



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 13
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.**



**“FACTOR PRINCIPAL RELACIONADO CON EL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES ADSCRITAS A LA UMF N.13, DE TUXTLA GUTIERREZ
CHIAPAS”**

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARIA DEL ROCIO VELASCO ZEBADUA

MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR.

ASESOR METODOLÓGICO:

DR. CHRISTIAN LENNY LOPEZ PASCACIO

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS, FEBRERO 2021



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 13
 TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.**



**"FACTOR PRINCIPAL RELACIONADO CON EL EMBARAZO EN
 ADOLESCENTES ADSCRITAS A LA UMF N.13, DE TUXTLA GUTIERREZ
 CHIAPAS"**

TESIS DE POSTGRADO

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
 MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. MARIA DEL ROCIO VELASCO ZEBADUA

**MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
 FAMILIAR.**

ASESOR METODOLÓGICO:

**DR. CHRISTIAN LENNY LOPEZ PASCAGIO
 MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
 UNIDAD MEDICA FAMILIAR NO. 13**



AUTORIZACIONES

**DRA. ROSA DEL CARMEN GALLEGOS SANDOVAL
 COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE
 EDUCACIÓN EN SALUD.
 DELEGACIÓN ESTATAL, CHIAPAS.**

**DR. HECTOR ARMANDO RINCÓN LEÓN
 COORDINADOR AUXILIAR MEDICO E
 INVESTIGACION EN SALUD.
 DELEGACION ESTATAL, CHIAPAS.**

TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS, FEBRERO 2021



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 13
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.**



**“FACTOR PRINCIPAL RELACIONADO CON EL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES ADSCRITAS A LA UMF N.13, DE TUXTLA GUTIERREZ
CHIAPAS”**

**TESIS DE POSTGRADO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. MARIA DEL ROCIO VELASCO ZEBADUA

**CATEGORÍA: MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR**

ADSCRIPCIÓN: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 13

MATRÍCULA: 98152751 TELÉFONO: 961 1661009

CORREO ELECTRÓNICO: zebadua_rocio@hotmail.com

ASESOR METODOLOGICO:

DR. CHRISTIAN LENNY LOPEZ PASCACIO

CATEGORÍA: MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ADSCRIPCIÓN: UNIDAD MEDICA FAMILIAR NO. 13

MATRÍCULA: 99079596 TELÉFONO: 961 184 67 45

CORREO ELECTRÓNICO: christianlopez3698@gmail.com

DEDICATORIA

A DIOS:

Por darme la oportunidad de culminar con éxito mi especialidad, por demostrarme en cada etapa de mi vida que siempre me acompaña, por iluminar mi camino, mis pensamientos y mi corazón, por la vida que me ha dado que a pesar de sus altibajos ha sido la mejor y siempre ha estado conmigo en los momentos que más lo he necesitado.

A MIS PADRES: (MAMA TRINY Y PAPA TAVO) Aunque ya no estén conmigo, me forjaron desde pequeña en un hogar con amor y valores, por el apoyo infinito que siempre me brindaron, por confiar en mí y en cada uno de mis proyectos en los que siempre me impulsaron a lograrlos, gracias por todo y por cuidarme desde el cielo y que gracias a sus recuerdos siempre me daban ánimo cuando más lo necesitaba para seguir adelante.

A MI ESPOSO: José, gracias por apoyarme incondicionalmente en este proceso de crecimiento profesional, que, aunque no ha sido sencillo, agradezco que siempre te mantuviste a mi lado por ser mi compañía y mi consuelo, en los días que eran de cansancio siempre tenías una palabra de aliento para impulsarme adelante, tu apoyo fue fundamental durante todos los días, al igual que tu amor y paciencia, te amo.

MAMA BLANCA: Gracias por tu cariño y por tus palabras de ánimo cuando más lo necesitaba, por escucharme y estar al pendiente de mí.

ABUELITO ANGEL: Porque pasamos momentos muy lindos contigo, y siempre nos demostraste tu amor incondicional agradezco el cariño que siempre nos brindaste y las muestras de afecto que nos diste, que a pesar de todo tu siempre estuviste a nuestro lado.

A MI MEJOR AMIGO: Paco, gracias por todo tu cariño y tu apoyo incondicional que siempre me brindaste en los momentos difíciles, siempre estuviste al pendiente para escucharme y brindarme consejos para seguir adelante, continúa siendo así una gran persona y un gran ser humano.

AGRADECIMIENTOS

A MI ASESOR DE TESIS:

Dr. Christian Lenny López Pascacio, por su valioso apoyo y participación en la realización de esta tesis, por ayudarme a dilucidar mis dudas y resolverlas con paciencia y profesionalismo.

A MI COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION Y MI PROFESOR TITULAR:

Dra. Yunis Ramírez y Dra. Aida Murillo. Gracias por todo su apoyo y enseñanzas, por la confianza que depositaron en mí, por ser un gran ejemplo a seguir.

INDICE

Resumen.....	7
Marco teórico.....	12
Justificación.....	43
Planteamiento del problema.....	45
Objetivos.....	46
Hipótesis.....	47
Material y métodos.....	48
Diseño del estudio.....	48
Lugar de estudio.....	48
Universo de estudio.....	48
Periodo de estudio.....	48
Periodo de recolección de datos.....	48
Tipo de muestreo.....	48
Tamaño de muestra.....	48
Instrumento de estudio.....	48
Criterios de selección.....	49
Análisis estadístico.....	49
Procedimiento.....	50
Variables.....	51
Operacionalización de las variables.....	52
Recursos, financiamiento y factibilidad.....	57

Aspectos ético.....	58
Resultados.....	60
Discusión.....	82
Conclusión.....	85
Recomendaciones.....	86
Bibliografía.....	87
Anexos.....	91

RESUMEN

Título: “Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la UMF N.13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”

Investigador principal e investigadores asociados: Dra. María del Rocío Velasco Zebadúa, Dr. Christian Lenny López Pascacio.

Número de centros participantes a nivel nacional e internacional: Ninguno.

Número de centros participantes del IMSS: 1. Unidad de Medicina Familiar N. 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Número de embarazadas adolescentes que cada centro del IMSS incluyo: 105 embarazadas adolescentes derechohabientes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N.13, de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Antecedentes: La adolescencia comprende entre los 10 y 19 años, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012) nos hace mención de un total de 21, 519 adolescentes del total de 22 804 083 adolescentes mexicanos.

Las mujeres adolescentes de 12 a 19 años de edad que tuvieron relaciones sexuales, la mitad (51.9%); alguna vez han estado embarazadas y 10.7% estaban cursando un embarazo al momento de la entrevista, superior a la observada en 2005 (de 30.0 nacimientos por cada 1 000 mujeres). La tasa de fecundidad en 2011, de las mujeres de 12 a 19 años de edad, fue de 37.0 nacimientos por cada 1 000 mujeres.

La mortalidad materna del grupo de 15 a 19 años tiene gran importancia, en los países en desarrollo duplica al compararse con los de la edad de 20 a 34 años, en México la mortalidad en las madres menores de 24 años es del 33%.

La problemática del embarazo precoz está relacionada con la evolución psicosomática, tanto como los aspectos sociales.

La maternidad temprana puede llevar a un segundo embarazo precoz, con familias numerosas que reproducen el círculo de la pobreza, hay mayor riesgo para el maltrato, la prostitución, el alcoholismo y las drogas.

Existen factores sociales asociados que son los siguientes: interrupción de los estudios, baja capacitación para enfrentar la realidad laboral, pérdida del apoyo

familiar, uniones inestables, inmadurez para manejar la responsabilidad de madres.

Existe preocupación de diversos sectores sociales por el fenómeno del embarazo adolescente el cual ha aumentado significativamente. Este fenómeno se ha traducido en políticas y programas de población, de salud, de educación, sociales en los cuales tienden a invertirse recursos humanos y económicos crecientes.

En México, se han puesto en marcha diversos programas educativos/preventivos sobre educación sexual, planificación familiar y prevención de enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, su frecuencia, persistencia y continuidad no han dado los resultados esperados.

Objetivo: Se identificó el factor principal relacionado con las pacientes embarazadas adolescentes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N.13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

- **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, con característica analítico, en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar N. 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Se incluyeron 105 embarazadas adolescentes derechohabientes de 10 a 19 años de edad, durante el período del 26 de marzo 2019 al 30 de junio de 2019, que cumplieron con los criterios de selección, aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado y asentimiento informado. Con un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia. La herramienta de recolección fué una encuesta exprofeso que constó de 24 preguntas mediante la cual se recaudaron los siguientes datos: Factores sociales, factores demográficos, factores familiares y para conocer el nivel socioeconómico se aplicó el instrumento de Graffar-Méndez Castellano, tiene una sensibilidad y especificidad del 84%. El resultado de alfa-cronbach es igual a 0.867. El instrumento se utiliza para la estratificación social, partiéndose de un método compuesto de variables cualitativas y cuantitativas, con algunas modificaciones del Dr. Méndez clasificándolo en cuatro variables: Profesión del jefe o jefa de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia y tipo de vivienda. A cada una de estas variables,

se le asigna una puntuación, de acuerdo con las diferentes alternativas de respuesta o indicadores y, luego se suman esos puntos para ubicar a la familia en un estrato, según una escala que varía entre 4 y 20, se considera estrato I: 4-6 puntos, estrato II: 7-9 puntos, estrato III: 10 a 12 puntos, estrato IV: 13-16 puntos, estrato V: 17-20 puntos.

- Para el procesamiento de datos se utilizó el programa SPSS (Statistical Package for the Social Science), versión 24 en español para Windows. Pruebas paramétricas: Medidas de tendencia central, porcentajes, medias. Los resultados se presentaron en gráficas y tablas de frecuencia.

Recursos e infraestructura:

Humanos

Un médico residente en la Especialidad de Medicina Familiar

Un asesor metodológico

Físicos

Área física: Unidad de Medicina Familiar N. 13

Instrumentos de medición: Encuesta expreso y método de Graffar-Méndez Castellano. Paquete estadístico SPSS versión 24 en español para Windows.

Financieros: Serán proporcionados por el mismo investigador.

Pago por paciente que realizara el patrocinador (moneda nacional): No aplica.

Experiencia de grupo: Los investigadores cuentan con conocimientos en metodología de la investigación los cuales han adquirido durante su formación académica. El asesor metodológico ha participado en asesoría en trabajos de investigación.

Tiempo de desarrollo: 01 de abril 2018 - 01 de diciembre 2019.

Resultados: Se encontró la relación entre los factores predominantes de las variables del total de las derechohabientes estudiadas, el factor social predominante es la menarca el 58.1% corresponde a la edad de 10 a 12 años. En

cuanto al factor demográfico corresponde como predominante la religión católica con el 68.6%

Del factor familiar el predominante es la actitud materna hacia el conocimiento de los métodos anticonceptivos el más alto corresponde a la falta de conocimiento de la madre con el 71.4%, por último; el factor económico de acuerdo al estrato socioeconómico de Graffar Méndez Castellanos, el predominante es el estrato medio bajo con el 60%, que al comparar todos los factores que fueron más frecuentes de cada rubro, el factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes de la UMF N. 13, de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, es el factor familiar actitud materna hacia el conocimiento de los métodos anticonceptivos, y que el valor más alto es la falta de conocimiento de la madre de los métodos anticonceptivos con el 71.4%.

Conclusión: Con nuestro estudio se demuestra que los principales factores asociados con el embarazo en las adolescentes adscritas a la UMF N.13, son similares a los descritos en estudios realizados a nivel nacional y mundial. Sin embargo, en nuestra población de estudio en base a los resultados es impactante el observar que el riesgo para tener un embarazo en la adolescencia aun es alto estando en una zona urbanizada, predominan los factores como son: La menarca, la religión católica, la actitud materna hacia el conocimiento de los métodos anticonceptivos y el estrato socioeconómico medio bajo. En los factores el que predominó es el factor familiar como es el de la actitud materna hacia el conocimiento de los métodos anticonceptivos en el cual la falta de conocimiento se encuentra 71.4% de la población estudiada. El abordaje adecuado de la sexualidad en la adolescencia, requiere el desarrollo de habilidades clínicas de comunicación, tanto con los adolescentes como con sus padres, mantenerse informados de las tendencias y actualizaciones sobre el tema, así como también de los programas de educación sexual que recibe la población atendida y mantener una red de apoyo para la derivación de los pacientes con mayor complejidad.

Palabras clave: Adolescencia, embarazo adolescente, factor de riesgo, sexualidad, planificación familiar.

MARCO TEORICO

El embarazo en la adolescencia es un proceso al cual se involucra un desgaste físico, para el cuerpo de la madre y especialmente de la adolescente, ya que aún se encuentra en desarrollo, razón por la que se considera en esta etapa como embarazo de alto riesgo. (1)

La mayoría de embarazos a esta edad cursan con desnutrición, mayor incidencia de aborto, partos prematuros o bebés con bajo peso al nacer, el útero de la mujer se encuentra inmaduro; a nivel social, la maternidad a esta edad puede ser causa de abandono escolar, lo que a futuro es obstáculo para las oportunidades en el desarrollo económico, que a su vez; impactan aspectos como la salud, las relaciones sociales y culturales. (1)

EPIDEMIOLOGIA

La Encuesta Intercensal (EI), refiere que México cuenta con 25.7% (30.6 millones) de los cuales son jóvenes en su totalidad de 15 a 29 años. (1)

La Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), refiere que 15 millones de jóvenes de 15 a 19 años se encuentran ocupados, 60.6% (9 millones) de forma informal. El nivel de desocupación es de 6.9% adolescentes de 15-19 años y los jóvenes de 20 a 24 años de edad de 6.5%, para el grupo de 25 a 29 años la tasa de desocupación es de 5.1 %. (1)

En el Programa de Acción Mundial para los Jóvenes (PAMJ) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), indica funciones para los jóvenes por medio de políticas públicas y prácticas para la acción nacional contando con apoyo internacional para mejorar su situación, fomentan propuestas de acción para las condiciones y las mejoras para su bienestar contiene un enfoque para la calidad y la cantidad de oportunidades para una plena, efectiva y constructiva participación en la vida y la sociedad. (1)

Existen aspectos demográficos; como la disminución de la mortalidad, el descenso de la fecundidad y la migración, que causa un aumento en la edad media de la población. Los resultados por edad y sexo de los jóvenes, 50.9% son mujeres y

49.1% son hombres; el 35.1% corresponde a los adolescentes de 15 a 19 años. (1)

En el trienio 2011- 2013, los nacimientos para las mujeres en edad fértil acontecidos fueron de aproximadamente 2 millones, y se observó que 72.8% de estos, ocurren cuando la madre tiene entre 15 y 29 años. (1)

La adolescencia comprende entre los 10 y 19 años, la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT 2012) nos hace mención de un total de 21, 519 adolescentes, los cuales 22 804 083 son mexicanos. Equivalente a 20.2% del total de habitantes. (2)

La decisión que toman los adolescentes determina su futuro, comportamientos de riesgo y sus consecuencias; incluyen accidentes, consumo de sustancias adictivas, violencia, inicio temprano de actividad sexual, prácticas sexuales sin protección, infecciones de transmisión sexual, entre otras. (2)

Existe una proporción mayor del porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que han iniciado vida sexual, dado que la cifra actual alcanza 23%, cuando la ENSANUT 2006 reportó para esto mismo 15%. Los adolescentes que iniciaron vida sexual sin protección disminuyeron en el caso de las mujeres de 79.1% en 2000 a 33.4% en 2012, y en los hombres de 47.5% en el 2000 a 14.4%. (2)

Se ha mejorado el conocimiento sobre métodos anticonceptivos, el 90% reportó tener conocimiento de algún método, cifra superior a la reportada en la ENSANUT 2006 de 82% y en la ENSANUT 2000 de 69%. (2)

El método más utilizado por este grupo de edad es el condón con 80.6% y 6.2% utilizo anticonceptivos hormonales. El 2.3% de los adolescentes que iniciaron vida sexual reportó recibieron consultas médicas por infecciones de transmisión sexual en los últimos doce meses, lo que puede reflejar prácticas sexuales Protegidas. (2)

El 51.9% de las mujeres de 12 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales, la mitad alguna vez ha tenido un embarazo, mientras que las demás al momento de la entrevista se encontraba cursando con el embarazo. La tasa de fecundidad en 2011; de las mujeres de 12 a 19 años de edad, fue de 37.0 nacimientos por cada 1 000 mujeres. Del total de adolescentes con antecedentes de embarazo en los últimos cinco años, 97.3% recibió atención durante su último embarazo, que se

brindó principalmente por médicos en 91.2% y 7.2% por enfermeras; sólo 1.0% fueron revisadas por partera tradicional. (2)

Los médicos continúan siendo los principales profesionales en realizar atención prenatal (94.5%), incrementándose en los últimos 12 años, dado que en el 2006 el porcentaje fue de 93.4% y de 87.6% en el año 2000 de acuerdo a ENSANUT 2012. (2)

FACTORES DE RIESGO

El embarazo precoz está relacionado con la evolución psicosomática y los aspectos sociales, constituye un problema social, especialmente en países donde aún son altas las tasas de fecundidad. (3)

El fenómeno del embarazo en adolescentes, se ha aumentado significativamente esto causa preocupación en diversos sectores sociales, por lo que se han incrementado los programas de salud, educación y sociales, en los que se invierten recursos humanos y económicos crecientes. (3)

Los factores sociales asociados son: Interrupción de los estudios, baja capacitación para la realidad laboral, pérdida del apoyo de la familia, relaciones inestables de pareja, inmadurez para ser madres, lo que conlleva a un segundo embarazo precoz, con familias numerosas que tienden a tener los círculos de pobreza, mayor riesgo de maltrato, prostitución, alcoholismo y drogadicción. (3)

En los países de Latinoamérica el embarazo en los adolescentes se encuentra en incremento, alrededor de 450 000 nacimientos anuales en los últimos años. El embarazo adolescente se asocia al origen étnico, nivel socioeconómico del que proviene y familia de procedencia. (3)

Desde el pasado siglo ya existen cambios más tempranos en la pubertad como son: La postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la comunicación, la evolución de actitudes y relaciones sexuales. (4)

Las experiencias de desarrollo importantes después de la maduración física y sexual; son la independencia social y económica, desarrollo de la identidad, capacidad de razonamiento abstracto, constituye una etapa de riesgo considerable, lo social tiene influencia determinante. (4)

Los adolescentes no comprenden los conceptos complejos, ni la relación entre conducta y consecuencia, ni asuntos relacionados con la salud como son las prácticas sexuales de riesgo. Las leyes y políticas prohíben al adolescente el acceso a la información y servicios en salud reproductiva, particularmente si no están casados. (4)

Los miembros de la comunidad, proveedores de servicios de salud y principalmente los padres, son responsables de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas. (4)

En el embarazo adolescente es común encontrar una relación débil de pareja, lo que provoca en la futura madre, rechazo y ocultamiento por temor a la reacción del grupo familiar, escolar y social. Como consecuencia tienen un control prenatal tardío o insuficiente. (5)

EMBARAZO ADOLESCENTE

Las características que destacan en las adolescentes embarazadas son: Adversidades sociales y biológicas, dentro de ellas, la maduración sexual temprana y actividad sexual prematura, también es importante la región donde habitan; zona rural o suburbana, la religión, costumbres y bajo nivel educativo. (5)

La adolescente al estar embarazada puede presentar comportamientos no habituales, descuido en su salud física y emocional, puede infringirse daño físico e incluso provocarse el aborto. En cuanto a lo educativo si llega a bajar su rendimiento escolar y ser motivo de burla de sus compañeros abandonara la escuela. (5)

Las problemáticas principales de la adolescente embarazada son como solventar a su hijo y los estudios. Al presentarse esta situación tiene la necesidad de ser solventada por familiares o de buscar empleo, situación crítica ya que no tiene una formación académica adecuada para conseguir un trabajo bien remunerado, su experiencia laboral es nula o muy limitada, existen casos especiales en donde la pareja la apoya y dado a ello también tiene que abandonar los estudios y atender

las labores del hogar, si encuentra el apoyo familiar probablemente regrese a estudiar. (5)

Los efectos negativos para los nuevos padres dependerán de las costumbres familiares y del entorno social, la situación de riesgo de la joven embarazada es latente y permanente, al principio es un rechazo y reprimenda y después su aceptación y protección. (5)

Ante esta situación la madre adolescente, puede caer en cuatro problemas socio legales muy serios como son: La prostitución, el consumo de drogas lícitas e ilícitas, la delincuencia y el maltrato infantil. (5)

Poco después que él bebe nace, se pueden presentar en la joven madre algunas adicciones lícitas e ilícitas, así como una tendencia a la delincuencia. La problemática a la que se enfrentan puede afectar su condición física, emocional o económica y, por ende, favorecer, en un momento dado, el desarrollo de alguna forma de maltrato a su hijo. (5)

En México, se han puesto en marcha diversos programas educativos/preventivos sobre educación sexual, planificación familiar y prevención de enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, su frecuencia, persistencia y continuidad no han dado los resultados esperados. (5)

Los programas informativos y/o educativos no han sido lo suficientemente impactantes como para prevenir un embarazo, un aborto ilegal, adicciones ilícitas o una enfermedad de transmisión sexual. Para atender y modificar esta realidad, es fundamental mejorar, fortalecer y mantener los valores humanos en este grupo etario. En la familia, la escuela, el barrio, la iglesia y la sociedad en general, deben plantearse, implementarse y desarrollar programas orientados hacia la educación sexual, prevención de embarazo y de adicciones lícitas e ilícitas. (5)

Es prioritario insistir sobre el respeto que merece la mujer embarazada, sin que importe su edad, el cuidado y mantenimiento de su salud durante la gestación para evitar problemas y complicaciones en ella y la vida de su hijo; son derechos inalienables. (5)

Si se realizan estas acciones podemos prevenir una vez que haya nacido su hijo, alguna modalidad de maltrato infantil, condición que, tanto en México como nivel mundial es un problema de salud pública. (5)

ADOLESCENCIA Y PUBERTAD

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez, y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años”. (6)

1.- diferencia entre la pubertad y la adolescencia.

