

De las 162 adolescentes embarazadas 92, es decir el 56.8% han tenido 1 sola pareja sexual, 47 con el 29% 2 parejas sexuales, con 3 parejas sexuales 10.5%, con 4 parejas sexuales el 3.1% y con 5 parejas el 0.6%. CUADRO 18

CUADRO 18
Frecuencia de parejas sexuales entre las adolescentes embarazadas
n = 162

No. Parejas sexuales	Frecuencia	Porcentaje
1	92	56.8
2	47	29.0
3	17	10.5
4	5	3.1
5	1	0.6
Total	162	100.0

Fuente: Encuesta 2014



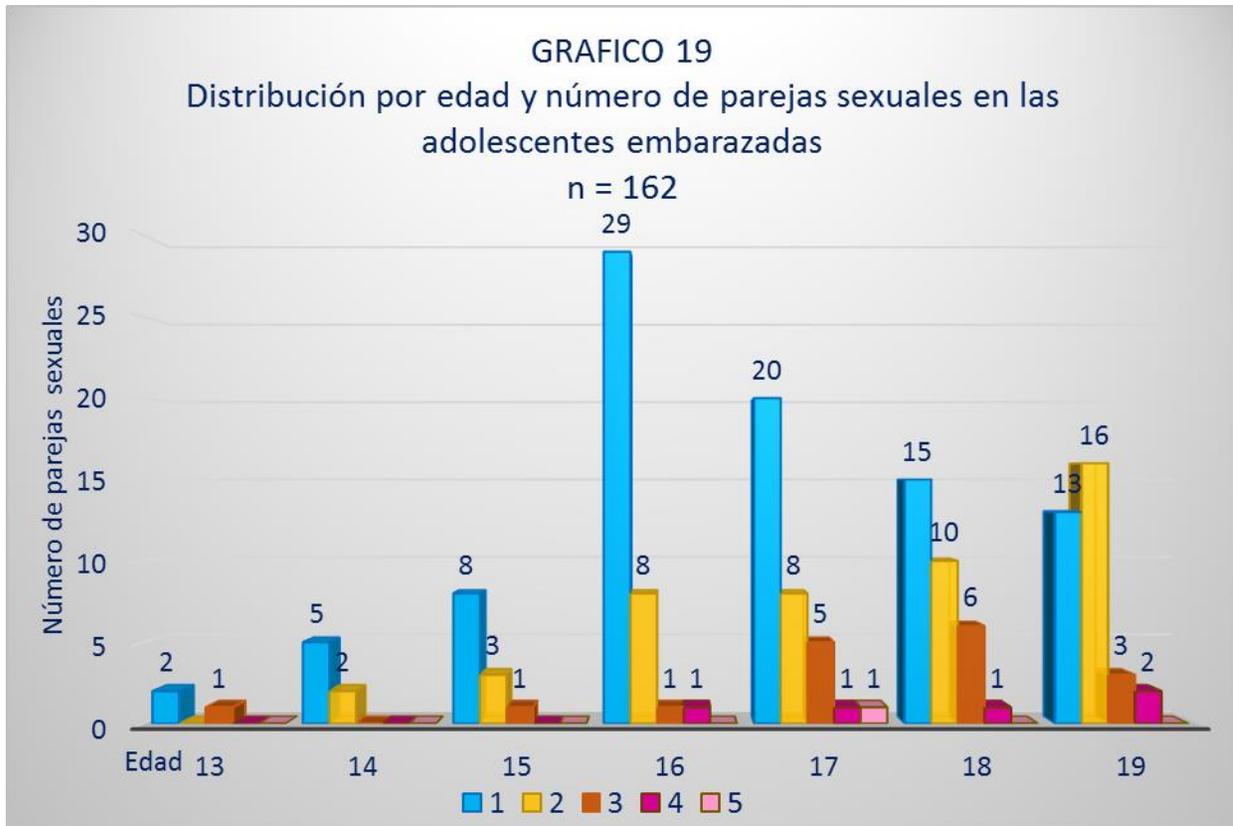
Fuente: Encuesta 2014

De las 162 embarazadas adolescentes se observó que 2 de 13 años han tenido 1 pareja sexual lo que corresponde al 66.66% y 1 de la misma edad ha tenido 3 parejas sexuales lo que corresponde al 33.33%, de las 7 de 14 años 5 han tenido una pareja sexual corresponde al 71.4%, 2 han tenido 2 parejas sexuales corresponde al 28.6%, de las 12 de 15 años 8 con el 66.66% ha tenido 1 pareja sexual, 3 que corresponde al 25% han tenido 2 parejas sexuales, y 1 que corresponde al 8.3% ha tenido 3 parejas sexuales. De las 39 que conforman los 16 años 29 que es el 74.35% ha tenido una pareja sexual, 8 con el 20.51% ha tenido 2 parejas sexuales, una que corresponde al 2.56% ha tenido 3 parejas sexuales y 1 con el 2.56% ha tenido 4 parejas sexuales. De las 35 que corresponden al grupo de 17 años 20 que representa el 57.14% ha tenido una sola pareja sexual, 8 con el 22.85% ha tenido 2 parejas sexuales, 5 con el 14.28% ha tenido 3 parejas sexuales, 1 que corresponde al 2.8% ha tenido 4 parejas sexuales y 1 con el 2.85% ha tenido 5 parejas sexuales. De las 32 con 18 años, 15 que corresponde al 46.87% han tenido 1 sola pareja sexual, 10 con el 31.25% han tenido 2 parejas sexuales, 6 con el 18.75% han tenido 3 parejas sexuales y 1 que corresponde al 3.12% ha tenido 1 pareja sexual. De las 34 con 19 años, 13 que corresponde al 38.23% han tenido 1 pareja sexual, 16 con el 47% han tenido 2 parejas sexuales, 3 con el 8.8% han tenido 3 parejas sexuales y 2 que corresponde al 5.88% han tenido 4 parejas sexuales. CUADRO 19

CUADRO 19
 Distribución por edad y número de parejas sexuales en las adolescentes embarazadas
 n = 162

Edad	Número de parejas sexuales					Total
	1	2	3	4	5	
13	2	0	1	0	0	3
14	5	2	0	0	0	7
15	8	3	1	0	0	12
16	29	8	1	1	0	39
17	20	8	5	1	1	35
18	15	10	6	1	0	32
19	13	16	3	2	0	34
Total	92	47	17	5	1	162

Fuente: Encuesta 2014



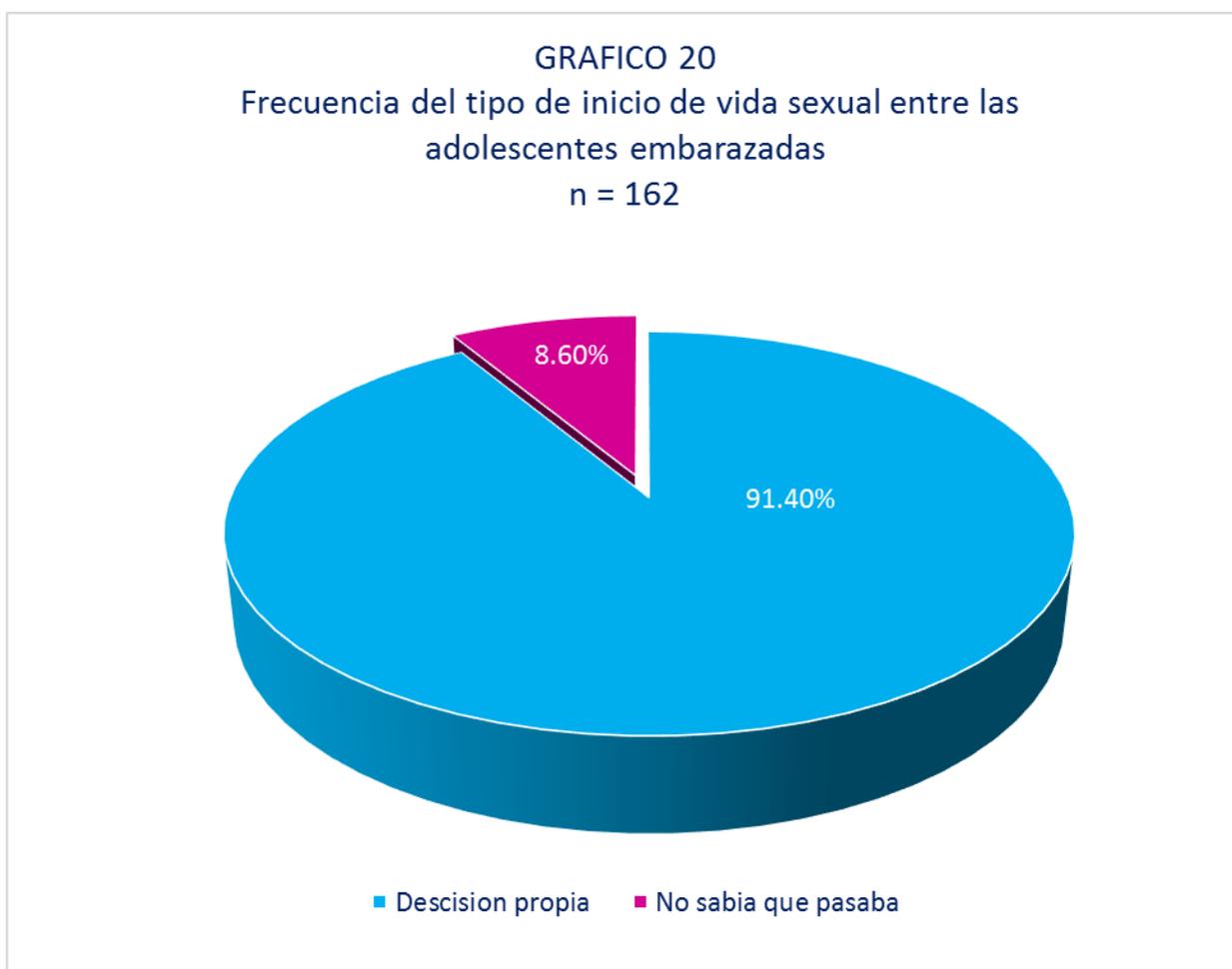
Fuente: Encuesta 2014

De las 162 embarazadas estudiadas 144 que corresponde al 91.4% decidieron por cuenta propia el inicio a la vida sexual y 14 que corresponde al 8.6% reporto no sabía lo que pasaba. CUADRO 20

CUADRO 20
Frecuencia del tipo de inicio de vida sexual entre las adolescentes embarazadas
n = 162

Tipo de inicio de IVSA	Frecuencia	Porcentaje
Decisión propia	148	91.4
No sabía que pasaba	14	8.6
Total	162	100.0

Fuente: Encuesta 2014



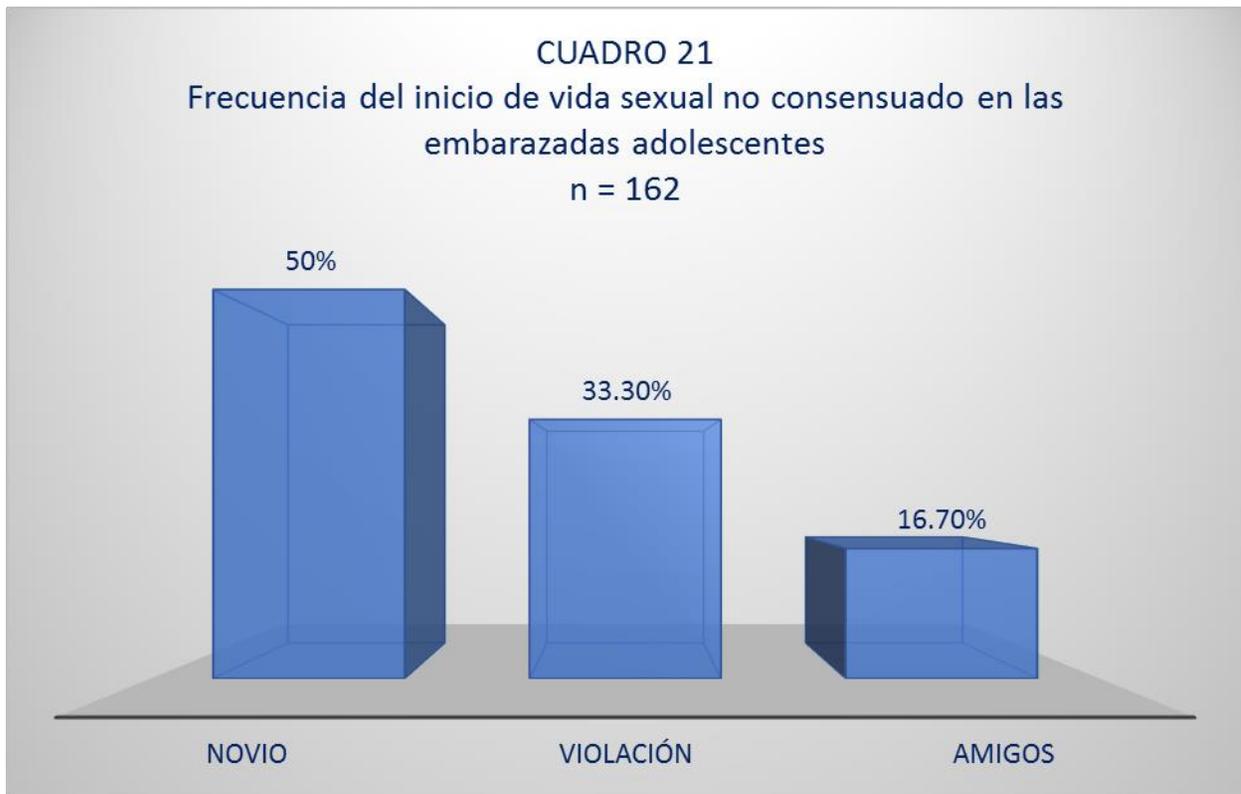
Fuente: Encuesta 2014

De las 162 embarazadas adolescentes 6 contestaron no haber consentido el inicio de vida sexual, 3 de ellas que corresponde al 50% sufrió algún tipo de coerción por parte del novio, 2 que corresponde al 33.33% reportaron violación como tal y 1 con el 16.66% sufrió coerción por los amigos. CUADRO 21