Pubertad proviene del latín “pubere” que significa pubis con vello. Se caracteriza al producirse los caracteres sexuales secundarios, la maduración completa de las gónadas y las glándulas suprarrenales, así como la adquisición de masa ósea, grasa y muscular. Inicio puberal normal a la aparición de la telarquia entre los 8-13 años en las niñas y el aumento del tamaño testicular entre los 9-14 años en los niños. (6)

La adolescencia procede de la palabra latina “adolescere” en castellano tiene dos significados: Tener cierta imperfección o defecto y también crecimiento y maduración. Se divide en tres etapas, adolescencia inicial (10 a 14 años), media (15 a 17 años) y tardía (18 a 21 años). (6)

La adolescencia no es un proceso continuo ni uniforme, los distintos aspectos biológicos, intelectuales, emocionales o sociales pueden no llevar el mismo ritmo madurativo y ocurrir retrocesos o estancamientos, sobretodo en momentos de estrés. (6)

La adolescencia no es un proceso continuo ni uniforme, los distintos aspectos bilógicos, intelectuales, emocionales o sociales pueden no llevar mismo ritmo madurativo y ocurrir retrocesos o estancamientos, sobretodo en momentos de estrés. (6)

2. Fisiología de la pubertad.

El inicio de la pubertad es el resultado de la interacción de variables genéticas (70-80%) y factores reguladores, señales exógenas y ambientales (20-30%): alimentación, disruptores endócrinos, ciclos luz-oscuridad, lugar geográfico, estímulos psíquicos y sociales. (6)

2.1 Eje hipotálamo-hipofiso-gonadal.

Entre la infancia y época prepuberal la hormona liberadora de gonadotropinas (Gnrh) y las gonadotropinas hipofisarias, Hormona luteinizante (LH) y Hormona folículo-estimulante (FSH) están inhibidas por acción de una supresión activa de la secreción de Gnrh. (6)

La testosterona en el varón y el estradiol en la mujer, son los responsables del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y ejercen un retrocontrol negativo en el hipotálamo e hipófisis, reduciendo la secreción de Gnrh y gonadotropinas. Al inicio de la pubertad, la LH y FSH son liberadas de forma pulsátil, durante la noche y posteriormente según avanza la pubertad durante el día. (6)

3. Cambios de la composición corporal y desarrollo de órganos y sistemas.

Durante el estirón puberal el aumento de peso llega a ser el 50% del peso ideal del adulto, en la edad adulta los hombres tienen un porcentaje de grasa entre 12 a 16%, mientras que las mujeres del 18 al 22%. (6)

Se produce aumento de los diferentes órganos (corazón, pulmones, hígado, bazo, riñones) se ensancha la pelvis en las mujeres, los hombros en los varones, aumenta la fosfatasa alcalina y aumento de los glóbulos rojos y la hemoglobina en los varones debido a que la testosterona estimula la secreción de factores eritropoyéticos renales. (6)

4. Maduración sexual.

La edad cronológica tiene poca correlación con la maduración sexual y el crecimiento puede ser muy variable, el índice de maduración sexual se evalúa

mediante los estadios de tanner y basados en el desarrollo de los órganos genitales y caracteres sexuales secundarios. (6)

En las niñas el primer signo es el aumento del botón mamario que puede iniciarse entre los 8 y los 13 años. (6)

En los niños el primer signo de desarrollo puberal es el aumento del volumen testicular, así como enrojecimiento y rugosidad de la bolsa escrotal, que puede empezar entre los 9 y 14 años. (6)

SEXUALIDAD

Las acciones de promoción y educación para la salud van orientadas a establecer los hábitos y conductas sexuales protegidas o de menor riesgo mediante los programas educativos dirigidos a los adolescentes, como parte de su formación de la vida. La educación acerca de la sexualidad es brindar herramientas conceptuales de actitudes, comunicativo-participativas y valorativas que permitan a los adolescentes vivir una sexualidad responsable. (7)

“El sexólogo Sáez Sesma, en su ponencia sobre el hecho sexual humano, manifiesta que, una determinada conducta mal manejada, acaba con consecuencias indeseadas y la educación sexual constituye un elemento básico en la formación integral de la personalidad, por lo que recomienda que hay que trabajar las actitudes, facilitar la percepción de riesgo, fomentar la autoestima, atacar con contundencia, desde lo emocional y no desde lo racional, entender la situación evolutiva de las adolescentes, ofrecer y adiestrarlos en habilidades sociales, capacidad de decir sí o no.” (7)

Los jóvenes que reciben una adecuada educación sexual, retrasan sus relaciones sexuales en relación con los demás jóvenes, no porque sean más calmados, sino porque, tienen un amplio criterio de alternativas sexuales, que optan por aquellas igual o más placenteras y con consecuencias que tienen repercusiones mínimas. (7)

Al parecer no es suficiente educar a los jóvenes para que no tengan relaciones sexuales precoces o desprotegidas, hay que hacer un plan de convencimiento de que estas no deben ser a edades tan tempranas, ya que; pueden traer serias complicaciones a su vida. Hay que formar a los jóvenes para que actúen con responsabilidad a lo que relaciones amorosas se refiere, que sepan que una sola relación sexual sin protección puede tener como resultado una enfermedad de transmisión sexual o un embarazo no deseado. (7)

Cuando inician tempranamente las relaciones sexuales es un problema, con el desarrollo físico, a los adolescentes se les despierta este lado psicológico y van a las relaciones sexuales adelantadas, muchas de las niñas adolescentes que llegan a esta etapa son arrastradas por el grupo, sin dejar de excluir la responsabilidad de la familia, que con frecuencia lo propicia por la falta de comunicación. (7)

A las consultas ginecoobstétricas algunas adolescentes no asisten solo por estar embarazadas, sino porque son contagiadas con enfermedades de transmisión sexual, que una vez adquiridas infectan a sus parejas, si no se protegen y son personas que cuando están inmunodeprimidas tienden a recaídas, como es a la hora de tener a sus hijos, además el cambio constante de pareja lleva a más dificultades de salud, y al cáncer cervicouterino. Lo ideal sería que no tuvieran relaciones sexuales a esa edad, pero si ya lo hicieron, lo ideal es atenderse con periodicidad. (7)

Sería ideal hacerlos entender que no tengan miedos ni tabúes, comprender que las relaciones sexuales son placenteras cuando se practican con amor, no por deporte y si pese a ello someterse al riesgo, que se protejan tanto de los embarazos no deseados como de las enfermedades de transmisión sexual. (7)

Si se realiza una comparación con otros países con menores recursos como son costa rica y cuba, la baja cobertura de programas de prevención y especialmente el de planificación familiar, que cubre 7% de la población, impide mayor atención e información adecuada. El embarazo y otras enfermedades obstétricas comienzan a ser importantes causas de mortalidad entre los adolescentes entre 15 a 19 años,

la pobreza, el deterioro ambiental, y el analfabetismo femenino son factores que condicionan la salud infantil. (8)

El embarazo adolescente trasciende en la problemática de la salud y termina siendo un mecanismo de reproducción de la pobreza, y de exclusión de la niña y la mujer a las oportunidades de educación, capacitación, empleo, ingreso y participación social. (8)

Un estudio realizado en una población de Venezuela, en el año 2016, por Francisco Gálvez Henry y Bárbara A. Rodríguez Sánchez en compañía de otros colaboradores, a cerca de las “características epidemiológicas de la embarazada adolescente” llegaron a la conclusión que existen situaciones similares en otros países de América Latina como Chile, México, Guatemala, Argentina, en donde el embarazo adolescente predomina en el grupo con edades entre 17 a 19 años, donde la escolaridad registrada mayoritariamente fue el nivel secundario, predominaron en el universo de estudio las gestantes adolescentes solteras con parto anterior, con mala situación económica, la no utilización de algún método anticonceptivo y los antecedentes de infecciones asociadas al embarazo como la hipertensión arterial, vaginosis bacteriana, infecciones urinarias, y la anemia, prevalecen en este grupo de estudio.(8)

Los determinantes familiares juegan un papel importante en el embarazo adolescente; la ausencia de uno o ambos padres, convivir con familias reconstituidas, pobre educación sexual en el hogar, mayor escolaridad de los padres (bachillerato, carrera técnica o profesional) y el hecho de que el padre o la madre trabajen, la nula o pobre relación con los padres, sin establecimiento de límites y reglas a cerca de las actividades de noviazgo, también cabe mencionar que las conductas disciplinarias extremistas (déficit o exceso de normas) incrementan la probabilidad de relaciones sexuales a temprana edad. (9)

En un estudio realizado de tipo descriptivo, observacional, de corte transversal de las 58 gestantes menores de 20 años pertenecientes al área de salud del policlínico universitario “Josué País García” de Santiago de Cuba, quien evalúa la “disfunción familiar y la presentación del embarazo adolescente”, las familias

predominantes son extensas, el grupo etario estaba entre los 15-18 años, con apgar familiar existe disfunción en 38 familias, lo que indica aumento de conflictos familiares asociados a los cambios puberales, y la búsqueda de autonomía a esas edades, esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho con el comportamiento de las adolescentes. La conclusión de éste estudio fué que al confirmar que las familias extensas y la disfunción familiar resultan ser factores predisponentes para el desarrollo de conductas de riesgo en los adolescentes, también lo es el embarazo precoz. (10)

Ya hace algunos años se sabe que la maternidad a temprana edad ocurre con mayor frecuencia en estratos socioeconómicos bajos, y que no es únicamente el embarazo temprano, el que limita las posibilidades de estas adolescentes, si no las restricciones persistentes en sus vidas. La construcción social de género, la falta de educación sexual integral, el poco acceso a métodos anticonceptivos, y las pocas oportunidades económicas dan la explicación de este fenómeno. (11)

Asistir a la escuela es uno de los factores protectores con mayor potencial para disminuir la fecundidad de los adolescentes, el abandono escolar o rezago educativo, provoca desigualdad en la distribución de capital económico, cultural y social. (11)

En México, solo la mitad de los niños que inician la primaria concluyen estudios de nivel medio superior, de toda la población de rezago que asiste a la escuela, el 80% tiene de 15 a 17 años. (11)

Los hallazgos revelan que con un nivel socioeconómico bajo y el tener un embarazo previo, está asociado con rezago educativo, en ciertos sectores sociales, tienen erróneamente la idea que la mujer solo debe dedicarse a la maternidad y el cuidado del hogar. Abatir el desarrollo educativo y el abandono escolar implica trabajar con los que se encuentran dentro y fuera de la escuela, particularmente en comunidades con desventajas sociales como zonas rurales e indígenas. (11)

Aunque existe disminución de la fertilidad en general la tasa de embarazo adolescente permanece estable, lo que se traduce en un aumento en el porcentaje de mujeres embarazadas menores de 20 años. (12)

En el Hospital Materno Infantil, ubicado en la ciudad de México, el embarazo en adolescentes ocupó el tercer lugar en 1991 como causa de consulta médica, el segundo lugar en 1993 y a partir de 1994 ha ocupado el primer lugar, por lo que se puede afirmar que el embarazo adolescente es un problema de salud. (12)

Los estudios sobre sexualidad anteriormente eran pocos ya que implicaban hablar de temas a los cuales la sociedad no estaba acostumbrada, como aborto, embarazo no deseado, relaciones sexuales prematrimoniales, anticonceptivos y homosexualidad. Aún se mantienen patrones ideológicos y conductuales que obstaculizan la divulgación, en los últimos años las instituciones gubernamentales y no gubernamentales han abordado con mayor interés su estudio. (12)

En las encuestas mexicanas han arrojado datos que la actividad sexual premarital es común, los jóvenes con baja escolaridad, con menores expectativas académicas y laborales, con menor autoestima y asertividad tienden a iniciar a más temprana edad su vida sexual activa, a utilizar menos los anticonceptivos, y en el caso de las mujeres a quedarse embarazadas con el riesgo de llegar al aborto ante la falta de condiciones y conocimientos, que faciliten una mejor decisión. (12)

Otros factores asociados con la fecundidad en adolescentes, es el medio en que crece y se desarrolla la mujer, se observa que los embarazos de madres adolescentes son más frecuentes en las comunidades menos escolarizadas y en áreas rurales, la razón podría ser que las uniones matrimoniales son a más temprana edad, así que por cada mujer urbana lo hace después de los 18 años dos lo hacen menores de 18 años en el área rural, algunas ocasiones se ha reportado que la adolescente que se queda embarazada tempranamente suele haberse criado en circunstancias familiares poco favorables, como desintegración familiar, imagen paterna distante, y/o negativa, pérdida de figuras significativas, así como conflicto y rigidez intrafamiliares.(12)

De acuerdo a un estudio de casos y controles de “40 primíparas que acudieron a la consulta prenatal del hospital universitario de caracas en 2012 para determinar los factores asociados a la ocurrencia del embarazo en la adolescente”, se encontraron lo siguiente: Las características del entorno familiar y/o social son inapropiadas, signadas por el maltrato y desamor, la desintegración familiar, los malos ejemplos, el abandono, deficiente comunicación, la pobreza material, moral e intelectual, la exclusión social, falta de oportunidad de desarrollo intelectual y profesional, entre muchas otras, lo cual se manifiesta a través de las diversas conductas de riesgo. (13)

Por lo que se refiere a los antecedentes familiares de embarazo adolescente el 45.2% señaló a su madre y/o hermana tuvo un embarazo adolescente, 90.4% tiene disfunción familiar severa, pobreza 65%, el no uso de métodos anticonceptivos 73%. En conclusión, la pobreza y los factores socioculturales imperantes en la familia, son determinantes en el embarazo de la adolescente que acude a la consulta prenatal. (13)

El problema de embarazo en la adolescencia es de tipo multifactorial, individual, familiar y social:

Los factores de riesgo individuales incluyen: Inicio precoz de las relaciones sexuales, temprana maduración sexual, bajo nivel académico, inadecuada educación sexual, desocupación, y la poca habilidad de la planificación familiar. (13)

Los factores de riesgo familiares: Pérdidas de figuras significativas en la familia y familia no funcional, la ausencia de una familia funcional en el seno del desarrollo del adolescente genera una carencia afectiva que la joven no sabe resolver, impulsándola a las relaciones sexuales que tienen mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor. (14)

Los factores de riesgo sociales: Estrés, delincuencia, alcoholismo, mitos y tabúes sobre sexualidad y predominio del amor romántico en la relación sentimental de los adolescentes. (14)

Las consecuencias del embarazo en la adolescencia destacan las hemorragias, el trabajo de parto prolongado, infección urinaria, bacteriuria asintomática, deserción escolar, afecciones placentarias, escasa ganancia de peso, con mal nutrición materna asociada, parto prematuro, rotura prematura de las membranas ovulares, la incorporación temprana a la vida laboral, desajuste en la integración psicosocial, así como la escasa preparación para desarrollar una relación satisfactoria con los hijos, como también el aborto inducido. En el periodo de parto el mayor problema y más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que se relacionan con el desarrollo incompleto de la pelvis materna lo que determina una incapacidad del canal de parto para permitir el paso del feto, estas distocias provocan el aumento de los partos operatorios (fórceps y cesáreas). (14)

En los hijos se observan elevado riesgo de prematuridad, lesiones durante el parto, bajo peso al nacer, sepsis y muertes perinatales. El embarazo adolescente trae altos costos emocionales, sociales, financieros y para la salud de las madres adolescentes y sus hijos de ahí la importancia de atender adecuadamente a la adolescente, por lo que se debe comenzar las acciones relacionadas con la prevención de este problema de salud a partir de la familia, donde juega un papel importante el equipo de atención primaria de la salud para trabajar con la familia para propiciar hábitos y estilos de vida saludables. (14)

En el estudio realizado por Sandra Lorena Muñoz Ortega, para obtener el grado de Magister en salud pública en julio 2014, llamado "Perfil sociodemográfico y psicosocial de las adolescentes embarazadas en una maternidad de Guayaquil, Ecuador", nos hace mención que la realidad del embarazo en las adolescentes varían de un país a otro, el estudio es descriptivo transversal, el universo lo conforman 1506 adolescentes embarazadas de entre 15 y 19 años de edad, que ingresaron a control al Hospital Materno Infantil Mariana De Jesús de la ciudad de Guayaquil, y nos refiere que entre los principales determinantes de los embarazos adolescentes, habían factores sociales, económicos y culturales como son: La baja escolaridad de los padres, el no uso de anticonceptivos y/o condón,

adolescentes con planes de vida confusos, y madres que no poseen un trabajo estable. (15)

Los determinantes sociodemográficos y psicosociales la baja escolaridad de los padres; 53% de las madres y un 37% de los padres de las adolescentes, habían apenas culminado la educación primaria, al igual como se demostró en un estudio realizado en 16 países de América Latina sobre el papel de los factores en la familia, donde se puede demostrar que a mayor escolaridad de los padres se incrementa la probabilidad de que sus hijos al menos culminen la educación secundaria, y así logren escapar de la transmisión generacional de la pobreza, 56% de las madres eran de nivel socioeconómico bajo. El estudio indica que el 89% de los adolescentes tuvieron relaciones sexuales antes de los 17 años, no uso ningún método anticonceptivo en su primera relación. A mayor nivel educativo se incrementa el uso de métodos anticonceptivos. (15)

En América Latina el inicio de vida sexual activa es cada vez más precoz, en Ecuador 46.7% entre 15 a 24 años, en Bolivia en menores de 13 años, en este estudio las adolescentes embarazadas tenían entre 11 y 13 años. (15)

En el estudio llamado “caracterización sociodemográfica clínica de adolescentes embarazadas; de las adolescentes que asistieron al Hospital General del Sur, Choluteca, en el periodo agosto 2015 - agosto 2016”, el 93% de la población estudiada se encuentra en las edades de 15-19 años, el universo de 350 pacientes con diagnóstico de embarazo adolescente, son diversos los factores que podrían explicar el embarazo pero en general, es la ausencia del poder de decisión y de circunstancias que están fuera de control del adolescente, como es la pobreza, la educación, la falta de educación sexual integral, falta de servicios de salud adecuados para los jóvenes, falta de métodos anticonceptivos económicos y accesibles, o una combinación de estos factores, agregando a estos factores las presiones de sus compañeros, padres, familias y comunidades, a la vez es el resultado de la violencia y la coacción sexual. Las adolescentes tienen mayor riesgo que las embarazadas de veinte años y más, sin una atención obstétrica adecuada, esto puede conducir a la ruptura de útero, respecto a las afectaciones

de este grupo etéreo, las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto, que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente superior. (16)

La adolescencia acompañada del embarazo, es tan antigua como la misma humanidad y es un problema tan actual que se presenta como dos vertientes: “me convierto en madre o padre adolescente” o “aborto”, dos disyuntivas que enfrenta el adolescente, la familia, los profesionales de la salud, la escuela y la comunidad. (17)

Actualmente la educación integral de la sexualidad, dentro de los objetivos se encuentran: Capacitar al hombre para que en sus relaciones con el otro sexo pueda disfrutar de los más elevados valores humanos y crear las condiciones materiales y espirituales óptimas para el fortalecimiento de los más legítimos sentimientos de amor, respeto y solidaridad, que sobre la base de la plena igualdad debe existir sobre los miembros. (17)

La atención primaria sus funciones son, educar sobre la necesidad de asumir la sexualidad de manera responsable en los adolescentes de ambos sexos; promover la planificación familiar y la maternidad y paternidad responsables, con el propósito de favorecer a la salud sexual y reproductiva, así como desarrollar un sentimiento hacia la prevención. (17).

Cuando se habla de adolescentes de entre 15 a 19 años de las comunidades rurales, ellos a diferencia de los de la zona urbana son influenciados por los padres, ya que existen uniones consensuales en las familias y aceptan la llegada de un nieto, sin analizar las consecuencias negativas desde el punto de vista biológico, psicológico y social del embarazo a estas edades. (17)

Las relaciones de comunicación y de confianza en los hijos adolescentes, la conversación franca, libre de sospechas y coacciones puede ser un medio eficaz para orientarlos. No es suficiente con decir que no tengan relaciones íntimas, hay que convencerlos de que éstas, no son necesarias en edades tan tempranas y que pueden traer serias complicaciones a su vida futura, como embarazo no deseado entre otras. (17)

Existen etapas en las que transita la familia aquella en la que uno de los hijos entra en la edad adolescente, marca un hito en la relación con los padres y en la dinámica de todos sus miembros. En sí solo la presencia del adolescente engloba a la familia en una crisis normativa, y por demás la adolescencia es un periodo prolongado, pues la madurez psicológica y económica ocurre de forma más tardía. (18)

Es más frecuente que los lazos matrimoniales sean cada vez menos perdurables por lo que las familias se encuentran desde un tamaño pequeño o hasta de tamaño grande pues se retorna al hogar matríz y por lo tanto la adolescente se enmarca en una familia que abarca según las generaciones bi o trigeneracionales, así como enmarcarse en un hogar monoparental encontrarse en una familia con ontogénesis extensa. Todo esto afecta a la sociedad pues la cantidad de viviendas crece a medida que las familias se fragmentan y los hijos forman su propio hogar. Al realizar más casas para alojar al mismo número de personas, la explosión urbana y la destrucción de hábitat se elevan. (18)

Es muy común que se produzca un conflicto familiar, cuando conviven tres generaciones en una misma casa, es natural que se generen tensiones en todos los miembros de la familia. Si la joven trata de eludir su propia carga de responsabilidad y espera que su madre haga todo el trabajo. O puede ser que ésta, con sus mejores intenciones, prácticamente se arrogue el derecho de cuidar a su nieto, se convierte en el hijo de la abuela, quien lo atiende y lo cuida para que su hija pueda seguir adelante; la joven no vive ni disfruta la responsabilidad de madre ni lo que esto implica. (18)

Para esto es preciso fortalecer los programas gubernamentales con apoyo político, técnico, económico, desde diferentes sectores sociales, además diseñar propuestas específicas para los sectores sociales más desatendidos, tales como; los jóvenes rurales, desertores del sistema educativo, miembros de hogares con necesidades básicas insatisfechas, jóvenes en situaciones de riesgo. (18)

En el estudio elaborado por el Dr. Alvarado Erazo Luis, con el título “Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del

Hospital Nacional Hipólito, de junio a octubre del año 2016”, , aplicada a una población de 350 personas, adolescentes comprendidas entre los 11 y 19 años, la mayoría de adolescentes embarazadas se encontraron entre los 16 y 17 años se comprende que quedaron embarazadas entre los 15 y 16 años, edad en la cual cursaban la secundaria, se vieron obligadas a dejar la escuela, porque se enteraron que estaban embarazadas, por exigencia de los padres, abandono de la pareja, falta de dinero o por miedo a las críticas; pues además de las posibles consecuencias negativas de la salud, el embarazo adolescente interrumpe y modifica los proyectos educativos de la persona, de tal manera que la madre adolescente se ve obligada a suspender su educación y a buscar un trabajo para dar apoyo a su familia y mantener a su bebe. En el estudio la totalidad de las adolescentes declaro que tuvieron relaciones sexuales por decisión propia en etapas tempranas de su vida, el inicio temprano de la vida sexual es otra de las variables importantes en los estudios sobre factores asociados al embarazo en adolescentes, esto nos hace referencia que a menor edad de inicio de la relación sexual habrá mayor riesgo de embarazo, la explicación que entre más joven sea la mujer mayor es su riesgo, pues aun no cuentan con la madurez física y psicológica para afrontar este tipo de situaciones. (19)

Se encontró en el estudio que las madres de las adolescentes juegan un papel importante en temas de sexualidad, las adolescentes embarazadas, tuvieron madres con baja escolaridad, aunado a esto la falta de educación en temas de sexualidad, la poca confianza con ellas y la poca comunicación también estuvieron asociados con embarazo en adolescentes. (19)

La promiscuidad es considerada como un hábito de riesgo para la salud sexual y reproductiva, los adolescentes que tienen relaciones sexuales con más de tres compañeros sentimentales, asumen una relación de riesgo directamente proporcional a quedar embarazadas, con respecto a las que inician su vida sexual a edad superior. El nivel educativo, está relacionado con el conocimiento de los métodos anticonceptivos, y la mejor planeación para la primera relación sexual. La falta de educación de los padres hacia los hijos en los temas relacionados con

la sexualidad y el embarazo, condicionan al adolescente para ser vulnerable a un embarazo. (20)

De acuerdo a un estudio realizado a cerca de; "características sociodemográficas de adolescentes embarazadas menores de 16 años de una Unidad de Medicina Familiar en San Luis Potosí, México", se encontró que se aplicaron encuestas a 41 embarazadas, de las cuales 34 tenían entre 15 y 16 años y 7 entre 13 y 14 años, 33 pertenecían a familias nucleares, y 8 a familias monoparentales, 28 estaban integradas a familias modernas y 13 a familias tradicionales, 38 pertenecían a hogares con estrato socioeconómico bajo y 3 con estrato socioeconómico medio bajo. El 80.5% de las encuestadas profesaba la religión católica romana, 12.2% la protestante y el resto pertenecía a otra religión. El 51.2% se encontraba estudiando el tercer grado de secundaria, 29.3% el segundo de secundaria. (21)

No tuvieron antecedentes familiares de embarazo adolescente, con respecto al inicio de vida sexual por grupo de edad el 26.8% comenzó entre los 12 y 13 años, mientras que 73.2% entre los 14 y 15 años. Las adolescentes estudiadas obtuvieron la información anticonceptiva predominantemente de sus maestros 46.3%. 36.6% utilizaron algún método de planificación familiar y tuvo falla del mismo mientras que el 63.4% no lo uso porque no lo tuvo disponible al momento, el método más conocido es el condón 36.6%, la mayoría de relaciones se llevaron a cabo en una fiesta 36.6%. El embarazo en adolescentes de este estudio se ha asociado con el uso de sustancias psicoactivas situación presente en el estudio 9.8%, en el cual fue alcohol, tabaco y solventes. El bajo nivel socioeconómico y vivir en zonas de marginación, situación observada en las adolescentes del estudio, se han descrito como factores de riesgo asociados con el embarazo. (21)

Un embarazo prematuro dificulta la vida de la adolescente, ya que coloca en riesgo el cumplimiento de las metas propias de esta etapa teniendo que enfrentar una situación de las que debe hacerse cargo de las tareas propias de la adultez, aun cuando todavía no ha concluido su propio proceso de desarrollo. (22)

Este hecho genera tensión pues la capacidad biológica y psicológica de la joven se ve fuertemente exigida, más aún si presenta falta de apoyo social, familiar o de

pareja las necesidades básicas se ven desafiadas. Lo antes mencionado desencadena en la adolescente desesperación, dolor, culpa, miedo, pena, ira angustia, propiciando la aparición de síntomas depresivos o la depresión como trastorno del estado de ánimo. Cuando esta es prolongada y aguda se dan ideaciones suicidas, en algunos casos se da la consumación del acto. La relación entre los factores protectores y las ideas suicidas, podrían estar relacionadas con una baja idea de pensamientos positivos. (22)

En el estudio realizado, “factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en el posparto en adolescentes de Cartagena (Colombia)”, se atendieron 1009 adolescentes, los síntomas depresivos, la prevalencia en puérperas adolescentes fue de 49.6%, la prevalencia aumenta en los adolescentes con bajo apoyo social, el apoyo familiar, de los amigos, y social no fueron predictores significativos de síntomas de depresión en el postparto, indican que las mujeres con mayor apoyo social y autoestima son las que presentan niveles más bajos de depresión postparto. (23)

La maternidad a esta edad, es vivida como una experiencia que interrumpe los procesos del desarrollo adolescente, tanto en lo educativo como en las tareas propias de esta etapa de vida (la socialización con sus padres, la búsqueda de identidad, de un proyecto de vida y la gradual autonomía de las figuras parenterales), por ello el apoyo social permite a las mujeres a enfrentar las condiciones de riesgo con un menor impacto negativo para su salud, y bienestar lo que a su vez, favorece la sensación de seguridad y confianza en el entorno familiar y comunitario; si el apoyo social es suficiente y adecuado, puede considerarse un buen predictor de la salud mental para la madre. Las adolescentes de familias disfuncionales, tal vez, buscan compensación emocional en la actividad sexual y/o en un embarazo para suplir la falta de afecto dentro del entorno familiar. El bajo nivel socioeconómico, no tener pareja y el bajo nivel educativo, no mostraron asociación estadísticamente significativa en depresión postparto. (23)

El 70% de las adolescentes se dedicarán al hogar, estas consecuencias repercuten en la pobreza, que afectara tanto a la madre y al hijo, ya que se ven obligadas a tener un sustento económico que depende de la familia dela adolescente o del padre del hijo, sin la condicionante que ambos contraigan matrimonio. El nivel socioeconómico bajo es un factor de riesgo, la menarca precoz antes de los 12 años no es un punto significativo para asociarlo como un factor de riesgo. El inicio de las relaciones sexuales antes de los 15 años también es un factor de riesgo. (24)

Menos del 50% de las adolescentes no tienen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, por lo que se debe reforzar los programas a edades más tempranas. La promiscuidad como factor de embarazo en adolescentes, se corrobora que tiene una relación directa. (24)

En el estudio llamado; “perfil obstétrico y neonatal de adolescentes atendidas en el hospital de occidente de Jalisco, México”, se analizaron 9439 pacientes con el total de nacimientos atendidos fue de 37,553. La edad media fue de 17.45 al distribuir los nacimientos por grupo de edad, el 92.33% de las madres adolescentes se dedican al hogar, puede representar una limitación para continuar estudiando y usar métodos anticonceptivos, esto señala que se debe a que tienen una mayor exposición a ser económicamente dependientes de su familia y/o pareja. Esta condición social también se identificó con porcentajes similares en un hospital suburbano de México (86.6%) y en otros países como Perú con el 80.2% pero en un hospital público de Jalisco, se reportó una cifra menor (51.2%). (25)

El vivir en unión libre 68.69% de las madres adolescentes de este estudio, se concluye que los embarazos en los adolescentes ocurren mayormente en la soltería. En mujeres adolescentes con pareja estable, se ha observado una alta incidencia de separaciones durante el transcurso de la gestación, lo que también puede explicar en gran medida, que el mayor porcentaje de adolescentes se encuentran en unión libre. (25)

Los conflictos frecuentes son afrontar solas el papel de madres sin una pareja a su lado que las apoye afectiva y económicamente, ser rechazadas por sus familias o señaladas, así como retrasar sus planes para futuro. (25)

El 6.64% de las mujeres adolescentes que no recibieron control prenatal es muy bajo., a pesar de que el 3.97% inician control prenatal en el tercer trimestre y superan la media del número de consultas establecido en México (5 consultas mínimo normativamente frente a 8.2 identificadas en el estudio). (25)

El 26.4% de cesáreas realizadas en la población del estudio es menor que en un hospital suburbano de México (30.8%), el número de cesáreas que se realizan en México perfila un problema de salud pública que debe analizarse en detalle para buscar soluciones y promover su disminución. Además, al asociar la edad y la paridad se observan los riesgos más altos de cesáreas en primigestas de 12 a 19 años y de 35 a más años. (25)

En cuanto los recién nacidos de madres adolescentes, el recién nacido es de bajo peso al nacimiento, el principal riesgo es la madre adolescente, donde el bajo peso está dado por la situación de prematuro, como recién nacidos pequeños para la edad estacional, señalando cifras de hasta 18%. (25)

Además, hay que brindarles información en el primer nivel de atención, que les permitan apropiarse de sus derechos, para demandar una educación sexual sin prejuicios, acceso a servicios de salud de calidad (privacidad y confidencialidad) con la debida sensibilización y capacitación del personal de salud, en los todos los niveles de atención, para el adecuado abordaje de los programas de intervención. (25)

En los estados unidos la tasa de adolescentes embarazadas disminuyo en el 2016. Expertos creen que este bajo record para adolescentes que tienen bebes continuara siendo una tendencia a largo plazo. Las adolescentes han ido disminuyendo, sigue siendo un problema importante para la familia, atenciones médicas y escuelas. El ser mama requiere de capacidad y paciencia de manejar el estrés que puede provocar un bebe. (26)

Las adolescentes no se encuentran preparadas para un embarazo y la maternidad, la falta de madurez hace que el binomio sea más susceptible a otros riesgos de salud. La mayoría de los adolescentes no buscan atención médica durante la etapa prenatal lo que da lugar a complicaciones de moderadas a graves. Las más comunes que se incluyen durante el embarazo son: anemia, presión arterial alta, toxemia, placenta previa y nacimiento prematuro. (26)

En el embarazo adolescente puede afectar el crecimiento y desarrollo del bebé con el tiempo, existen retrasos en el desarrollo intelectual, motor y de comportamiento en los bebés nacidos de madres adolescentes. (26)

En el estudio “The Sociodemographic Factors Related with the Adolescent Pregnancy”, para realizar la comparación entre los factores que influyen en el embarazo adolescente en los americanos, el grupo de adolescentes estuvo compuesto por 107 embarazadas, en el grupo de embarazadas la edad media fue de 18 (14-19 años) los cuales 33 (30.8%) fueron menores de 17 años. La edad media de matrimonio fue de 17 años, se les realizó una pregunta, ¿a qué edad preferiría casarse y dar a luz? La respuesta fue que preferirían estar casadas a los 20 años y dar a luz a los 21 años. (27)

Las adolescentes embarazadas recibieron más apoyo familiar 87.9%, la atención prenatal la iniciaron en el primer trimestre, la mayoría de ellas recibieron un número adecuado de visitas prenatales. Se encontró que el 28% de las adolescentes conocía los métodos modernos de planificación familiar, en comparación con el 53.6% de los adultos. En el grupo de estudio los conocimientos de los métodos anticonceptivos de emergencia eran menos 13.1%. (27)

El análisis fue el siguiente: El riesgo del adolescente de embarazarse fue de 9.3 veces mayor entre las mujeres que tuvieron familias sin oposición al matrimonio, de las adolescentes que en aquellos de las familias opuestas, 3.3 veces mayor entre las mujeres que recibió apoyo familiar que en aquellos que no lo hicieron, 2.7 tiempos más altos entre las mujeres que no sabían de los métodos de emergencia anticonceptiva que en los que sabían, 2.5 veces mayor en casos sin seguridad social y sanitaria que en aquellos que tenían. (27)

Cabe mencionar que, al hacer una comparación, en Turquía la edad legal más temprana para contraer matrimonio tanto para hombres como mujeres con la aprobación de los padres es 17 años. En este estudio la edad más baja para contraer matrimonio fue de 11 años del grupo adolescente y la media fue de 17 a 21 años respectivamente. El matrimonio generalmente ocurre antes, en el de regiones de desarrollo que, en las regiones desarrolladas, más que la mitad de adolescentes de muchos países de África subsahariana, en esta están casadas o ha entrado a la unión formal por la edad de 18 años, mientras que el 20-40% de los adolescentes en América Latina lo hacen antes de los 17 años. (27)

Las niñas adolescentes de Bangladesh están casadas a la edad de 18 años, y lo hacen todas las mujeres a la edad de 15 a 19 años. El comportamiento, de estos adolescentes y opiniones sobre la gestación está relacionada con lo social y el ambiente cultural, factores individuales, familiares y sociales, formula los pensamientos de uno con respecto a las relaciones sexuales, formación familiar, gestación y maternidad. Las familias especialmente en las zonas rurales, suelen imponer que sus hijas se casen antes de los 20 años y la primera experiencia sexual se realiza comúnmente después del matrimonio. (27)