CUADRO 21
Frecuencia del inicio de vida sexual no consentido en las embarazadas adolescentes
n = 162

Coerción	Frecuencia	Porcentaje
Novio	3	50.0
Violación	2	33.3
Amigos	1	16.7
Total	6	100.0

Fuente: Encuesta 2014



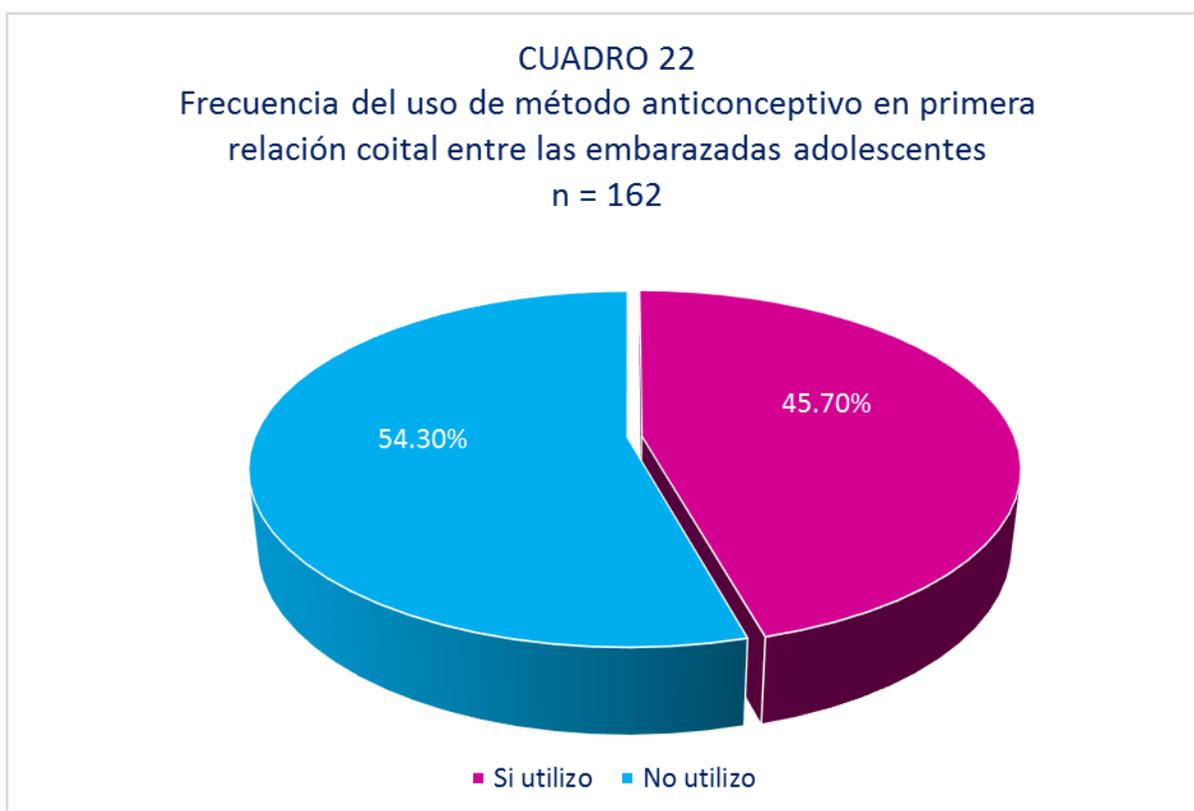
Fuente: Encuesta 2014

De las 162 embarazadas adolescentes 88 que corresponde al 54.3% no utilizan ningún método de planificación familiar en su primera relación coital y 74 que corresponde al 45.7% si utilizaron algún método de planificación. CUADRO 22

CUADRO 22
Frecuencia del uso de método anticonceptivo en primera relación coital entre las embarazadas adolescentes
n = 162

Uso de método en 1ª relación coital	Frecuencia	Porcentaje
Si	74	45.7
No	88	54.3
Total	162	100.0