Existe un estudio de las intervenciones basadas en evidencia (EBI), nos habla de los jóvenes sexualmente activos son menores que la proporción de jóvenes sexualmente activos informados a nivel nacional (46.8%) por el sistema de vigilancia de conductas de riesgo juvenil 2013. Las escuelas alcanzaron el mayor número de jóvenes, las organizaciones comunitarias, los centros de salud, los militares, las universidades y los entornos de población especiales alcanzaron una proporción más alta de jóvenes con experiencia sexual. (28)

Los esfuerzos estratégicos para llegar a los jóvenes a través de EBI para reducir el embarazo adolescente son fundamentales. El retraso de la actividad sexual sigue siendo importante, por lo que tener EBI en las escuelas intermedias y secundarias para alcanzar un gran número de estudiantes sin experiencia sexual es fundamental. Dado el enfoque de este proyecto en aumentar los vínculos con los servicios de salud anticonceptivos y reproductores, los jóvenes vulnerables

también deben recibir EBI porque muchos son sexualmente activos y necesitan atención clínica y servicios. (28)

Las barreras incluyen lo siguiente: retrasos en la capacitación para organizaciones estatales y comunitarias y socios de programas; programas que no se empaquetaron para la capacitación, una incapacidad para financiar a los socios del programa debido a las agencias locales; y la falta de apoyo para la implementación por parte de las escuelas en la comunidad. (28)

Las EBI se pueden implementar en las comunidades de entornos para llegar a muchos jóvenes de una manera que garantice la fidelidad. Para respaldo del EBI, se requiere asistencia técnica y capacitación de organizaciones. Las iniciativas para expandir las EBI pueden involucrar a las escuelas para aumentar la cantidad de jóvenes alcanzados al mismo tiempo que se enfocan en asociaciones con organizaciones que alcanzan a jóvenes con mayor riesgo. (28)

En el estudio “Feasibility and acceptability of a web-based HIV/STD prevention program for adolescent girls targeting sexual communication skills.” La importancia de las habilidades de comunicación sexual, el módulo de comunicación HEART (Health Education And Relationship Training) se enfoca específicamente en desarrollar la autoeficacia y habilidades de la comunicación. El módulo está diseñado para mejorar la asertividad sexual y negociación sexual para preparar a las adolescentes para que rechacen con confianza y firmeza las relaciones sexuales sin protección y trabajen junto con sus parejas para acordar resultados sexuales seguros. (29)

El modelo de aprendizaje didáctico y el compartir con los compañeros de la misma edad, los participantes tienen tiempo de comunicarse y hablar de la sexualidad a través de una función de grabación y reproducción de audio en el sitio, realizan ejemplos y posteriormente dan su opinión y califican. (29)

En otoño de 2015, se reclutaron participantes de cuatro escuelas secundarias rurales de bajos ingresos en el sureste de los Estados Unidos. Todas las 371 niñas de 10º grado que asistían a estas escuelas en el momento del estudio fueron invitadas a participar. Debido a que todos los estudiantes eran menores de

18 años, se obtuvo el consentimiento de los padres por escrito y el consentimiento por escrito de los estudiantes, según los estándares de investigación de EE. UU. Como se indica en el 78% de los jóvenes devolvió un formulario de consentimiento de los padres y el 79% de los padres otorgó el consentimiento para que su hija participe en el estudio. La muestra final incluyó a 222 niñas que completaron la evaluación inicial y fueron asignadas al azar a las condiciones del estudio, el estudio actual, se informan los datos recopilados entre las 107 niñas que fueron asignadas al azar a la condición de intervención del Proyecto HEART. (29)

Datos demográficos que se recopilaron; la edad del participante, la raza / etnia, la orientación sexual, el estado civil de los padres y el estado educativo de los padres y el estado socioeconómico. (29)

La actividad sexual se evaluó con dos elementos: uno que preguntaba si alguna vez los participantes habían participado en alguna actividad sexual, incluido el contacto sexual, el sexo oral y / o las relaciones sexuales, y un segundo que preguntaba si los participantes habían tenido alguna vez relaciones sexuales vaginales, definidos para los participantes como " cuando un niño pone su pene en la vagina de una niña". Además, entre los que informaron sobre la actividad sexual, se recopiló información sobre el uso del condón en el último sexo y los antecedentes de embarazo. (29)

En cuanto las intervenciones de Heart para jóvenes han demostrado ser prometedoras para reducir el VIH, otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) y embarazos no deseados, pero pocas de ellas se han centrado en desarrollar la comunicación sexual y las habilidades de negociación que sabemos son tan importantes para la toma de decisiones sexuales de las niñas. (29)

El propósito del estudio examina la viabilidad y la aceptabilidad de un nuevo programa, projectheart forgirls.com, que se enfoca en las habilidades de comunicación sexual en un programa web adaptado, interactivo y basado en la teoría para niñas adolescentes. (29)

Este programa se resuelve aproximadamente 45 minutos y es ideal para escolares donde el tiempo y la experiencia de los maestros pueden ser limitados para brindar contenido de salud sexual a los estudiantes. (29)

El programa fue factible de administrar en un entorno escolar y los usuarios consideraron que el programa web es altamente atractivo y aceptable. Aproximadamente el 90% de las niñas informaron que recomendarían el programa a un amigo, discutirían el programa con otras personas y utilizarían lo que aprendieron en el futuro. Además, más del 75% reportó que aprendieron mucho y que volverían al sitio nuevamente si tuvieran la oportunidad. Dados los desafíos inherentes para involucrar a los jóvenes y mantener su atención con el contenido educativo, se cree que estos resultados son prometedores. (29)

Es importante destacar que se encontraron pocas diferencias en las calificaciones de aceptabilidad entre participantes de diferentes etnias, orientaciones sexuales y niveles de actividad sexual, lo que sugiere que este programa tiene un gran atractivo. (29)

La finalidad del programa fue la de mejorar las habilidades de comunicación sexual, también que fuese prometedor que casi todas las niñas (99%) que completaron este programa intentaron hablar con alguien sobre la información que aprendieron. Los mejores amigos fueron la persona más común con la que los participantes planearon comunicarse, los amigos son los principales para compartir la información aprendida.

Mientras que más del 80% de los jóvenes planeaban hablar con un mejor amigo y más de la mitad planeaban hablar con su pareja o su madre sobre la información sobre salud sexual que habían aprendido, solo el 12% de las niñas tenía la intención de hablar sobre el programa de salud sexual con sus padres. La madre es con quien el adolescente habla más sobre temas sexuales, sin embargo, los padres pueden proporcionar información importante sobre la salud a las hijas cuando aprovechan esta oportunidad. (29)

Las ETS, incluido el VIH, es más probable que ocurra entre las niñas con parejas masculinas que con las parejas femeninas. Es importante que los esfuerzos de intervención se centren no solo en las niñas, sino también en los adolescentes varones, especialmente en los jóvenes pertenecientes a minorías que corren un riesgo desproporcionado de infección por el VIH. (29)

Los resultados demuestran que el programa era factible de administrar en un entorno escolar y era altamente aceptable para las adolescentes. (29)

En el estudio “Addressing acritical gap in U.S. national teen pregnancy prevention programs: the acceptability and feasibility of father-based sexual and reproductive health interventions for Latino adolescent males”. El aceptar una intervención de salud sexual y reproductiva basada en el padre, puede reducir las disparidades sexuales y reproductivas y aumentar el uso correcto y constante del condón entre los adolescentes latinos. (30)

La investigación relacionada con el comportamiento sexual de los adolescentes demuestra el papel influyente de los padres en retrasar el debut sexual y apoyar a los adolescentes sexualmente activos para hacer un uso efectivo de la anticoncepción. (30)

El proceso de crianza, como la comunicación, el monitoreo y la supervisión, y la calidad general de las relaciones son mecanismos específicos mediante los cuales los padres ejercen su influencia protectora sobre el bienestar de los adolescentes y la reducción del riesgo sexual. En el caso del padre y el hijo puede tener importantes implicaciones en la promoción de la salud para la toma de decisiones sexuales masculinas de adolescentes latinos y, potencialmente, reducir aún más las disparidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes latinos. (30)

Las 30 parejas de padres e hijos latinos que participaron en este estudio, participaron en entrevistas semiestructuradas grabadas en audio. Para fines de análisis, cada entrevista individual fue transcrita por investigadores bilingües. (30)

Los principales hallazgos de este estudio indican que; los padres latinos tienen un gran impacto en la toma de decisiones sexuales masculinas de adolescentes latinos; y que los padres latinos pueden influir en sus hijos a través de importantes procesos paternos como la comunicación, el modelado de roles, el monitoreo y la supervisión, y la socialización de la identidad masculina; además los padres como sus hijos adolescentes consideran que las intervenciones de salud sexual y reproductiva entre padres e hijos son aceptables y factibles. (30)

En el caso de los padres hablaron sobre cómo su relación general con sus hijos era un aspecto importante del mantenimiento de la influencia paterna para facilitar la orientación de apoyo. Los hijos adolescentes informaron que una relación más fuerte con su padre los ayudaría a tomar mejores decisiones sobre el comportamiento sexual. Los hijos varones informaron que la participación emocional paterna les permitió sentirse cómodos buscando el consejo de sus padres sobre cómo enfrentar las dificultades de la adolescencia. Facilitando una mayor comunicación. (30)

Los adolescentes y los padres estuvieron de acuerdo en que la comunicación sobre el sexo, el rol que ejemplifica el significado de ser hombre y la participación continua en la vida diaria de su hijo son mecanismos paternos específicos clave para apoyar la toma de decisiones y el comportamiento sexual de adolescentes sanos. (30)

Los padres en su mayoría están de acuerdo con sus hijos e identificaron la importancia de la comunicación padre-hijo sobre el sexo como importante. Sin embargo, aunque los padres y los hijos estuvieron de acuerdo en que los padres desempeñan un papel importante en el comportamiento sexual de sus hijos, la falta de preparación y la sensación de incomodidad limitaron la capacidad de los padres para comunicarse efectivamente con sus hijos. Los padres en este estudio informaron que eran reacios a hablar con sus hijos sobre aspectos específicos del sexo, como el uso correcto y constante del condón. Más bien, los padres tendían a verbalizar su desaprobación del comportamiento sexual de sus hijos o transmitían mensajes vagos con respecto a la importancia de usar un condón, pero ofrecían poca orientación específica a sus hijos adolescentes sobre cómo podían usar un condón correctamente y en todo momento. (30)

En el estudio un padre menciono: “Me avergüenza admitir que realmente no sé qué decirle a mi hijo sobre los condones o el sexo. Le digo que no lo haga o que use un condón si lo hace. Pero me gustaría saber cómo podría enseñarle a usar un condón de la manera correcta. Yo mismo, necesito aprender cuál es el camino correcto”. (30)

Los padres tienen un aprendizaje efectivo para enseñar a sus hijos sobre las consecuencias de una conducta sexual de riesgo. Sus hijos informaron que esta revelación les ayudó a comprender mejor y considerar el impacto potencial del comportamiento sexual de riesgo y el embarazo no planificado. (30)

Los hijos también expresaron sentirse más cómodos discutiendo el sexo orgánicamente durante este tiempo juntos y respetando los puntos de vista de sus padres y queriendo que sus padres brinden orientación específica. (30)

Los padres moldearon las nociones de masculinidad de sus hijos adolescentes al resaltar el papel del hombre como proveedor familiar. Al trabajar duro para apoyar financieramente a sus familias, los padres sintieron que estaban modelando aspectos positivos de la masculinidad, como la responsabilidad masculina de la familia. La mayoría de los padres consideraron este modelo de conducta como una motivación para que sus hijos tomen decisiones saludables en el presente con el fin de mantener a sus futuras familias. (30)

La mayoría de los padres latinos estuvieron de acuerdo en que la supervisión paterna era ventajosa para la toma de decisiones de salud sexual y reproductiva del adolescente. Los padres informaron que, si bien las madres eran las que normalmente desempeñaban el papel principal en la atención médica de sus hijos, los padres indicaron que también les brindaban orientación sobre el sexo a sus hijos cuando sentían que estaban preparados para hacerlo. (30)

Los adolescentes informaron que querían recibir mayor orientación sobre la mejor manera de evitar la paternidad de los adolescentes cuando existen métodos sexualmente activos y efectivos para prevenir las ETS, incluido el VIH. “Los resultados resaltan el potencial para que los padres latinos desempeñen un papel crucial en el desarrollo sexual y la toma de decisiones de los adolescentes varones. Es importante destacar el hecho de que los padres latinos, de hecho, buscan influir en la salud sexual y reproductiva de sus hijos adolescentes a través de una serie de procesos de crianza paternos específicos que incluyen la comunicación padre-hijo, el modelo de rol del padre y la supervisión y supervisión del padre de su hijo adolescente. (30)

Los padres latinos desean recibir mayor capacitación y apoyo para desarrollar habilidades y conocimientos efectivos sobre la mejor manera de apoyar la salud sexual y reproductiva de sus hijos adolescentes. Se incluirán intervenciones dirigidas a las díadas de padres e hijos latinos. Sin embargo, para aumentar la probabilidad de su eficacia, las intervenciones requerirán que los padres latinos que reciban contenido de intervención específico que fomente su propio conocimiento y desarrollo de habilidades. (30)

La comunicación efectiva sobre temas específicos, como el uso correcto y constante del condón y la mejor manera de evitar los embarazos no planificados, las ETS y el VIH, son temas que los hombres adolescentes desean entender mejor. Los padres latinos representan un recurso para influir en la toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva masculina de adolescentes latinos. (30)

JUSTIFICACION

La población mundial estimada es de 7200 millones de personas de las cuales 17.5% tiene entre 15 y 24 años y el 10.0% de estos jóvenes presenta un embarazo lo que equivale al 10% de todos los nacimientos del mundo, quiere decir que aproximadamente 15 millones de mujeres de 15-19 años tienen un parto cada año.

La mortalidad materna del grupo de 15 a 19 años tiene gran importancia, en los países en desarrollo duplica al compararse con los de la edad de 20 a 34 años, en México la mortalidad en las madres menores de 24 años es del 33%.

Las consecuencias psicosociales y culturales del embarazo adolescente no solo son problemas sociales, económicos, educacionales, si no también es un problema de relación familiar, son un problema de gran **Magnitud** que deben de ser estudiados con la finalidad de abordar esta problemática y tener en cuenta para promover acciones de prevención y control de este problema.

Los adolescentes son un grupo de alta **Vulnerabilidad** ya que se encuentran con falta de orientación sobre métodos de planificación familiar, tabúes que condenan la regulación de la fecundidad, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, disfunción familiar, bajo nivel socioeconómico en la mayoría de los casos, estrés, toxicomanías, baja escolaridad.

Fue conveniente realizar el presente estudio para conocer el factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes en nuestra unidad de medicina familiar n. 13, es **trascendente** identificar el principal factor en nuestra población de estudio para que en base a los resultados se puedan establecer estrategias para disminuir el embarazo en las adolescentes y así mismo reducir el riesgo del binomio, siendo nuestro estudio significativo para poder mejorar la calidad de vida de nuestras adolescentes y que tengan mejores oportunidades tanto laborales y escolares, como en su propio cuidado de la salud.

La presente investigación es **viable y factible** ya que fue llevado a cabo con recursos humanos con dos investigadores, el instrumento de estudio la encuesta exprofeso y método Graffar Méndez, se aplicó a las adolescentes embarazadas de

10 a19 años derechohabientes que acudieron a recibir control prenatal a la unidad de medicina familiar n. 13 de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, los recursos materiales fueron aportados por el investigador.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en adolescentes en nuestra sociedad ha constituido un problema y su índice ha incrementado de forma alarmante.

Las patologías asociadas a las madres con embarazo adolescente son anemia, hipertensión, parto prematuro, bajo peso al nacer, nutrición insuficiente, elevan la posibilidad de la mortalidad materna y elevan el riesgo 2 a 3 veces la infantil.

En la adolescencia el embarazo se asocia a una desventaja escolar importante, empleos poco remunerados e insatisfactorios, representa riesgos y conflictos según la cultura y estrato sociocultural, el embarazo tendrá un impacto determinante en su relación psicosocial posterior de la adolescente, por lo que es importante disminuir la incidencia de embarazos en pacientes adolescentes, por lo que nos genera la siguiente pregunta: ¿cuál es el principal factor relacionado con el embarazo en adolescentes de la UMF N. 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Se Identificó el principal factor relacionado con las pacientes embarazadas adolescentes adscritas a la unidad de medicina familiar n.13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Se identificó los factores sociales (información de métodos anticonceptivos, menarca, edad de inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, amigos, medios de comunicación), en las pacientes embarazadas adolescentes que acuden a la UMF N. 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Se conoció los factores demográficos (edad, grado de escolaridad, ocupación, estado civil, religión, lugar de residencia) en las pacientes embarazadas adolescentes que acuden a la UMF N. 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Se determinó los factores familiares (condición marital de los padres, antecedente de embarazo adolescente en la madre, reacción de la familia ante el primer embarazo de la adolescente, edad de la pareja durante la ocurrencia del embarazo, actitud materna hacia los métodos anticonceptivos, actitud de la pareja hacia los métodos anticonceptivos), en las pacientes embarazadas adolescentes que acuden a la UMF N. 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Se identificó los factores económicos (estrato socioeconómico) en las pacientes embarazadas adolescentes que acuden a la UMF N. 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

HIPOTESIS

- La falta de información de los métodos anticonceptivos es el principal factor asociado en las embarazadas adolescentes.
- El grado de escolaridad es el factor demográfico que predispone el embarazo en las adolescentes.
- La condición marital de los padres es el factor familiar relacionado con las adolescentes embarazadas.
- El estrato económico bajo es el factor económico relacionado con las adolescentes embarazadas.

MATERIAL Y METODOS.

Diseño del estudio: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, con características analítico.

Lugar de estudio: Unidad de Medicina Familiar N.13 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Población del estudio: Pacientes embarazadas adolescentes de 10 a 19 años derechohabientes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N.13, de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Período de estudio: En el período de 01 de abril 2018- 01 de diciembre 2019

Período de recolección de datos: 26 de marzo 2019 al 30 de junio 2019.

Tipo de muestreo: No probabilístico por conveniencia.

Tamaño de muestra: 105 pacientes embarazadas adolescentes derechohabientes de 10 a 19 años de edad, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N.13.

Instrumento de estudio:

La herramienta de recolección fue la encuesta exprofeso mediante la cual se recaudaron los siguientes datos: Factores sociales, factores demográficos, factores familiares y para conocer el nivel socioeconómico se aplicó el instrumento de Graffar-Méndez Castellano, tiene una sensibilidad y especificidad del 84%. El resultado de alfa-cronbach es igual a 0.867. El instrumento se utiliza para la estratificación social, partiéndose de un método compuesto de variables cualitativas y cuantitativas, con algunas modificaciones del Dr. Méndez clasificándolo en cuatro variables: Profesión del jefe o jefa de familia; Nivel de instrucción de la madre; Principal fuente de ingreso de la familia y tipo de vivienda. A cada una de estas variables, se le asigna una puntuación, de acuerdo con las diferentes alternativas de respuesta o indicadores y, luego se suman esos puntos para ubicar a la familia en un estrato, según una escala que varía entre 4 y 20, se

considera estrato I: 4-6 puntos, estrato II: 7-9 puntos, estrato III: 10 a 12 puntos, estrato IV:13-16 puntos, estrato v: 17-20 puntos.

Criterios de selección.