Fuente: Encuesta 2014



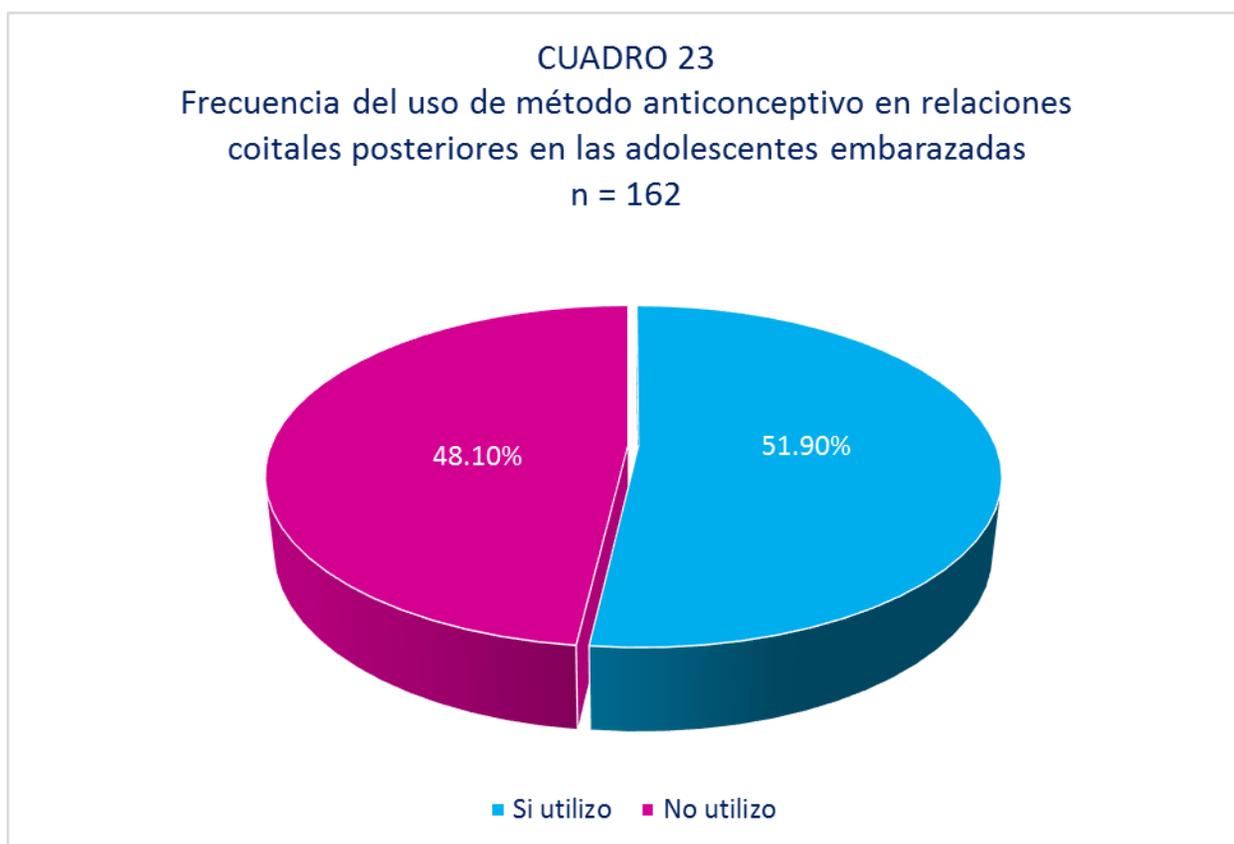
Fuente: Encuesta 2014

De las 162 embarazadas adolescentes 84 que corresponde al 51.9% si utilizo un método de planificación familiar en relaciones coitales subsecuentes y 78 con el 48.1% no utilizo método de planificación familiar. CUADRO 23

CUADRO 23
Frecuencia del uso de método anticonceptivo en relaciones coitales posteriores en las adolescentes embarazadas
n = 162

Uso de método en coitos subsecuentes	Frecuencia	Porcentaje
Si	84	51.9
No	78	48.1
Total	162	100.0

Fuente: Encuesta 2014



Fuente: Encuesta 2014

De las 162 embarazadas adolescentes encuestadas que no utilizaron algún método de planificación en sus relaciones coitales fueron 78, 14 de ellas que representa el 8.6% dijeron que no se siente igual, 9 con el 5.6% no utilizaron por vergüenza, 17 que corresponde al 10.5% no utilizaron porque no quisieron, 3 con el 1.9% no utilizaron por miedo, 8 que corresponde al 4.9% no utilizaron porque la pareja las cuidaba, 1 con el 0.6% no utilizo por falta de dinero, 4 que corresponde al 2.5% no utilizaron porque a su pareja no le gusta, 7 que corresponde al 4.3% no utilizo por las prisas y 10 que representa el 9.3% no especifico la causa. CUADRO 24

CUADRO 24
Distribución de justificación del no uso de método anticonceptivo entre las adolescentes embarazadas
n = 162

Justificación no uso de método anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
No se siente igual	14	8.6
Por vergüenza	9	5.6
Yo no quise	17	10.5
Por miedo	3	1.9
El me cuidaba	8	4.9
Por falta de dinero	1	0.6
A él no le gusta	4	2.5
Por las prisas	7	4.3
Otra	15	9.3
Total	78	48.1

Fuente: Encuesta 2014



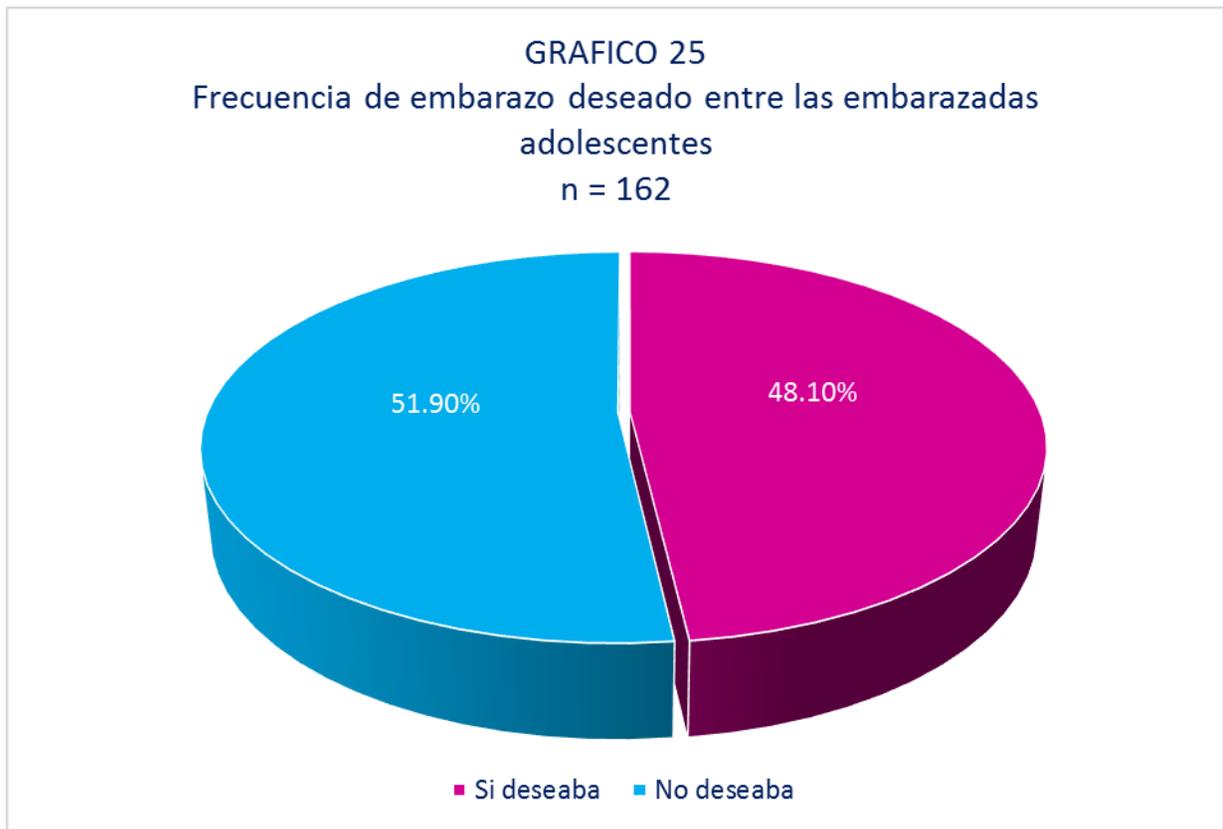
Fuente: Encuesta 2014

De las 162 embarazadas adolescentes 84 es decir el 51.9% no deseaban embarazarse y 78 con el 48.1% si deseaba embarazarse. CUADRO 25

CUADRO 25
Frecuencia de embarazo deseado entre las embarazadas adolescentes
n = 162

Embarazo deseado	Frecuencia	Porcentaje
Si	78	48.1
No	84	51.9
Total	162	100.0

Fuente: Encuesta 2014



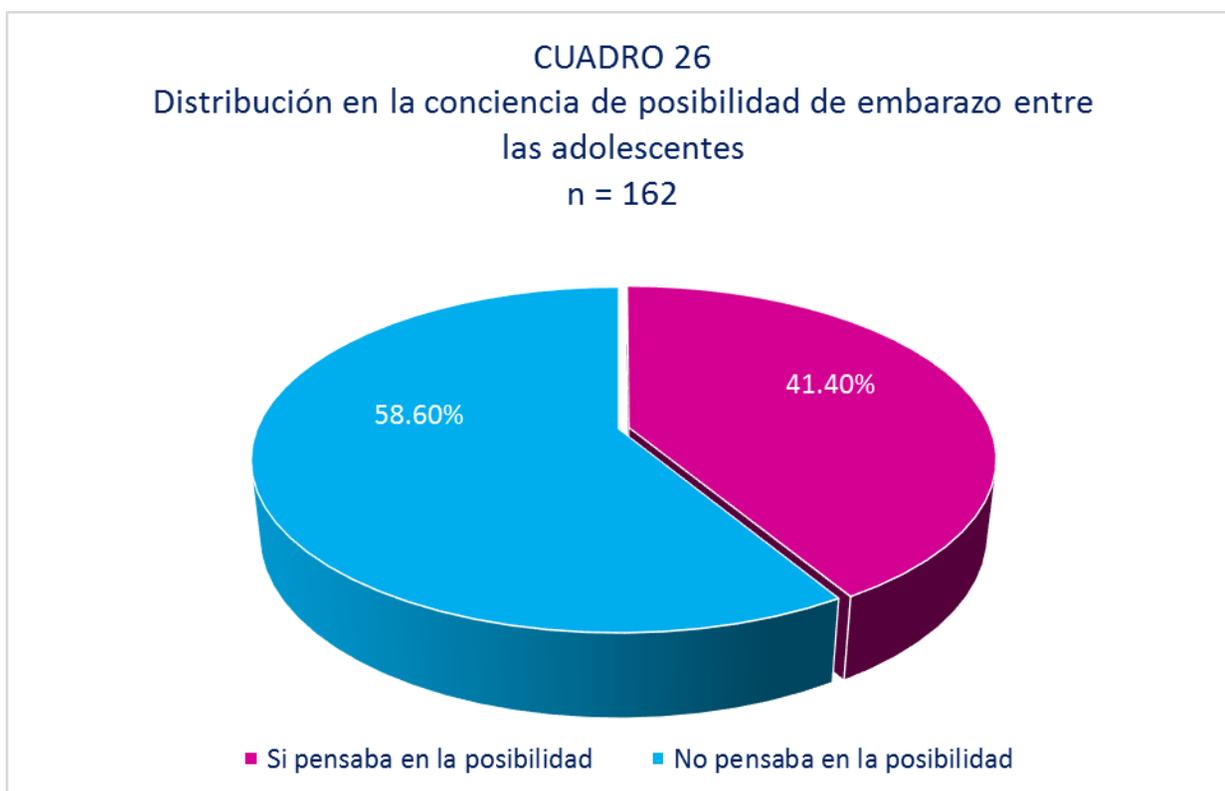
Fuente: Encuesta 2014

De las 162 embarazadas 95 que corresponde al 58.6% no pensó que se podía embarazar y 67 con el 41.4% si pensó en la posibilidad de poder embarazarse. CUADRO 26

CUADRO 26
Distribución en la conciencia de posibilidad de embarazo entre las adolescentes
n = 162

Pensó que se podía embarazar	Frecuencia	Porcentaje
Si	67	41.4
No	95	58.6
Total	162	100.0

Fuente: Encuesta 2014



Fuente: Encuesta 2014

10.- DISCUSION

En el presente estudio realizado en el Centro de Salud Urbano de San Juan del Río, Querétaro, con población embarazada adolescente, el promedio de edad fue de 17 años, mayor al encontrado en otros estudios realizados en América Latina²⁶, en algunos países centroamericanos¹⁸ y en Xalapa Veracruz México¹¹ que fue de 15 años.

En cuanto a la presentación de embarazo en etapa de la adolescencia existe un contraste importante, mientras que en el presente estudio el 63.6% ocurrieron en la etapa tardía, en otros estudios de países centroamericanos¹⁸ y en el estado de Veracruz México, se informó que el mayor porcentaje de embarazadas se presentó en la etapa temprana con un 64.8%¹¹.

En un estudio de adolescentes embarazadas colombianas Florez demuestra que el 56% pertenecen al área rural y 49% al área urbana²¹, situación que contrasta con lo encontrado en este estudio en donde el 64.2% corresponde al área urbana y 35.8% al área rural; cabe mencionar que el 17.9% reside en área conurbada, considerada de esta forma por ser localidades rurales que con el crecimiento de la mancha urbana de San Juan del Río, ya se encuentran dentro de la misma, sin embargo aún conservan usos y costumbres de tipo rural. Del mismo modo se observó que el 24.7% de las embarazadas adolescentes tenía menos de un año viviendo en la residencia referida, habría que investigar si corresponde a población que ha cambiado de residencia de otros municipios, incluso estados o bien, solo de domicilio en la misma área municipal.

Por otro lado, en relación con la ocupación en otros estudios realizados en Cuba²², y Colombia del 77% a 82.2% las adolescentes embarazadas se dedican al hogar y en nuestro estudio solo el 66.5%, así mismo en los países señalados anteriormente del 33% a 23% de ellas trabajan²¹, mientras que en nuestro estudio solo lo hacían el 11.1%, cabe señalar que un 20.4% se encontraban estudiando al momento del estudio.

En el estado civil se observan diferencias porcentuales importantes mientras que en un estudio realizado en Guanajuato se refiere que hasta el 85% son casadas en nuestro estudio solo el 6.8% lo está²³, del mismo modo en el presente

estudio el 56.2% refirieron estar solteras, mientras que en estudios similares solo el 10%²³, el 37% se encuentra en unión libre contra el 5% reportado en otros estudios²³. Es importante señalar que en el presente estudio se observó que el 100% de las embarazadas en etapa temprana de la adolescencia son solteras, en la etapa media el 62.5% y en la etapa tardía el 53% también son solteras, datos que no pueden ser contrastados ya que no existe información en la literatura.

Del mismo modo en cuanto a religión se encontró que el 92% son católicas el 6% cristianas, el 3.7% testigos de Jehová, el 1.9% otra religión y el 1.2% no profesa ninguna, en Cuba menciona que del 80 al 90% profesa la religión católica²², resultando similar al encontrado en el presente trabajo.

En relación al grado de instrucción de las adolescentes se observó que el 13.6% cuenta con primaria, el 53% con secundaria, el 29.7% preparatoria y el 2.4% nivel técnico o estudiando licenciatura, en contraste con un estudio de León Guanajuato en donde el 40% de ellas cuenta con primaria, el 50% similar al nuestro cuenta con secundaria, solo el 6% con preparatoria, es decir 23.9% por debajo de las adolescentes del presente estudio y nivel técnico el 1%, se observa claramente un nivel de escolaridad superior al señalado en otra literatura²³

En cuanto a la unión de padres se encontró que el 57.4% están unidos, es decir, viven juntos y el 42.6% están separados (divorciados), en estudio realizado en León Guanajuato refiere a diferencia de nuestra población que el 98% de los padres se encuentra viviendo juntos y el 2% separados²³.