Criterios de inclusión:

1. Embarazadas adolescentes de 10-19 años de edad.
2. Embarazadas adolescentes que son derechohabientes de la UMF N.13 Tuxtla Gutiérrez Chiapas.
3. Que aceptaron participar en el estudio.
4. Que firmaron el consentimiento informado y la carta de asentimiento.

Criterios de exclusión:

- 1.- Pacientes que no eran derechohabientes de umf 13, Tuxtla Gutiérrez Chiapas.
- 2.-Pacientes que no contaron con familiares para la firma de la carta consentimiento y de asentimiento informado.

Criterios de eliminación:

- 1.- Encuestas incompletas o mal requisitadas.

Análisis estadístico:

Se utilizó para la captura de datos el programa SPSS (Statistical Package for the Social Science), versión 22 en español para Windows. Pruebas paramétricas: medidas de tendencia central, porcentajes, medias. Los resultados se presentaron en gráficas y tablas de frecuencia.

PROCEDIMIENTO

El presente estudio se sometió a revisión por el Comité Local de Investigación N.703 y por el Comité Local de Ética en Investigación en Salud N. 7038 de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 de Tuxtla, Gutiérrez, Chiapas. El cual fue aceptado con registro numero R-2019-703-022 al Sistema de Registro Electrónico del Comité de Investigación (SIRELCIS). Se solicitó autorización al director de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 para poder aplicar encuestas a los derechohabientes a quienes se explicó ampliamente los motivos y objetivos del estudio, otorgándoles para firma de su autorización el consentimiento y asentimiento informado. El investigador realizó las preguntas y el derechohabiente participante contestó la encuesta de acuerdo a las respuestas dadas, explicándole ampliamente las dudas que presentaron.

Al término de aplicar la encuesta el investigador explicó a los pacientes el resultado sobre los principales factores relacionados con el embarazo en adolescentes, por lo que brindó orientación sobre métodos de planificación familiar, la buena comunicación que deben tener con los padres, los padres mismos deben tener el conocimiento adecuado de los métodos anticonceptivos para brindar mejor información a sus hijas, las consecuencias que puede tener el binomio en el embarazo adolescente, finalmente se sugirió a las pacientes acudir a los servicios correspondientes de la unidad de Medicina Familiar N.13, para que en los embarazos posteriores tengan una planeación adecuada, mayor conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos para una mejor calidad de vida al binomio. No se solicitó nombre ni número de seguro social para guardar la confiabilidad y anonimato de cada paciente.

Para el análisis e interpretación de las encuestas, se realizó la captura de los resultados en el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), mediante estos resultados realizó un análisis y se describen propuestas de mejora en beneficio de los derechohabientes.

VARIABLES:

Variables dependientes:

1.-Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes.

Variables independientes:

1. Métodos anticonceptivos
2. Menarca
3. Edad de inicio de la vida sexual
4. Número de parejas sexuales
5. Influencia de amigos
6. Medios de comunicación
7. Edad
8. Grado de escolaridad
9. Ocupación
10. Estado civil
11. Religión
12. Lugar de residencia
13. Condición marital de los padres
14. Antecedente de embarazo adolescente de la madre
15. Edad de la pareja durante la ocurrencia del embarazo
16. Actitud materna hacia el conocimiento de los métodos anticonceptivos
17. Actitud de la pareja hacia el conocimiento de los métodos anticonceptivos
18. Estrato socioeconómico

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTO	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes	Elemento principal que influye en la decisión de la adolescente para embarazarse.	El elemento que más se observa en el instrumento de medición utilizado (Graffar Méndez-castellano) que influye en la decisión de la adolescente para embarazarse.	Cualitativa Ordinal	a) Factor Social b) Factor Demográfico c) Factor familiar d) Factor económico

VARIABLES INDEPENDIENTES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTO	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Métodos anticonceptivos	Es la metodología que impide o reduce la posibilidad de manera temporal y reversible	la Cuestionamiento sobre que método de planificación ha utilizado	Cualitativa ordinal	a) Condón b) Hormonal oral c) Hormonal inyectable d) Diu e) Parche f) Implante g) Ninguno

	que ocurra un embarazo al mantener relaciones sexuales			
Menarca	Es la primera menstruación que tiene la mujer que sucede entre los 10 y 16 años.	se interroga a cerca de la primer fecha que inicio su menstruación	Cuantitativa discreta	<ul style="list-style-type: none"> a) 10-12 años b) 13-14 años c) 15 o más años
Edad de inicio de vida sexual	Edad en la que se inicia la actividad coital	Número de años en la que la adolescente inicia su actividad coital	Cuantitativa discreta	<ul style="list-style-type: none"> a) 13 o menos años b) 14-15 años c) 16-17 años d) 18-19 años
Número de parejas sexuales	Número de parejas con las que ha tenido relación sexual	Número de parejas con las que la adolescente ha tenido relaciones coitales	Cuantitativa discreta	<ul style="list-style-type: none"> a) 1 b) 2-3 c) 4 o mas
Influencia de Amigos	Relación afectiva entre dos o más personas	Amigos con los que se relaciona la adolescente y que pueden influir en sus decisiones	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> a) Si influyeron b) No influyeron
Medios de comunicación	Fuentes de información	Medios donde la adolescente	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> a) Radio b) Televisión

	personas, máquinas, aparatos	obtiene información de los métodos anticonceptivos		c) Internet d) escuela
Edad	Se refiere a la edad actual que se tiene en años desde el nacimiento	Número de años de la adolescente	Cuantitativa Discreta	a) 10-19 años
Grado de escolaridad	Periodo de tiempo durante el cual se asiste a la escuela	Grado de estudios	Cualitativa ordinal	a) Primaria b) Secundaria c) Bachillerato o prepa
Ocupación	El empleo el trabajo asalariado, al servicio de un empleador.	Ocupación con remuneración económica.	Cualitativa ordinal	a) Estudiante b) Empleado c) Ama de casa d) Obrero e) otro
Estado civil	Situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones familiares	Situación civil de la persona al momento del registro	Cualitativa ordinal	a) Soltera b) Casada c) Unión libre
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad y de prácticas rituales	Creencias grupales acerca de la divinidad con las que se identifica cada individuo	Cualitativa ordinal	a) Católica b) Cristiana c) evangelista d) Ninguna
Lugar de	Lugar donde	Lugar donde el	Cualitativa	a) Urbana

residencia	habita	paciente habita y tiene su residencia	Nominal	b) semiurbana
Condición marital de los padres	Del marido de la vida conyugal o relativa a ello	La forma de convivencia en la que viven los padres	Cualitativa ordinal	a) Unión libre b) casados c) Divorcio d) Separación e) Viudez
Antecedente de embarazo adolescente en la madre	Antecedente de madre con embarazo en adolescencia	Se interrogo si su progenitora se embarazo en su adolescencia	Cualitativa Nominal	a) Si b) No
Edad de la pareja durante la ocurrencia del embarazo	Cantidad de años que un ser humano ha vivido desde su nacimiento	Número de años de la pareja	Cuantitativa Discreta	a) 13 o menos años b) 14-15 años c) 16-17 años d) 18- 19 años e) 20 o más años
Actitud materna hacia el conocimiento de los métodos anticonceptivos	Comportamiento que emplea un individuo, su forma de ser o el comportamiento de actuar	Comportamiento que toma la madre hacia los métodos anticonceptivos	Cualitativa ordinal	a) Bueno b) Malo c) Ignora (falta de conocimiento)
Actitud de la pareja hacia el conocimiento de los métodos	Comportamiento que emplea un individuo, su forma de ser o	Comportamiento que la pareja tiene sobre el uso de métodos	Cualitativa Nominal	a) Desconoce métodos b) No le gusta usarlos

anticonceptivos	el comportamiento de actuar	anticonceptivos		
Estrato socioeconómico	Segmentación del consumidor y las audiencias que definen la capacidad económica y social de un hogar según el método de Graffar	Capacidad para acceder a un conjunto de bienes y estilo de vida de un hogar	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> a) 1.- estrato alto b) 2.- estrato medio alto c) 3.- estrato medio bajo d) 4.- obrero e) 5.- marginal

RECURSOS FINANCIAMIENTO, FACTIBILIDAD

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Asesor metodológico
- ✓ Investigador
- ✓ Encuestados

MATERIALES

- ✓ Computadora
- ✓ Impresora
- ✓ Instrumento de recolección de datos
- ✓ Hojas blancas
- ✓ Lápices con goma
- ✓ Engrapadora
- ✓ Cinta métrica
- ✓ Calculadora

FINANCIEROS

- ✓ Propios del investigador.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo de investigación se apegó al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y a las normas éticas. Tomando en cuenta lo establecido en el título segundo “de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, en materia de investigación para la salud en México (SSA 2018), los resultados obtenidos fueron confidenciales y se protegió la privacidad de cada participante en este estudio.

Se sometió a evaluación por el Comité Local de Investigación en Salud no. 703 y por el Comité Local de Ética en Investigación en Salud No. 7038 de la Unidad de Medicina Familiar N.13 de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde se confirmó su viabilidad y realización.

La presente investigación se clasificó como investigación sin riesgo de acuerdo a lo establecido en el capítulo I Disposiciones comunes, Artículo 17 Párrafo 1. De acuerdo al Artículo 23 del mismo Reglamento de la Ley General de Salud: “En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado”. Sin embargo, el presente estudio es con mujeres adolescentes embarazadas de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud menciona en el apartado de investigación en mujeres embarazadas, Artículo 45 “las investigaciones en mujeres embarazadas, cuyo objetivo sea obtener conocimientos generalizables sobre el embarazo deberán presentar un riesgo mayor al mínimo para la mujer, el embrión o el feto”, por lo que se obtuvo el consentimiento informado y la carta de asentimiento por tratarse de pacientes adolescentes, firmado por el paciente y el cónyuge.

El proyecto se realizó tomando en cuenta el respeto a los derechos de privacidad de la información obtenida de cada participante, el cuestionario se aplicó de forma

directa y confidencial sin necesidad de solicitar datos personales tales como nombre, dirección, teléfono y estado civil.

Previo a la aplicación del cuestionario se proporcionó una explicación rápida, clara y precisa del contenido de la encuesta, el objetivo del estudio y la importancia que tienen los resultados, aclarando las dudas que surgieron y dando respuesta a cada una de ellas, además se explicó que contaban con la libertad de retirarse del estudio en el momento que decidieran sin tener repercusiones en su atención en los diferentes servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Este proyecto se basó en los principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM); "Guía de recomendaciones para los médicos biomédica en personas". Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975. 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983. 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989. 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996. 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000. Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002. Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

RESULTADOS

Se realizó el estudio titulado “Factor principal relacionado con el embarazo en las adolescentes adscritas a la UMF N. 13, de Tuxtla Gutiérrez Chiapas”, a 105 derechohabientes que son el total de embarazadas adolescentes, que acudieron al servicio de consulta externa, quienes participaron de manera voluntaria con previa firma de consentimiento y asentimiento informado encontrándose los siguientes resultados:

ANALISIS UNIVARIADO.

A) Factores sociales

Información de métodos anticonceptivos

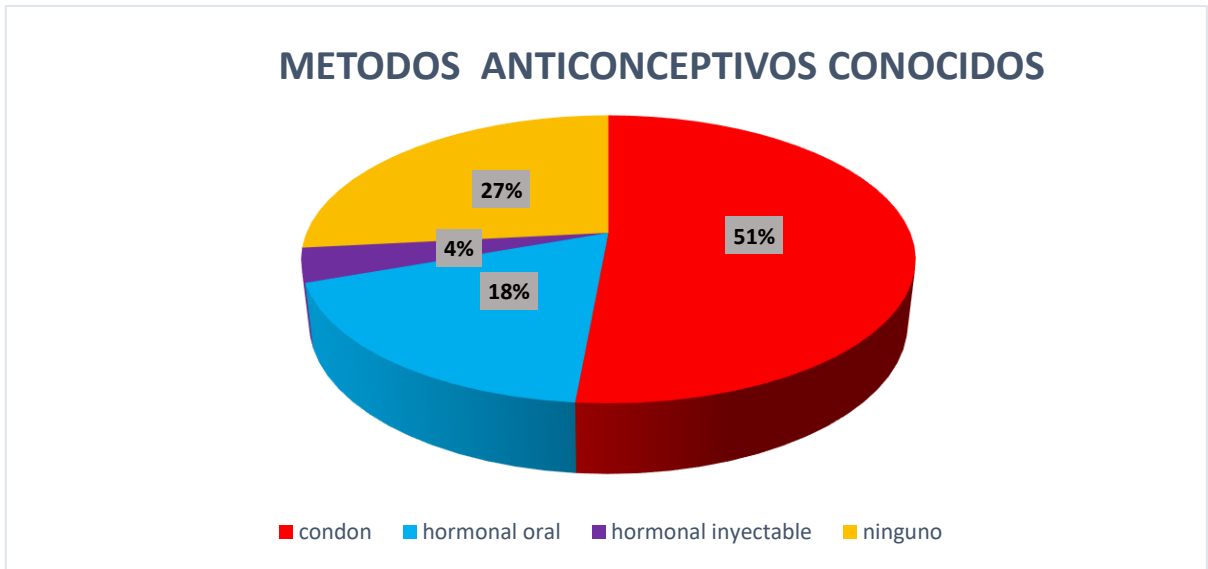
El 51.4% del total de las pacientes encuestadas el condón es el método anticonceptivo que más conocen. Seguido de que el 28% de los encuestados reportan que no conocen ningún método de planificación familiar. El 18.1% refieren conocer el anticonceptivo hormonal oral. El anticonceptivo hormonal inyectable fue el menos frecuente encontrando 4 pacientes que representa el 3.8% del total de pacientes. (Tabla 1)

TABLA 1.- INFORMACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.

METODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCIDOS				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
condón	54	51.4	51.4	51.4
hormonal oral	19	18.1	18.1	69.5
hormonal inyectable	4	3.8	3.8	73.3
ninguno	28	26.7	26.7	100.0
Total	105	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta “Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”.

GRAFICO 1.- INFORMACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.



Fuente: Encuesta "Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas".

Menarca

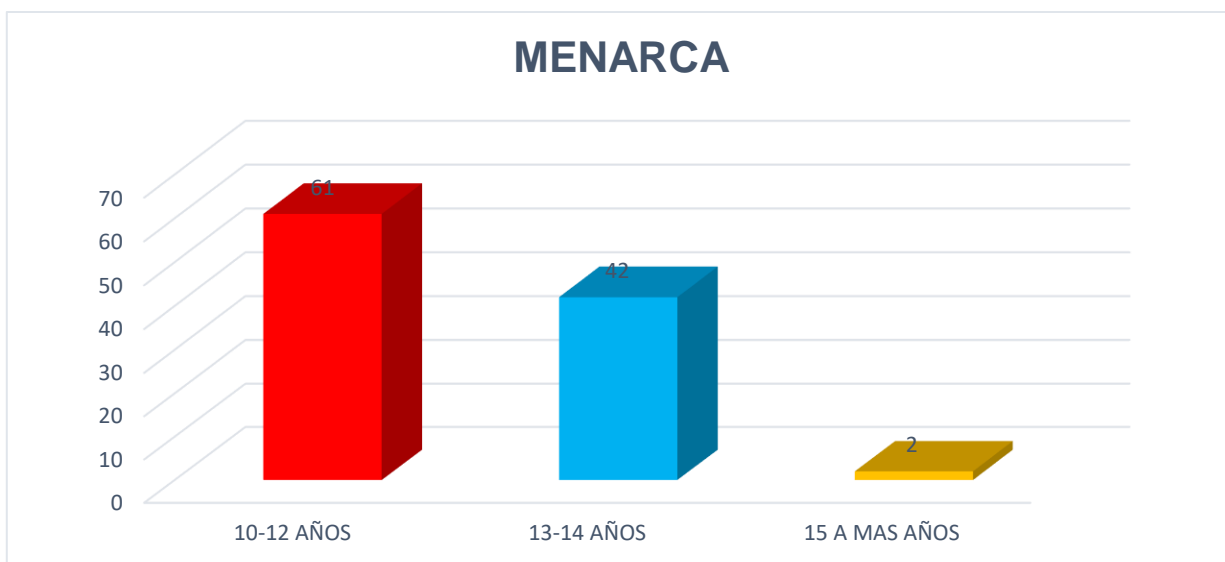
El 58.1% de las pacientes encuestadas presentaron la menarca a los 10 a 12 años de edad. Seguido del 40% de las encuestadas que reportan de 13 a 14 años de edad. a la edad de 15 a más años, fue el menos frecuente encontrando 2 pacientes que representa el 1.9% del total de pacientes. (Tabla 2).

TABLA 2.- MENARCA.

MENARCA				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
10-12 AÑOS	61	58.1	58.1	58.1
13-14 AÑOS	42	40.0	40.0	98.1
15 A MAS AÑOS	2	1.9	1.9	100.0
Total	105	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta "Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas".

GRAFICO 2.- MENARCA.



Fuente: Encuesta “Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”.

Edad de inicio de vida sexual

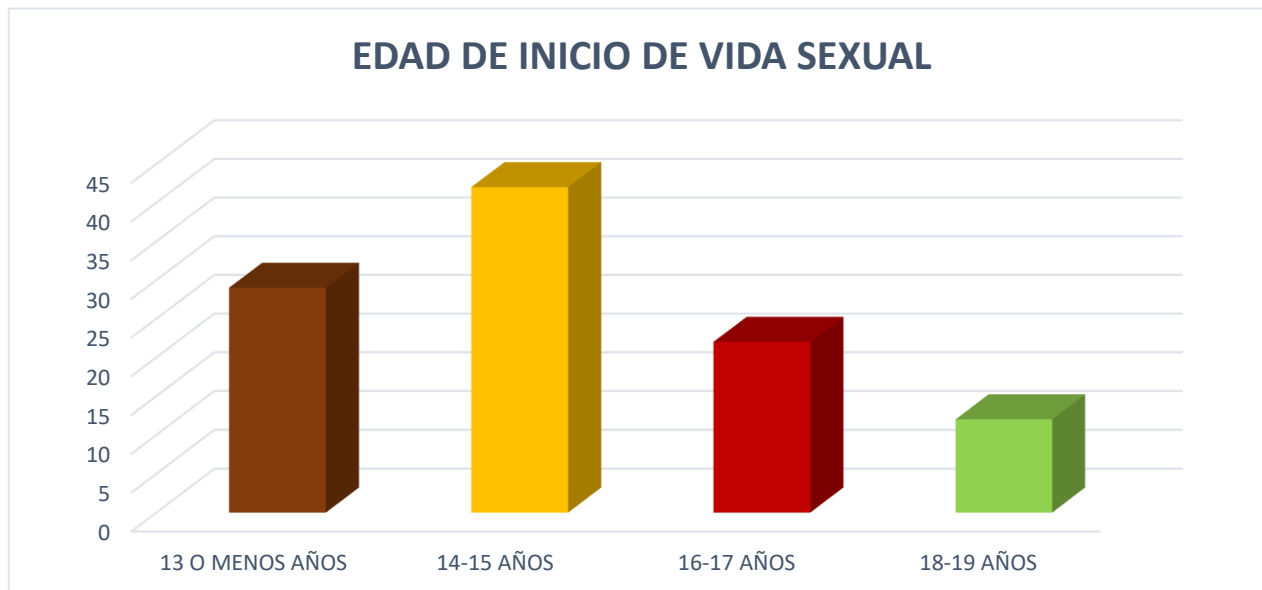
Referente a la edad de inicio de vida sexual de las pacientes, el 40% iniciaron vida sexual de 14-15 años. Seguido del 27.6% de las encuestadas de 13 años o menos. El 21% de entre 16 a 17 años y finalmente el menos frecuente 11.4% iniciaron vida sexual de 18 a 19 años de edad. (Tabla 3)

EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
13 O MENOS AÑOS	29	27.6	27.6	27.6
14-15 AÑOS	42	40.0	40.0	67.6
16-17 AÑOS	22	21.0	21.0	88.6
18-19 AÑOS	12	11.4	11.4	100.0
Total	105	100.0	100.0	

TABLA 3.- EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL

Fuente: Encuesta “Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”.

GRAFICO 3.- EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL.



Fuente: Encuesta “Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”.

Número de parejas sexuales

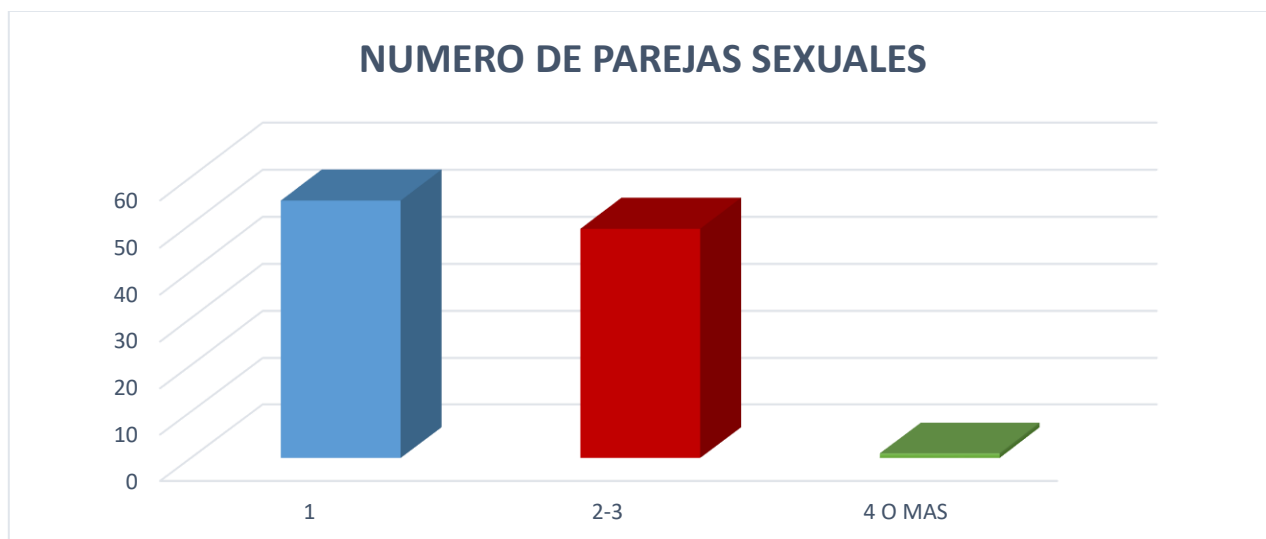
En lo que respecta al número de parejas sexuales que han tenido las pacientes encuestadas se encontró el 52.4 tuvieron 1 pareja sexual, seguido del 46.7% de 2 a 3 parejas sexuales y de 4 a más parejas sexuales fue el menos frecuente encontrando 1 paciente que representa el 4% del total de pacientes. (Tabla 4)

TABLA 4.- NUMERO DE PAREJAS SEXUALES.

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	55	52.4	52.4	52.4
2-3	49	46.7	46.7	99.0
4 O MAS	1	1.0	1.0	100.0
Total	105	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta “Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”.

GRAFICO 4.- NUMERO DE PAREJAS SEXUALES.



Fuente: Encuesta "Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas".

Influencia de Amigos en la toma de decisiones.

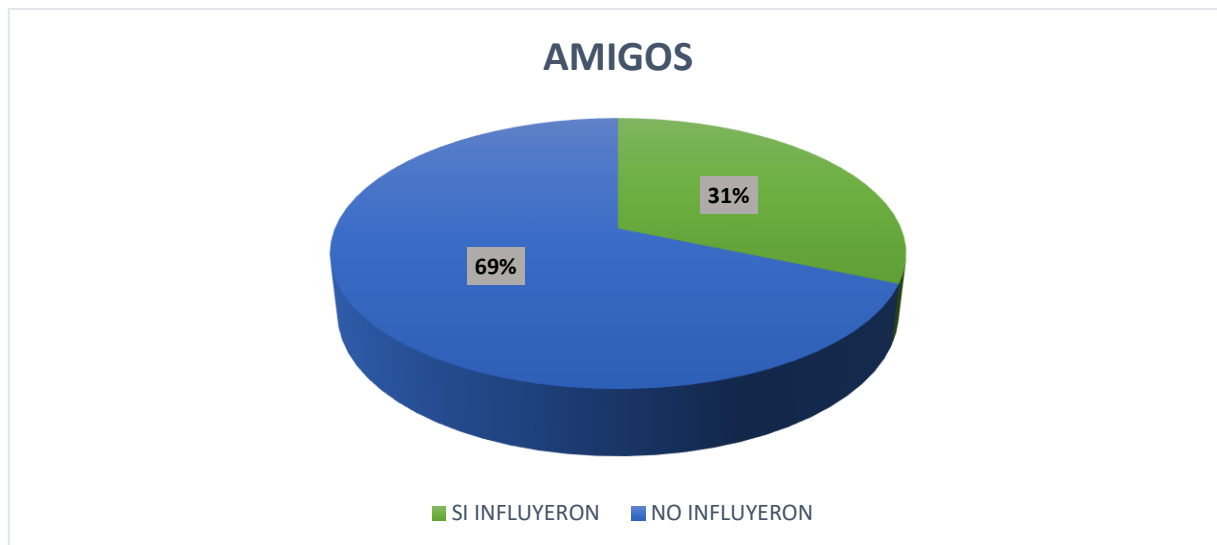
Entre las variables estudiadas se analizó la influencia que tuvieron los amigos para la decisión de la adolescente para el embarazo, en la que se encontró que el 68.6% no tuvo influencia y con menos frecuencia 33% si influyo en la toma de esta decisión. (Tabla 5)

TABLA 5.- INFLUENCIA DE AMIGOS EN LA TOMA DE DESICIONES.

		AMIGOS			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI INFLUYERON	33	31.4	31.4	31.4
	NO INFLUYERON	72	68.6	68.6	100.0
	Total	105	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta "Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas".

GRAFICO 5.- INFLUENCIA DE AMIGOS EN LA TOMA DE DESICIONES.



Fuente: Encuesta "Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas".

Medios de comunicación

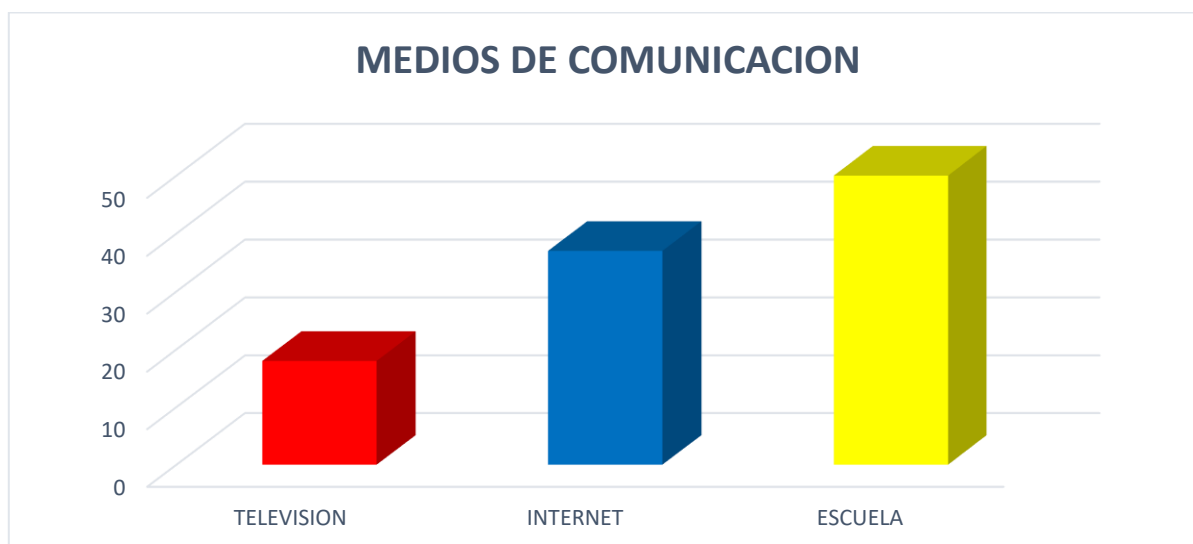
En relación a las variables medios de comunicación de donde obtuvo información la adolescente embarazada de los métodos anticonceptivos, el 47.6% del total de las pacientes encuestadas lo obtuvo de la escuela. Seguido del 35.2% de internet y la televisión fue la menos frecuente encontrando a 18 pacientes que representa el 17.15% del total de pacientes. (Tabla 6)

TABLA 6.- MEDIOS DE COMUNICACIÓN.

MEDIOS DE COMUNICACION				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
TELEVISION	18	17.1	17.1	17.1
INTERNET	37	35.2	35.2	52.4
ESCUELA	50	47.6	47.6	100.0
Total	105	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta Fuente: Encuesta "Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas".

GRAFICO 6.- MEDIOS DE COMUNICACIÓN.



Fuente: Encuesta “Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”.

B) Factores demográficos

C) Edad

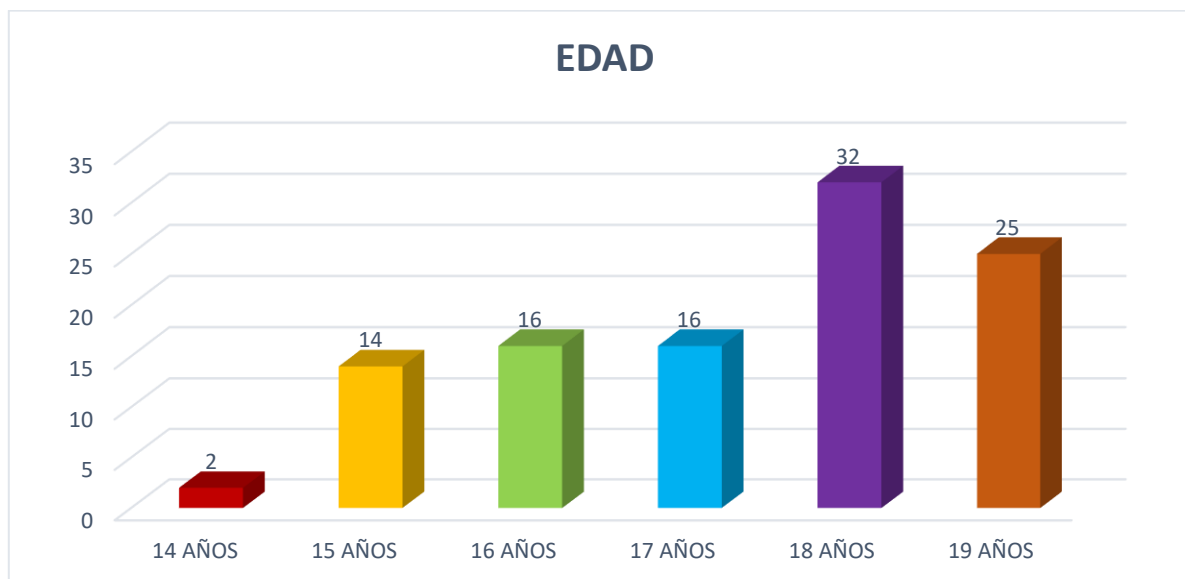
El 30.5% de las pacientes encuestadas las de 18 años son las que se encontraron con mayor frecuencia embarazadas, seguido de 23.8% que se reportan con 19 años. El 15.2% presentó el mismo porcentaje de entre 16 y 17 años. El 13.3% con 15 años y 14 años fue la edad menos frecuente embarazadas encontrando 2 pacientes que corresponden al 1.9% del total de pacientes. (Tabla 7)

TABLA 7.- EDAD.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
14 AÑOS	2	1.9
15 AÑOS	14	13.3
16 AÑOS	16	15.2
17 AÑOS	16	15.2
18 AÑOS	32	30.5
19 AÑOS	25	23.8
Total	105	100.0

Fuente: Encuesta “Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”.

GRAFICO 7.- EDAD.



Fuente: Encuesta “Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”.

Grado de escolaridad

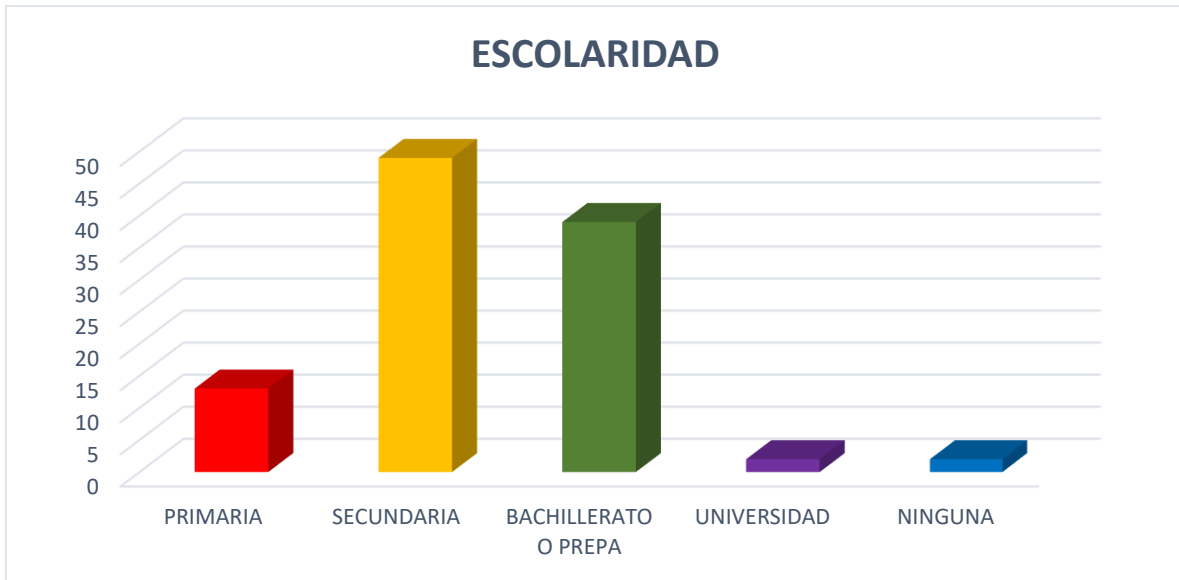
El 46.7% del total de las pacientes encuestadas la secundaria es el grado de escolaridad más frecuente, seguido de que el 37.1% de las encuestadas reportan haber estudiado el bachillerato o preparatoria. El 12.4% refieren haber estudiado solamente la educación primaria. La universidad y el no haber tenido ningún tipo de estudio son el menos frecuente y corresponde a 2 pacientes respectivamente que representa el 1.9% del total de pacientes. (tabla 8)

TABLA 8.- GRADO DE ESCOLARIDAD.

ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA	13	12.4
SECUNDARIA	49	46.7
BACHILLERATO O PREPA	39	37.1
UNIVERSIDAD	2	1.9
NINGUNA	2	1.9
Total	105	100.0

Fuente: Encuesta “Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”.

GRAFICO 8.- GRADO DE ESCOLARIDAD.



Fuente: Encuesta “Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”.

Ocupación

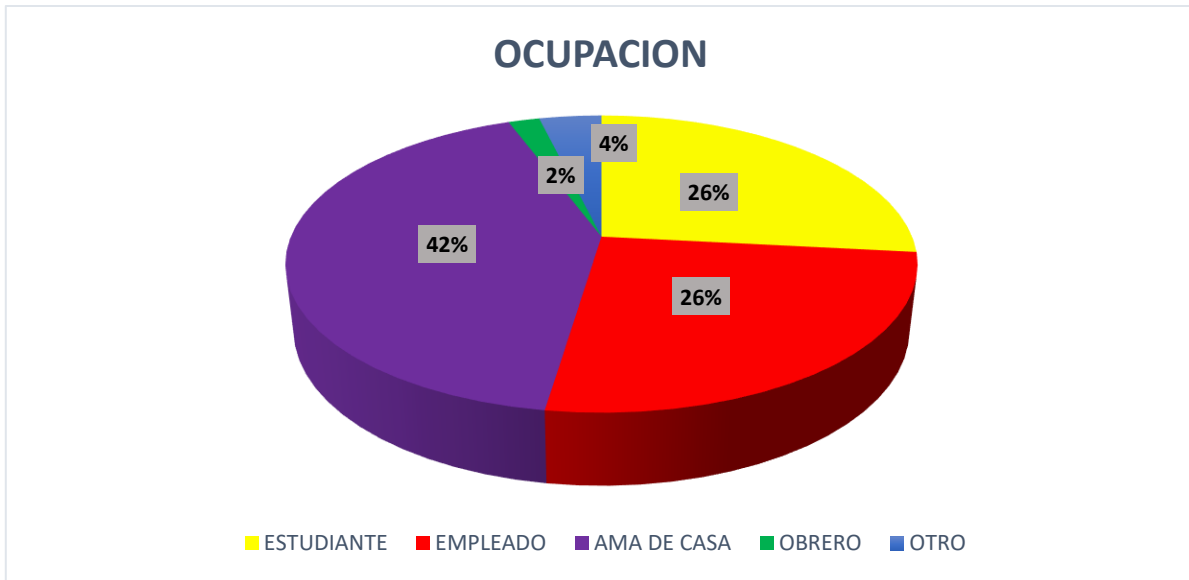
En lo que respecta la ocupación de las embarazadas adolescentes se encontró que el 41.9% es ama de casa. Seguido 26.7 % que se encuentra estudiando. El 25.7% es empleada. El 3.8 % se dedica a otras actividades y la ocupación de obrero es el menos frecuente encontrado 2 pacientes que representa al 1.9% del total de pacientes. (Tabla 9)

TABLA 9.- OCUPACION.

OCUPACION	Frecuencia	Porcentaje
ESTUDIANTE	28	26.7
EMPLEADO	27	25.7
AMA DE CASA	44	41.9
OBRERO	2	1.9
OTRO	4	3.8
Total	105	100.0

Fuente: Encuesta “Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”.

GRAFICO 9.- OCUPACION.



Fuente: Encuesta “Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”.