En nuestro estudio se identificó que el 85.2% se encontraban viviendo con la familia de origen antes del embarazo, solas el 4.3%, con la pareja el 6.8% y con otros familiares el 3.7%, comparado con el artículo de la Revista Internacional de Estadística y Geografía que establece que el 56.6% viven con la familia de origen y el 43.4% con su pareja²⁶.

La percepción de la relación familiar en el 80.2% las adolescentes embarazadas de nuestro estudio la refiere como buena y el 19.8% como mala, en estudio realizado en León Guanajuato reportan como relación familiar buena el 66% y mala el 34%²³, es importante señalar que el apoyo para la embarazada en el 48.8% es recibido por la familia de origen, el 43.8% por parte del novio, el 2%

por parte de los abuelos, la familia del novio y por otras personas o medios el 2.5% respectivamente, en la Revista Internacional de Estadística y Geografía refiere que en América latina del 50 al 60% el apoyo es recibido por la familia de origen²⁶.

En cuanto a la obtención de información sobre sexualidad el presente trabajo arrojó que el 74.9% obtiene información por medios formales de información (familia, maestros y libros), el 8.8% por medios informales (amigos, internet, revistas, sacerdotes u otros medio) y el 14% refirió nunca haber recibido información, por ningún medio, resultado muy similar al estudio realizado en el Salvador en donde el 78% recibió información formal, el 8.8% por medios informales y el 12% nunca recibió información sobre sexualidad²⁹.

En el inicio de vida sexual activa se observó una similitud con estudios realizados en países de América Latina en el que destaca la etapa media de la adolescencia con un 63%¹⁹.

En cuanto al número de parejas sexuales se observó gran discrepancia mientras que el 85.8% de las embarazadas adolescentes del presente estudio han tenido de 1 a 2, el 13.6% de 3 a 4 y el 0.6% con más de 5, comparado con un estudio realizado en Bogotá Colombia en el que el 66% ha tenido de 1 a 2, el 18% de 3 a 4 y el 14% ha tenido 5 o más parejas sexuales²⁰.

Del mismo modo el presente estudio arrojó que el 91.4% de ellas dio inicio a la vida sexual de forma consensuada, comparado con la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva refiere que el 58%¹⁹; el 8.6% no sabía lo que pasaba en ese momento, de estas últimas fueron coaccionadas por el novio en el 50% de los casos, el 33.3% lo identificó como violación cifra similar a la reportada en un estudio externado por la OMS y referido en un estudio del Perú refiere que del 15 a 30% se percibe como violación o forzada¹⁹; y el 16.7% sufrió coacción por parte de los amigos.

El uso de métodos de planificación familiar durante la primera relación coital fue nulo en el 54.3%, cifra muy superior a la reportada por la ENSA que refiere que el 33% no utilizó ningún método¹⁴. Del mismo modo en el presente estudio se observó que en relaciones coitales subsecuentes el 51.6% utilizó método de

planificación familiar muy similar con un estudio del Perú que evidencio que entre el 48 a 53% nunca utilizaron método de planificación familiar¹⁹. La razón por la cual las adolescentes no utilizan método de planificación familiar en sus relaciones coitales existen justificaciones como que el 10.5% la adolescente no quiso utilizarlos, el 9.3% decidió no utilizarlo, el 8.6% refirió no se siente igual, el 5.6% no lo solicito por vergüenza, el 4.9% delego la responsabilidad a la pareja porque “él la cuidaba”, el 4.3% por las prisas, el 1.9% por miedo y el 0.6% por falta de dinero, en un estudio venezolano refieren como justificación al no utilizar métodos anticonceptivos en sus relaciones coitales, es porque no les gusta el uso de métodos o porque delegan la responsabilidad en el varón sin embargo no se especifican datos; en el estudio realizado en el Perú refiere que 9 de cada 10 adolescentes embarazadas no utiliza método de planificación familiar pese a tener la información sobre ello sin especificar el por qué¹⁹.

En cuanto al deseo de embarazarse el 51.9% de las adolescentes embarazadas refirieron no haberlo deseado cifra similar a la reportada por Zúñiga y Menkes que refiere que del 40% al 65% no deseaba embarazarse y solo el 35% si deseaba el embarazo³⁶, esta última cifra menor a la comparada con este estudio que si deseaban el embarazo el 48.15%. Del mismo modo el 58.6% no pensaba que se podía embarazar, cifra muy similar a la mitad de los países de la Región de las Américas que refiere que el 40% no planeaba embarazarse¹⁹ y la ENJUVE refiere que el 66% no tenía la intension de embarazarse^{1,2}, mientras que en Cuba el 100% no planeo embarazarse²².

11.- CONCLUSIONES

En el presente estudio se observó de forma directa cuales son los factores que, aunque son conocidos, aún no se ha incidido en ellos para disminuir la tasa de fecundidad entre la población adolescente, pese a los programas establecidos por la Secretaria de Salud, la Secretaria de Educación Pública y otros programas sociales gubernamentales dirigidos a este problema de salud pública.

Es importante señalar la multicausalidad debido a los cambios en los adolescentes, los patrones de hábitos y costumbres socioculturales y familiares, que se entrelazan unos a otros para hacer más compleja la incidencia en esta problemática del embarazo adolescente. Como bien se expresa en la literatura “El embarazo adolescente es solo el síntoma de una gran enfermedad social”

La adolescencia es por sí misma un estado de vulnerabilidad en donde los cambios en el desarrollo psíquico, fisiológico y anatómico son factores determinantes en la toma de decisiones del adolescente; significativamente el ámbito familiar en el cual se desenvuelve influye en la perpetuación de hábitos y costumbres generacionales, con los cuales tiene que adaptarse para ocupar un lugar en la sociedad demandante en la que tiene que habitar.

Es importante señalar que existe una urgencia en la promoción y jerarquización de valores y principios que favorezcan el cambio de paradigmas no solo en el adolescente, sino en la familia, la escuela así como en los programas de salud, en donde la información sea con mensajes claros, precisos y libres de tabúes; y para ello será necesario modificar los conceptos del personal responsable de proporcionar educación sexual, procurando sea libre de prejuicios, encaminada a fortalecer esa identidad de género en el adolescente de ambos sexos y a padres de familia como pieza fundamental en la satisfacción de necesidades afectivas que contribuya también al empoderamiento del adolescente como generador de cambio en el estilo de vida y como autor de su proyecto de vida.