Estado civil

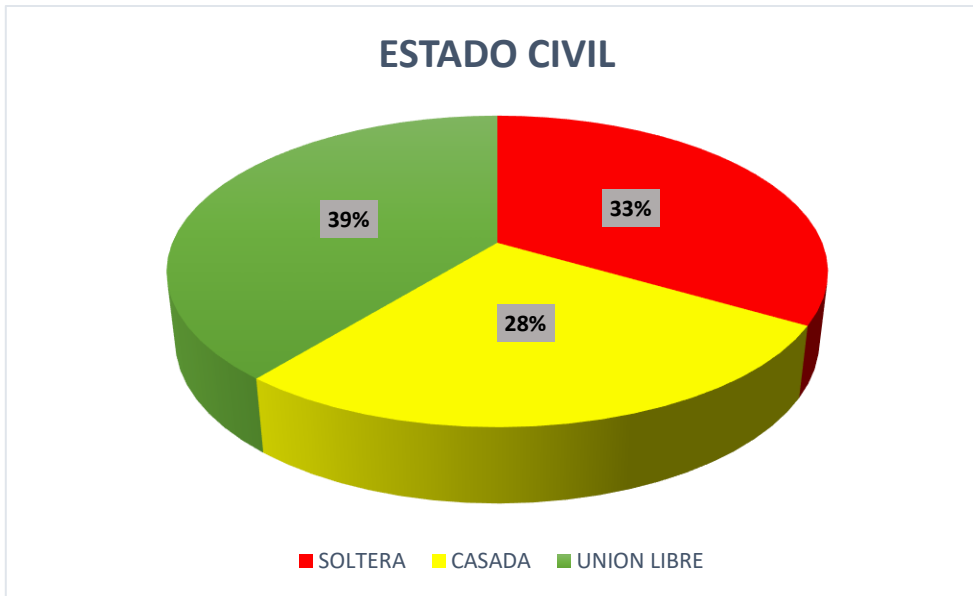
Referente a la variable estado civil se encontró que el 39% de las pacientes encuestadas se encuentran en unión libre, seguido del 33.3% que se encuentran solteras. Por último el menos frecuente es estar casada que son 29 pacientes que representa el 27.6% del total de las pacientes. (Tabla 10)

TABLA 10.- ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SOLTERA	35	33.3	33.3	33.3
CASADA	29	27.6	27.6	61.0
UNION LIBRE	41	39.0	39.0	100.0
Total	105	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta “Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”.

GRAFICO 10.- ESTADO CIVIL.



Fuente: Encuesta “Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”.

Religión

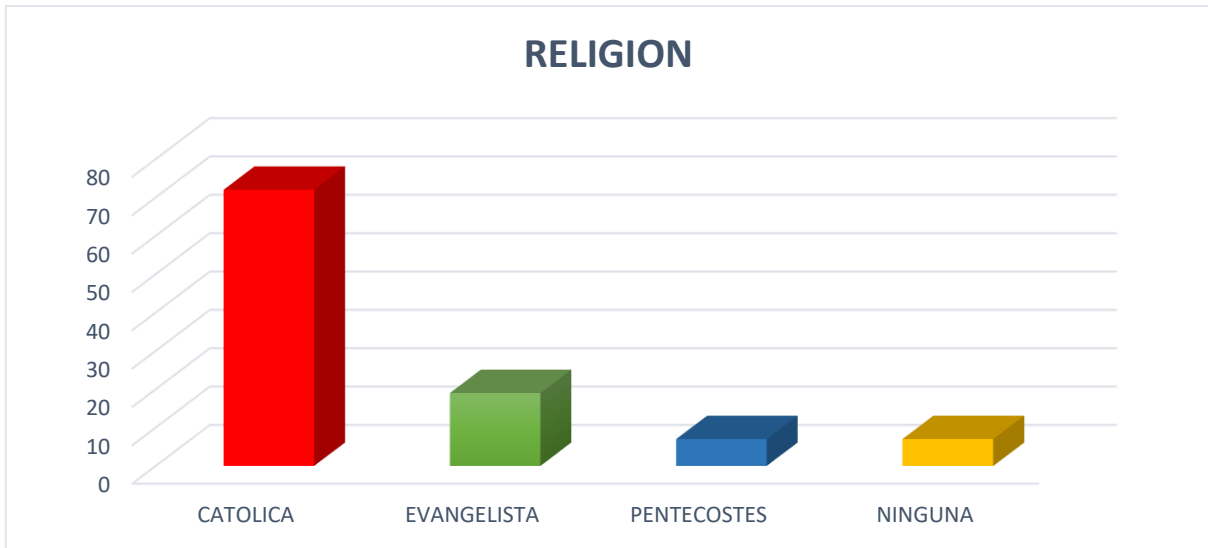
En lo que respecta a la religión se encontró que el 68.6% de la población encuestada es católica, seguido del 18.1% es evangelista. Pentecostés y no profesar ninguna religión con 7 pacientes respectivamente representan el 6.7% de la población total estudiada. (Tabla 11)

TABLA 11.- RELIGION.

RELIGION				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
CATOLICA	72	68.6	68.6	68.6
EVANGELISTA	19	18.1	18.1	86.7
PENTECOSTES	7	6.7	6.7	93.3
NINGUNA	7	6.7	6.7	100.0
Total	105	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta “Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”.

GRAFICO 11.- RELIGION.



Fuente: Encuesta "Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas".

Lugar de residencia

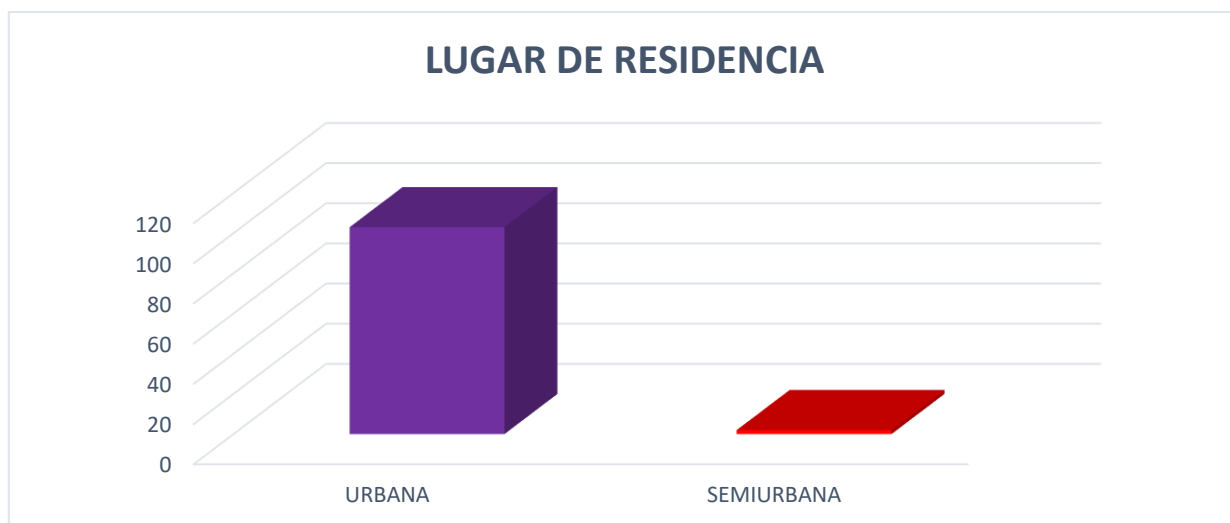
En cuanto a la variable lugar de residencia el 98.1% habitan en zona urbana. El lugar de residencia semiurbana fue el menos frecuente encontrado con un total de 2 pacientes que representa el 1.9% de la población total. (Tabla 12)

TABLA 12.- LUGAR DE RESIDENCIA.

LUGAR DE RESIDENCIA				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
URBANA	103	98.1	98.1	98.1
SEMIURBANA	2	1.9	1.9	100.0
Total	105	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta "Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas".

GRAFICO 12.- LUGAR DE RESIDENCIA.



Fuente: Encuesta “Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”.

D) Factores familiares

Condición marital de los padres

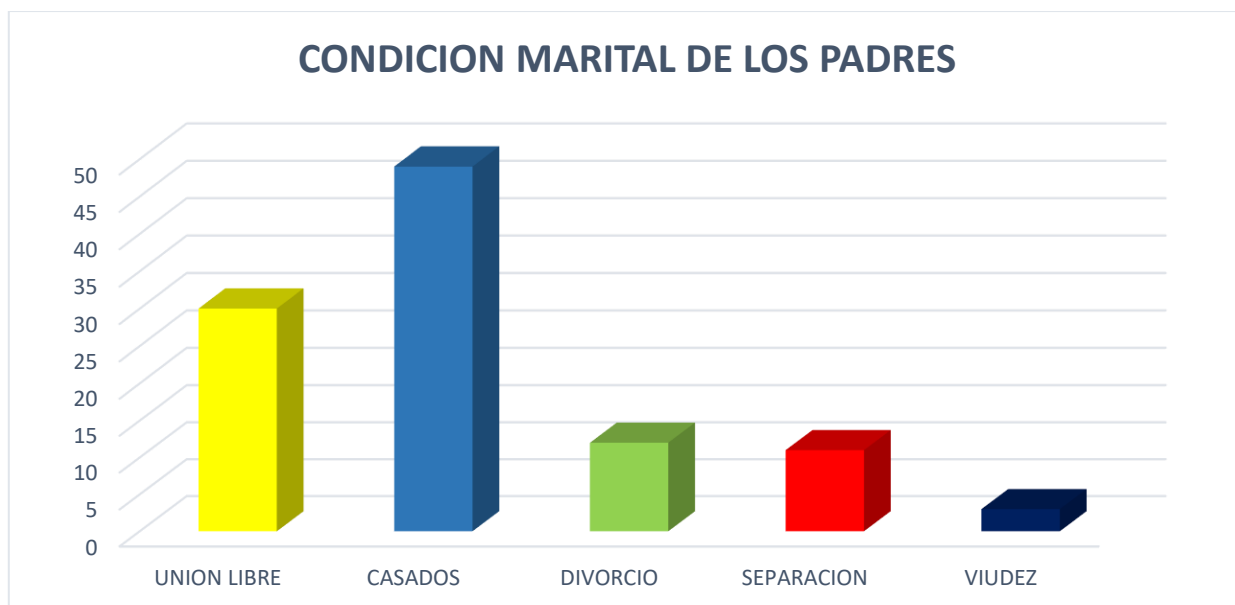
En lo que respecta a la condición marital de los padres el 46.7% se encuentran casados, seguido del 28.6% se encuentran en unión libre. El 11.4 % se encuentran divorciados. El 10.5% de encuentran separados. El de menor frecuencia es viudez que se encuentra el 2.9% de los padres de la población total de las encuestadas. (Tabla 13)

TABLA 13.- CONDICION MARITAL DE LOS PADRES.

CONDICION MARITAL DE LOS PADRES				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
UNION LIBRE	30	28.6	28.6	28.6
CASADOS	49	46.7	46.7	75.2
DIVORCIO	12	11.4	11.4	86.7
SEPARACION	11	10.5	10.5	97.1
VIUDEZ	3	2.9	2.9	100.0
Total	105	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta “Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”.

GRAFICO 13.- CONDICION MARITAL DE LOS PADRES.



Fuente: Encuesta "Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas".

Antecedente de embarazo adolescente de la madre

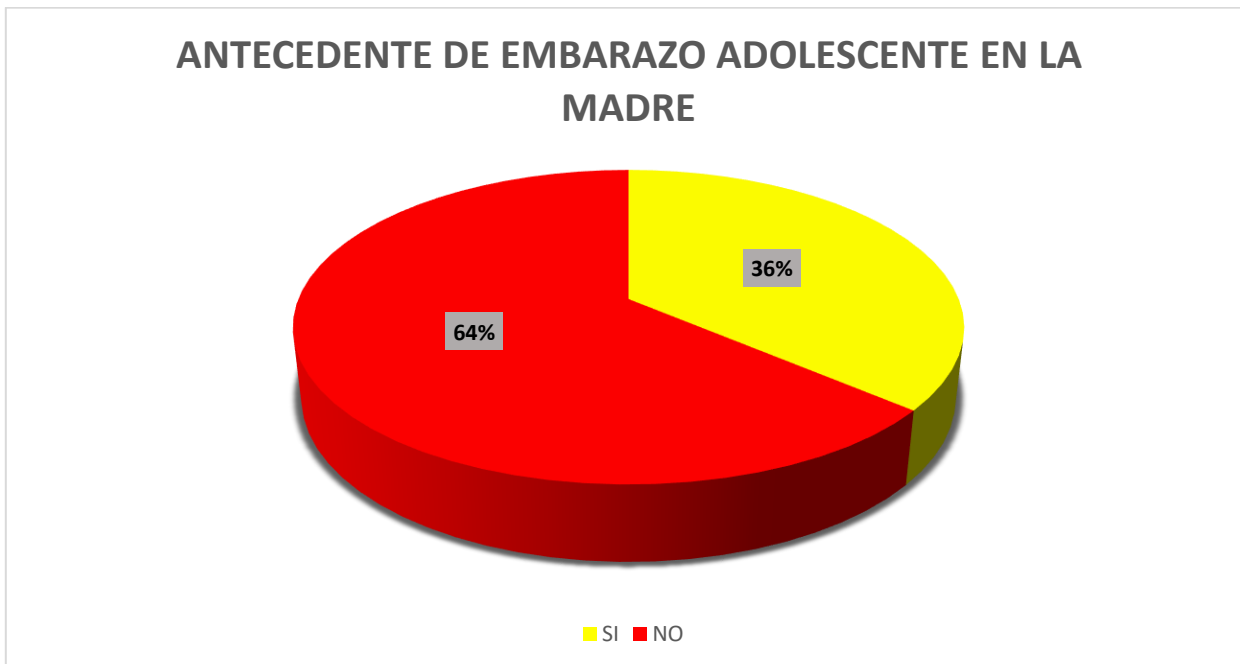
En lo que respecta a las madres de las adolescentes embarazadas, el 63.8% no tuvieron embarazo adolescente. El 36.2% si presentó un embarazo en la adolescencia de la población total encuestada. (Tabla 14)

TABLA 14.- ANTECEDENTE DE EMBARAZO ADOLESCENTE DE LA MADRE.

ANTECEDENTE DE EMBARAZO ADOLESCENTE EN LA MADRE				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	38	36.2	36.2	36.2
NO	67	63.8	63.8	100.0
Total	105	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta "Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas".

GRAFICO 14.- ANTECEDENTE DE EMBARAZO ADOLESCENTE DE LA MADRE.



Fuente: Encuesta "Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas".

Edad de la pareja durante la ocurrencia del embarazo

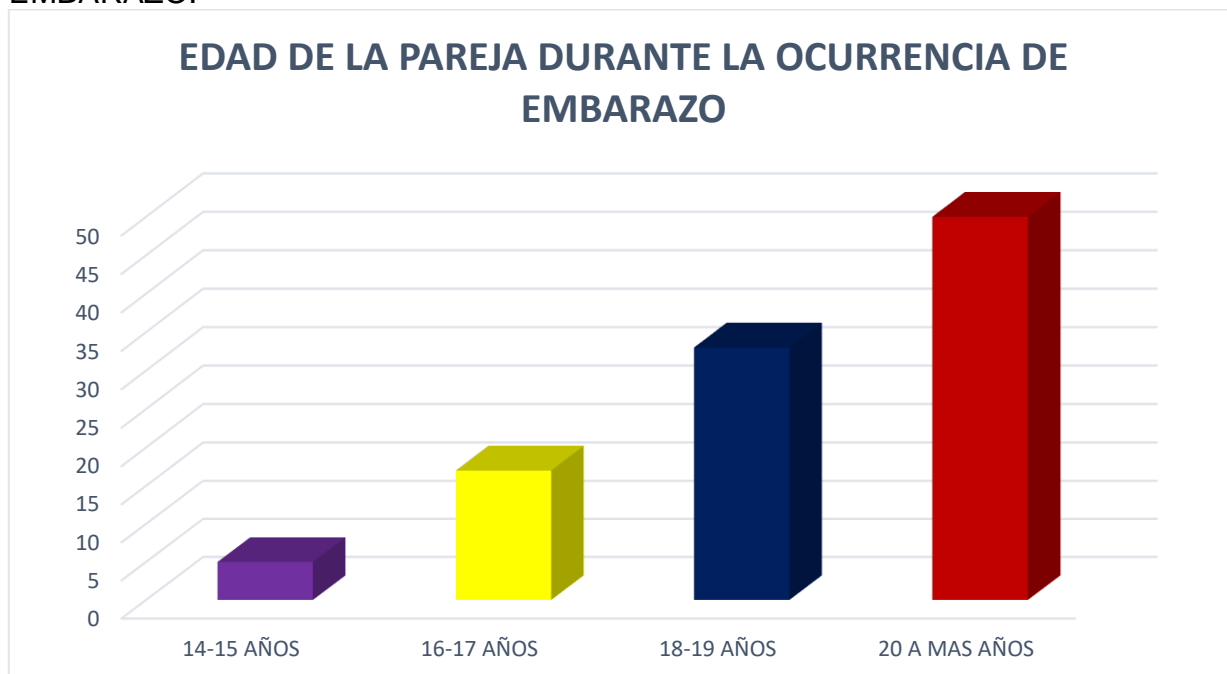
Referente a la variable edad de la pareja durante la ocurrencia del embarazo en las adolescentes encuestadas, el 47.6% corresponde a 20 a más, seguido de 31.4% que corresponde 18 a 19 años. El 16.2 % que corresponde 16 a 17 años. Con menor frecuencia 4.8% que corresponde de entre 14 a 15 años. (Tabla 15)

CUADRO 15.- EDAD DE LA PAREJA DURANTE LA OCURRENCIA DEL EMBARAZO.

EDAD DE LA PAREJA DURANTE LA OCURRENCIA DE EMBARAZO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
14-15 AÑOS	5	4.8	4.8	4.8
16-17 AÑOS	17	16.2	16.2	21.0
18-19 AÑOS	33	31.4	31.4	52.4
20 A MAS AÑOS	50	47.6	47.6	100.0
Total	105	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta "Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas".

GRAFICO 15.- EDAD DE LA PAREJA DURANTE LA OCURRENCIA DEL EMBARAZO.



Fuente: Encuesta “Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”.

Actitud materna hacia el conocimiento de los métodos anticonceptivos

En lo que respecta a la disposición que tiene la madre de la adolescente en cuanto conocimientos de los métodos anticonceptivos, el 71.4% ignora el conocimiento acerca de los métodos. Seguido del 18.1% que piensan que son buenos. El de menor frecuencia que piensan que es malo utilizarlos es el 10.5% de las madres de las adolescentes encuestadas. (Tabla 16)

CUADRO 16.- ACTITUD MATERNA HACIA LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.

ACTITUD MATERNA HACIA EL CONOCIMIENTO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
BUENO	19	18.1	18.1	18.1
MALO	11	10.5	10.5	28.6
IGNORA (FALTA DE CONOCIMIENTO)	75	71.4	71.4	100.0
Total	105	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta “Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”.

GRAFICO 16.- ACTITUD MATERNA HACIA EL CONOCIMIENTO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.



Fuente: Encuesta "Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas".

Actitud de la pareja hacia el conocimiento de los métodos anticonceptivos

En lo que respecta a la disposición que tiene la pareja de la adolescente en cuanto a conocimientos de los métodos anticonceptivos, el 65.7% los conoce, pero no le gusta utilizarlos. El de menor frecuencia desconoce los métodos anticonceptivos es el 34.3% de las parejas de las adolescentes encuestadas. (Tabla 17)

TABLA 17.- ACTITUD DE LA PAREJA HACIA LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.

ACTITUD DE LA PAREJA HACIA EL CONOCIMIENTO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
DESCONOCE METODOS	36	34.3	34.3	34.3
NO LE GUSTA USARLOS	69	65.7	65.7	100.0
Total	105	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta "Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas".