Por lo anterior se cumplieron los objetivos propuestos en el presente estudios, los factores conocidos que influyen en la presencia de embarazo adolescente en la zona poniente de San Juan del Río, Querétaro son:

La edad en que inician las adolescentes con el inicio de vida sexual, se pudo observar que para los 17 años cumplidos cerca del 91% ya ha experimentado algún tipo de acto sexual por lo menos con una pareja sexual, es importante señalar que en esta muestra se pudo observar que el grupo de edad de 13 años, también debe obtener información, sobre sexualidad y sus repercusiones; si bien es cierto que las fuentes de información en el 70% aproximadamente se obtiene por medios formales, es decir en la escuela y en el hogar es importante señalar que continua habiendo rezago en el contenido del mensaje y la forma en la cual se proporciona a los adolescentes, sin embargo no descartamos esa posibilidad con la que ahora cuentan nuestros adolescentes para obtener información, no muy confiable (internet, amigos (pares), etc.), aunado a que ahora las madre se han incluido al mercado laboral, y con ello se crea una brecha más grande en la posibilidad de identificar y orientar oportunamente, cuando el adolescente inicia con el noviazgo o a mantener conductas de riesgo que propician el embarazo entre las adolescentes.

Otro factor importante es que pese a que las adolescentes cuentan con información, solo el 51% no utilizó ningún método de planificación familiar en su primera relación coital, sin embargo la cifra no se modificó en los encuentros posteriores, observando que cerca del 50% de ellas sabía que podía embarazarse y por decisión propia no utilizaron método de planificación, pensando en la posibilidad que quizá ellas no se embarazarían, lo anterior reafirma la duda que existe en la calidad de información obtenida en cuanto a sexualidad se refiere.

Es importante tener muy en cuenta que, aunque ya son conocidos y descritos en la literatura cuales son los factores que contribuyen para que se presente un embarazo adolescente, ahora en la zona poniente de San Juan del Río, contamos con el conocimiento de las principales características con lo cual poder incidir en la disminución de la incidencia de este problema de salud pública.

12.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Catherine Menkes y Leticia Suarez. Sexualidad y embarazo adolescente en México [Internet] Papeles de población No. 35. CIEUP/UAEM. México, DF. Enero/marzo 2003 [marzo 2013].
2. Sussana Higueta. Adolescencia 22. La adolescencia II [Internet] Nov 2008. sites.google.com/site/adolescencia22/home/3—conductas/conducta sexual [abril 2013]
3. Marquez L, Phillippi A. Búsqueda de pautas de identificación en el grupo de pares. [Internet] Apuntes de Caterda. 2002, [abril 2013]
4. Prof. Dr. Juan R. Issler. Embarazo en la adolescencia. [Internet] Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 107 - Agosto/2001. [abril 2013]
5. J. Iglesias Diz. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. [internet] vol. XVII/No. 2/ marzo 2013 curso V. Med. en adol. www.pediatria integral.es/footer
6. Casandra Maier. Características de la adolescencia. [internet] 5 carac. adol. [mayo 2013] www.howenespanol.com
7. Manuel Pombo Arias J. Tratado de endocrinología pediátrica. [internet] Segunda Edición. Madrid España. Edic. Díaz de Santos [mayo 2013]
8. Estadios de Tanner. [Internet] [mayo 2013] www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/
9. Lic. Reinerio Camejo Lluch. Adolescencia y sus etapas. [Internet] Las tunas Sep 2004. [mayo 2013] (www.ilustrados.com/tema/5912).
10. Norman Joel de Jesús de Jesús. La visión de la adolescencia en las corrientes teóricas y su fundamentación en la salud escolar en Puerto Rico [Internet] [junio 2013] www.monografias.com/usuario/perfiles/norman_joel_de_jesus_de_jesus
11. Blázquez-Morales, Ma. Sobeida L. estilos de vida en embarazadas adolescentes. [Internet] Salud en Tabasco Vol. 16 No. 1, enero- abril 2010 [junio 2013] www.redalyc.org/articulo.oa?=48719442005
12. Dr. Muhammad Haq. Etapas de Erikson de la adolescencia. [Internet] [junio 2013]. www.howenespanol.com

13. Ángela Sánchez Trejo. Tesis embarazo en las adolescentes caso del hospital obstétrico de Pachuca. [internet] noviembre 2005 [junio 2013]
14. Instituto Nacional de salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y nutrición 2012. Síntesis Ejecutiva [Internet] octubre 2012. [julio 2013]
15. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud. Datos nacionales [Internet] México D. F. 12 agosto 2013 [julio 2013] www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/enoe/enoe2012/Infor_marco_met/Infor_marco_met.pdf
16. Mtra. Claudia Gamboa Montejano, Lic. Sandra Valdés Robledo. El embarazo en adolescentes. Marco Teórico Conceptual, Políticas Públicas, Derecho Comparado, Directrices de la OMS, Iniciativas presentadas Opiniones Especializadas. [Internet] mayo 2013. [julio 2013] www.congresoqroo.gob.mx/transparencia/proceso_legislativo/iniciativas/I132011042802.pdf
17. Alicia Xochitl Olvera Rosas. Embarazo adolescente y madres jóvenes en México. Una visión desde el Promajoven [Internet] México D. F. Primera edición 2012. [julio 2013]
18. Pio Iván Gómez. MD, Ramiro Molina, Nina Zamberlin. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. [internet] FLASOG lima Perú, enero 2011. [julio 2013]
19. Organización Panamericana de la salud. Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010 – 2018. [internet] Washington D. C. 2010 [julio 2013]
20. Janet Mabel vega Tiburcio. Embarazo precoz. [internet] www.monografias.com/usuario/perfiles/janet_mabel_vega_tiburcio
21. Juan C. González-Quiñones, Jenny P. Salamanca-Preciado, Ruth M. QuirozRivera, Ángela M. Hernández-Pardo, Astrid D. Hernández-Rojas y Beselink Quesada-Núñez. Identificación de factores de riesgo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana. [internet] Rev. Sal. Pub. Vol. 14 (3) junio 2012 [agosto 2013]

22. Rosa María Alonso, Ana Campo, Alina González, Beatriz Rodríguez y Lucrecia Medina. Embarazo en la adolescencia: algunos factores biopsicosociales [Internet] Guanabacoa, La Habana, Cuba. Dic 2005. [agosto 2013]
23. José Luis Rangel, L Valerio, J. Patiño, M García. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada [Internet] Vol. 47, Facultad de medicina UNAM No. 1, Ene-Feb 2004, México D. F. [sep 20013]
24. Luciene Longo. La religión tiene un gran impacto en la incidencia de embarazos en adolescentes. [Internet] Salud Pública. Sao Paulo, Brasil, abril 2010. [dic 2013] <http://isaude.net/E6WM>
25. Apolinar Membrillo Luna. Familia. Introducción al estudio de sus elementos. Editores de textos mexicanos. México D. F. 2008. [dic 2013]
26. Jorge Rodríguez Vignoli. La reproducción en la adolescencia en América Latina: viejas y nuevas vulnerabilidades. [Internet] Vol. 3. No. 2. agosto 2012 [dic 2013]
27. Nancy Guadalupe Montalvo González. Factores que predisponen al Embarazo en adolescentes" Tesis. [Internet] Minatitlán Veracruz 2007. [dic 2013]
28. Electra González A. Ingrid Leal F. Temístocles Molina G. Patricia Chacón C. Patrón intergeneracional del embarazo adolescente en las hijas de una cohorte de mujeres que controlaron su primer embarazo en un centro integral para adolescentes embarazadas [Internet] Rev. Chi. Obstet. Ginecol. 2013; 78(4): 282 – 289 [enero 2014]
29. Ruiz-Canela M, López-del Burgo C, Carlos S, Calatrava M, Osorio A, de Irala J. Familia, amigos y otras fuentes de información asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de El Salvador. Rev. Panam. Salud Pública. 2012;31(1):54–61 [enero 2014]
30. Carlos Mario Arias Mario, Isabel Cristina Carmona, José Jaime Castaño. Funcionalidad familiar y Embarazo, En adolescentes que asisten a controles prenatales En centros de ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia), 2012. [Internet] Archivo de medicina Vol. 13. No. 2, jul dic 2013. [ene 2014]

31. Irene Torices Rodarte. "Por mi salud y tu tranquilidad, Hablemos de sexualidad" [Internet] Dirección General de Servicios Educativos Iztapalapa, México D. F. 2012. [enero 2014]
32. Dr. José Ángel Córdova Villalobos. Programa de acción específico 2007-2012 Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes [Internet] 1ª Edic. México D. F. 2008 [enero 2014]
33. J. Silva-Fhon, K. Andrade-Iraola, E. Palacios-Vallejos, V. Rojas-Huayta, J. Mendonça-Júnior. Nivel de conocimientos y comportamientos de riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual entre adolescentes mujeres. [Internet] Vol. 11, No. 4, Oct Dic 2014 [enero 2014]
34. Andrea Cuellar, Liz Johana Gazcon y Leidi Milena Medina. Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de una institución distrital de Bogotá, Segundo trimestre 2008. [Internet] Bogotá Colombia 2008. [enero 2014]
35. Karen Torres Bravo. Adolescentes conocen métodos anticonceptivos, pero no los utilizan. [Internet] El Impulso. Com. 16 oct 2013. [enero 2014]
36. Dra. Catherine Menkes y Lic. Olga Serrano. Condicionantes Sociodemográficos del embarazo adolescente en México [Internet] Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM 2003. [enero 2014]
37. Alan Gamaliel Contreras Guadarrama. Incrementan embarazos en adolescentes en Querétaro. [Internet] Querétaro 2012. www.libertaddepalabra.com/etiquetas/queretaro/
38. La reproducción en la adolescencia en América Latina: viejas y nuevas vulnerabilidades. Realidad, datos y espacio revista internacional de estadística y geografía. [Internet] Vol. 3 Núm. 2 mayo-agosto [marzo 2014]
39. Quadratin Querétaro. Querétaro presenta mayor incidencia en embarazo adolescente. [Internet] Querétaro 2013. <https://queretaro.quadratin.com.mx>.
40. Gina Trejo. La Secretaría de Salud ha capacitado a 10 mil jóvenes en un trabajo de 10 horas con talleres de sensibilización [Internet] Querétaro nov 2014 [dic 2014] <http://amqueretaro.com/periodico>
41. Secretaría de salud en el Estado de Querétaro. Sistema de Información Sistematizada 2009 – 2013, concentrado anual de información en salud.

42. José Manuel Torrecilla Jiménez. Manual de Formación de Mediadores Sociales. [Internet] Madrid dic. 2006 [enero 2014]
43. Diseño tipo de estudios. [Internet] [marzo 2014] www.uvs.es/invsalud/disenyo-tipo-estudio.htm#disestudio
44. César Arturo Gutiérrez Villafuerte. Definición operacional de variables [Internet] Sec. Epid. Ins. Med. Trop. Fac. Med. UNMSM [marzo 20014]
45. Wikipedia. La enciclopedia libre [Internet] [26 Julio 2015] <https://es.wikipedia.org/wiki>
46. Derechos reservados. [Internet] [Ditutor 2015] www.ditutor.com/estadística/variables_tipos.html

13.- ANEXOS

A) ANEXO 1

CUESTIONARIO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO



“FACTORES CONOCIDOS QUE INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES EN LA ZONA PONIENTE DE SAN JUAN DEL RIO, QUERETARO”

Responder de forma sincera

- 1.- ¿Qué edad tiene? _____
- 2.- ¿Radicas en área? Rural _____ urbana _____ conurbada _____
- 3.- ¿Desde hace cuánto tiempo vives en ese domicilio? Meses _____ años _____
- 4.- ¿A qué te dedicas? Hogar _____ estudia _____ empleada _____ independiente _____
- 5.- ¿Cuál es tu estado civil? Casada _____ soltera _____ unión libre _____ divorciada _____
- 6.- ¿Tu religión es? Católica _____ test de Jehová _____ cristiano _____ otra _____
- 7.- ¿Tu escolaridad es? Analfabeta _____ primaria incompleta _____ Primaria completa _____
Secundaria incompleta _____ secundaria completa _____
Preparatoria incompleta _____ preparatoria completa _____
Técnica _____ licenciatura incompleta _____
- 8.- Tus papas, ¿están? Juntos _____ separados _____ en otra relación _____
- 9.- ¿Con quién vivias antes del embarazo? Familia de origen _____ sola _____
Con el novio _____ otros familiares _____
- 10.- ¿Antes de embarazarte tu relación con tu familia de origen era? (papás, hermanos)
Buena _____ mala _____
- 11.- ¿por parte de quien tienes apoyo? Tu familia _____ novio o esposo _____ abuelos _____
Tíos _____ familia de tu pareja _____ otros _____
- 12.- ¿Quién te proporciono información sobre sexualidad? Nadie _____ familia _____ internet _____
Amigos _____ libros _____ escuela _____ otros _____
- 13.- ¿A qué edad iniciaste a tener relaciones sexuales? A los _____ años
- 14.- ¿Cuantas parejas sexuales has tenido? _____
- 15.- Tu primera relación sexual ¿fue? Tu decisión _____ no sabía que pasaba _____
- 16.- ¿Te forzaron, quién? Novio _____ violación _____ familia _____ amigos _____
Desconocido _____
- 17.- ¿Utilizaste método de planificación familiar en tu primera relación sexual? Si _____ no _____
- 18.- ¿Utilizaste método de planificación familiar posteriormente y en cada relación? Si _____ no _____
- 19.- Si respondiste que no, ¿por qué no los utilizaste? No se siente igual _____
Por que engordan _____ por pena _____ yo no quise _____ por miedo _____
Él me cuidaba _____ por falta de dinero _____ a él no le gusta _____
Por mi religión _____ por las prisas _____ otro _____
- 20.- ¿Tu deseabas embarazarte? Si _____ no _____
- 21.- ¿Llegaste a pensar que no te ibas a embarazarte? Si _____ no _____

B) ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ posterior a haber sido informado, completamente sobre el uso y contenido del cuestionario, “FACTORES CONOCIDOS QUE INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES EN LA ZONA PONIENTE DE SAN JUAN DEL RIO, QUERETARO”. Respetando en todo momento mi identidad y sin que ello ocasione algún tipo de daño moral o físico accedo libremente responder a dicho cuestionario.

Firma aceptación.