GRAFICO 17.- ACTITUD DE LA PAREJA HACIA EL CONOCIMIENTO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.



Fuente: Encuesta “Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”.

E) Factores económicos

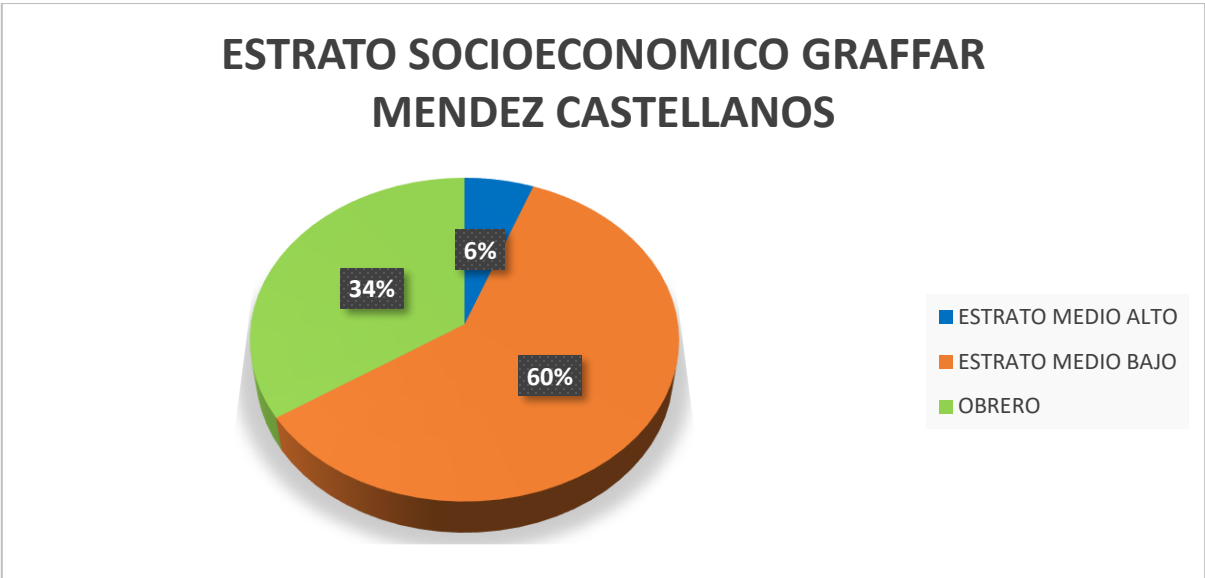
De acuerdo al estrato socioeconómico basado en Graffar Méndez Castellanos, el estrato 60% corresponde a estrato medio bajo, seguido 34.3% estrato obrero. El estrato medio alto de menor frecuencia con 6 pacientes que representa el 5.7% de la población total encuestada. (Tabla 18)

TABLA 18.- ESTRATO SOCIOECONOMICO.

ESTRATO SOCIOECONOMICO GRAFFAR MENDEZ CASTELLANOS				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ESTRATO MEDIO ALTO	6	5.7	5.7	5.7
ESTRATO MEDIO BAJO	63	60.0	60.0	65.7
OBRERO	36	34.3	34.3	100.0
Total	105	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta “Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”.

GRAFICO 18.- ESTRATO SOCIOECONOMICO.



Fuente: Encuesta “Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”.

ANALISIS MULTIVARIADO

Comparación de la frecuencia de los factores sociales, demográficos, familiares y económicos.

En relación a las variables se analizaron cada uno de los factores asociados al embarazo en las adolescentes, el factor social predominante es la Menarca del 100% de las derechohabientes estudiadas, el más alto con el 58.1% corresponde a la edad de 10 a 12 años, seguido de 13 a 14 años que corresponde al 40% y la edad de 15 años a mas que corresponde al 1.9%.

Respecto al factor demográfico, el predominante es la Religión del 100% de las derechohabientes estudiadas, el más alto con el 68.6% corresponde a la religión católica, seguido de la evangelista, que corresponde al 18.1% y la religión pentecostés que corresponde al 1.9%.

Referente al factor familiar, el predominante es la actitud materna hacia el conocimiento de los métodos anticonceptivos del 100% de las derechohabientes estudiadas, el más alto con el 71.4% corresponde a la falta de conocimiento, seguido de que piensan que es bueno utilizarlos, que corresponde al 18.1% y las que piensan que son malos utilizarlos corresponde al 10.5%.

El factor económico de acuerdo al estrato socioeconómico de Graffar Méndez castellanos del 100% de las derechohabientes estudiadas, el más alto con el 60% corresponde al estrato medio bajo, seguido del estrato obrero, que corresponde al 34.3% y con el 10.5% el estrato medio alto.

La relación entre los factores predominantes de las variables del total de las derechohabientes estudiadas, el factor social predominante es la menarca el 58.1% corresponde a la edad de 10 a 12 años. En cuanto al factor demográfico corresponde como predominante la religión católica con el 68.6%. del factor familiar el factor predominante es la actitud materna hacia el conocimiento de los métodos anticonceptivos el más alto corresponde a la falta de conocimiento con el 71.4%. por último, el factor económico de acuerdo al estrato socioeconómico de Graffar Méndez castellanos, el predominante es el estrato medio bajo con el 60%. que al comparar todos los factores que fueron más frecuentes de cada rubro, el factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes de la UMF N. 13,

Tuxtla Gutiérrez Chiapas, es el factor familiar actitud materna hacia el conocimiento de los métodos anticonceptivos, y que el valor más alto es la falta de conocimiento de la madre de los métodos anticonceptivos con el 71.4%. (Tabla 19)

Tabla 19. Frecuencia de los principales factores en las pacientes embarazadas adolescentes que acuden a la UMF N.13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

FACTOR SOCIAL		
MENARCA		
	Frecuencia	Porcentaje
10-12 AÑOS	61	58.1
13-14 AÑOS	42	40.0
15 A MAS AÑOS	2	1.9
Total	105	100.0
FACTOR DEMOGRAFICO		
RELIGION		
	Frecuencia	Porcentaje
CATOLICA	72	68.6
EVANGELISTA	19	18.1
PENTECOSTES	7	6.7
NINGUNA	7	6.7
Total	105	100.0
FACTOR FAMILIAR		
ACTITUD MATERNA HACIA EL CONOCIMIENTO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS		
	Frecuencia	Porcentaje
BUENO	19	18.1
MALO	11	10.5
IGNORA (FALTA DE CONOCIMIENTO)	75	71.4
Total	105	100.0
FACTORES ECONOMICOS		
ESTRATO SOCIOECONOMICO GRAFFAR MENDEZ CASTELLANOS		
	Frecuencia	Porcentaje
ESTRATO MEDIO ALTO	6	5.7
ESTRATO MEDIO BAJO	63	60.0
OBRERO	36	34.3
Total	105	100.0

Fuente: Encuesta "factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la umf n. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas".

DISCUSION.

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo encontrar el factor principal relacionado con el embarazo en las adolescentes de la UMF N. 13 Tuxtla Gutiérrez Chiapas. La mayoría de embarazos a esta edad cursan con desnutrición, mayor incidencia de aborto, partos prematuros o bebés con bajo peso al nacer, el útero de la mujer se encuentra inmaduro; a nivel social, la maternidad a esta edad puede ser causa de abandono escolar, lo que a futuro es obstáculo para las oportunidades en el desarrollo económico, que a su vez; impactan aspectos como la salud, las relaciones sociales y culturales. (1)

En los países de Latinoamérica el embarazo en los adolescentes se encuentra en incremento, alrededor de 450 000 nacimientos anuales en los últimos años. (3)

En nuestro estudio realizado a 105 embarazadas adolescentes se encontró que el 46.7 % afirma haber terminado la secundaria, contraria a lo reportado por Vides S. Quien realizó el estudio, caracterización sociodemográfica clínica de adolescentes embarazadas en un Hospital General del Sur, ubicado en la ciudad de Choluteca, Honduras, las cuales tienen el 20% de educación secundaria, predomina la primaria 86.7%, a su vez se evidencio que de acuerdo a la ocupación tenemos el 41.9% es ama de casa, el cual coincide en ser el valor con mayor frecuencia, Vides S; su estudio predomina 83% que se dedican a ser amas de casa. (16)

En la mayoría, el estado civil en la unión libre con un 39%, y solteras 33.3% el cual coincide con Vides S, quien reporto su valor más alto la unión libre en un 70% y 33% permanecen solteras. (16)

La edad promedio en la que se presentó la menarca dentro de las pacientes estudiadas la frecuencia más alta fue de 10-12 años mostrando coincidencia con la población estudiada de Vides S, quien reporto la edad promedio 12 años. (16)

Un 52.4% de las adolescentes embarazadas ha tenido un compañero sexual contrario a lo reportado con Vides S. que menciona 83.4% un valor más alto y en cuanto al uso y conocimiento de métodos anticonceptivos 51.4% uso condón, caso contrario a Vides S. quien comenta que solo el 3.3% conoce el método de barrera

condón, el método mayormente utilizado es el hormonal inyectable con un 23.3%. (16)

La edad más frecuente de las embarazadas estudiadas fue de 18 años con 30.5%, caso contrario a Blanco L. en su estudio llamado factores determinantes del embarazo adolescente la cual se aplicó a embarazadas adolescentes de la consulta prenatal del ambulatorio docente asistencial del hospital universitario de Caracas, quien reporto 15.1 años promedio que representa el 73%. (13)

El inicio de vida sexual de mayor frecuencia es de 14-15 años que representa al 67.6% de la población total, coincide con Blanco L. quien reporta una edad de 14,6 de mayor frecuencia de inicio de vida sexual. (13)

En cuanto al factor familiar antecedente de embarazo adolescente en la madre nuestro estudio reporta que no hubo embarazo con 63.8%, caso contrario a Blanco L. quien reporto que el 67.5% si tuvieron antecedente de embarazo adolescente de la madre. (13)

En cuanto el factor económico el estrato socioeconómico es el estrato medio bajo más frecuente con 60%, caso contrario con Blanco L. que el 65% lo refiere bajo. (13)

La religión más frecuente es la católica con 68.6%, que coincide con el estudio de Rosales G, características sociodemográficas de adolescentes embarazadas de una unidad de medicina familiar en san Luis potosí México, la religión encontrada con el 53.3% es la católica. (21)

La influencia de amigos para tener su primera relación sexual no influyó fue la respuesta más frecuente con 68.6%, coincide con Rosales G. en su estudio menciona que el 66.6% no tuvieron influencia. (21)

La actitud de la pareja hacia los métodos anticonceptivos predomino no le gusta usarlos con 65.7%, coincide con Paloma L. en su estudio llamado análisis de aspectos familiares, socioeconómicos y ginecológicos como factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia, estudio realizado en la comunidad Santa

Ana la nueva, la Paz, Bolivia, la negativa de la pareja para el uso de métodos anticonceptivos fue de 60%. (24)

La información obtenida de los métodos anticonceptivos se dio más frecuentemente en la escuela con un 47.6%, coincide con Paloma L. que también reporto la escuela en un 45.45%. (24)

En cuanto al lugar de residencia nuestro estudio obtuvo que más frecuentemente se encontraron embarazadas adolescentes que viven en la zona urbana 98.1%, difiere de lo comentado de Mora A. en el estudio llamado , Embarazo en la adolescencia como ocurre en la sociedad actual; que observo que la mayoría de embarazadas adolescentes son más frecuentes en comunidades rurales, que por cada mujer urbana que se une antes de los 18 años, dos lo hacen en el medio rural a los 16 años, 7.7%, la tasa de fecundidad en mujeres adolescentes de áreas rurales que se han reportado es 126 por cada 1000 mientras en las áreas metropolitanas se ha obtenido una tasa de 77 por cada 1000.(12)

En el estudio de Gómez c, factores sociodemográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana Briseño, coincide con nuestro estudio que menciona que en el área urbana del municipio de Briseño existe mayor número de embarazos adolescentes que en las áreas rurales. (20)

La edad de la pareja representa el 47.6% de 20 años a mas, y no coincide con el estudio de Gálvez F, características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia, refiere que en su estudio la mayoría de parejas son adolescentes que no asumen la responsabilidad paterna. (3)

CONCLUSION.

Con nuestro estudio se demuestra que en los factores el que predominó es el factor familiar como es el de la actitud materna hacia el conocimiento de los métodos anticonceptivos en el cual la falta de conocimiento se encuentra 71.4% de la población estudiada.

Los principales factores asociados con el embarazo en las adolescentes adscritas a la UMF N.13, son similares a los descritos en estudios realizados a nivel nacional y mundial. Sin embargo, en nuestra población de estudio en base a los resultados es impactante el observar que el riesgo para tener un embarazo en la adolescencia aun es alto estando en una zona urbanizada, predominan los factores como son: La menarca, la religión católica, la actitud materna hacia el conocimiento de los métodos anticonceptivos y el estrato socioeconómico medio bajo. Son diversas las situaciones que se presentan en una zona urbana, en la ciudad la familia ofrece mayores opciones de desarrollo a las hijas, sin embargo, el proyecto de ser madre no queda anulado.

Al presentar un embarazo las jóvenes deben abandonar sus estudios, planes, sueños y expectativas de vida, para sacar adelante su nueva situación.

El abordaje adecuado de la sexualidad en la adolescencia, requiere el desarrollo de habilidades clínicas de comunicación, tanto con los adolescentes como con sus padres, mantenerse informados de las tendencias y actualizaciones sobre el tema, así como también de los programas de educación sexual que recibe la población atendida y mantener una red de apoyo para la derivación de los pacientes con mayor complejidad.

RECOMENDACIONES

- Realizar actividades con enfoque en orientación sobre los métodos de planificación familiar a las pacientes adolescentes acompañadas de la madre.
- Es importante elevar el acceso a la educación superior, a las opciones de trabajo bien remunerado.
- Modificar una cultura de género que centraliza la valoración social de las mujeres por la maternidad.
- Promover un involucramiento equitativo de los varones en la sexualidad, reproducción, anticoncepción, crianza de los hijos y trabajo doméstico.
- Reforzar acciones en educación en salud en la unidad médica familiar, para evitar segundos y hasta terceros embarazos en la adolescencia, garantizando el acceso a los métodos anticonceptivos.
- Identificar las redes de apoyo e involucrarse para mejoramiento del conocimiento acerca de la sexualidad en los adolescentes.
- Fomentar el vínculo estrecho de comunicación entre los padres y los adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud. Instituto nacional de estadística e informática. Aguascalientes, aguascalientes;10 de agosto del 2017; 1:13.
2. Gutiérrez J, Oropeza C, Hernández m. ISBN 978 Encuesta nacional de salud y nutrición 2012.p.63-74:200.
3. Gálvez F, Rodríguez S. Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. Revista cubana de ginecología y obstetricia 2017;43(3).
4. Organización mundial de la salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. 2018;2-3.
5. Loredó A, Vargas C, Casas M, González C, Leyva C. Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. Revista médica instituto mexicano del seguro social. 2017;55(2):223-229.
6. Güemes H, Hidalgo M. Pubertad y adolescencia. Madrid (2017); V (1):7-22.
7. Calero E, Rodríguez S, Aniocha T. Abordaje de la sexualidad en la adolescencia dic 2017; Vol.17 (3).
8. Chacón D, O'Farrill M, Cortes A, Álvarez A. Embarazo en la adolescencia, su repercusión familiar y en la sociedad. Revista cubana de ginecología y obstetricia.2015; 41(1)50-58.
9. Mendoza L, Claros D. Actividad sexual temprana y embarazo estado del arte, Revista chilena obstetricia y ginecología. 2016;81(3) 24R3-253.
10. De la Caridad I, Morales M, Inalbis C, Aguirre M, Rodríguez O, Guisandes A. Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud. Medisan 2014;18(11):1523.

11. Villalobos A, Hernández D, Campero L, Suarez L. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. salud publica México 2015; 57:135-143.
12. Mora A, Hernández M. Embarazo en la adolescencia: como ocurre en la sociedad actual. Revista perinatología reproducción humana. 2015;29(2):76.
13. Blanco L, Cedre O, Guerra ME. Factores determinantes del embarazo adolescente. Diciembre 2015; vol.14 No. 2.
14. Favier M, Samon M, Ruiz Y, Franco A. Factores de riesgo y consecuencias del embarazo en la adolescencia. 2018; vol. 97 No.1.
15. Alvarado R. Perfil sociodemográfico y psicosocial de las adolescentes embarazadas en una maternidad de Guayaquil, Ecuador. Tesis para obtener el grado de magister en salud pública. 2014; 1:45.
16. Vides S, Delcid A, Moran E, Barahona W. Caracterización sociodemográfica clínica de adolescentes embarazadas. Imedpub Journals. 2017; vol.13 No. 1:4. [doi:10.3823/I337](https://doi.org/10.3823/I337)
17. Quintero P. Caracterización de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en el policlínico universitario "Pedro Borrás Astorga". Revista cubana de obstetricia y ginecología. 2016;42(3).
18. Cortes A, Chacon D, Álvarez A, Sotonavarro Y. Maternidad temprana: repercusión en la salud familiar y de la sociedad. Revista cubana de medicina general 2015;31(3):376-383.
19. Alvarado E. Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del hospital nacional Hipólito unanue. 2016.
20. Gómez C, Mercado L, Montoya V. Factores sociodemográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana Briseño. Revista salud pública 2014; 16(3):394-406. [doi:dx.doi.org/10.15446/rsap.v16n3.34986](https://doi.org/10.15446/rsap.v16n3.34986).

21. Rosales G, Lemoine S, Rodríguez C, Andrade H. Características sociodemográficas de adolescentes embarazadas menores de 16 años de una unidad de medicina familiar en san Luis potosí, México. 2013; 1:57.
22. Ceballos G, Suarez Y, Arenas K, Salcedo N. Adolescentes gestantes: características sociodemográficas, depresión e ideación suicida. (2013); 1:67.
23. Cogollo Z, Romero Y, Morales M, Venegas J, López V, Guazo D. Factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en el postparto en adolescentes en Cartagena Colombia. Revista salud uninorte 2015; vol.31 No.2 31(2)234-244. [doi:dx.doi.org/10.14482/sun.301.4309](https://doi.org/10.14482/sun.301.4309)
24. Palomo L, Claros N. Análisis de aspectos familiares, socioeconómicos y ginecológicos como factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia. Revista médica la paz. 2014;20(1).
25. Ortiz R, Bañuelos A, Serrano R, Mejía M. Perfil obstétrico y neonatal de adolescentes atendidas en el hospital general de occidente de Jalisco México. Revista cubana de ginecología y obstetricia. 2015;41(4):325-337.
26. Mendoza M, Laureano J. Effects of teenage pregnancy. (online). may 27,2018; strong.com/article/86972-effects-teenage-pregnancy.
27. Oner S, Yapici G, Oner K, Sasmaz T. The sociodemographic factors related with the adolescent pregnancy. Asian pacific journal of reproduction. (online) march 2013.
28. House D, Tevendale D, Martinez G. Implementing evidence-based teen pregnancy-prevention interventions in a community-wide initiative: building capacity and reaching youth. journal of adolescent health. march 2017 vol. 60, issue supplement; pages s18-s23. [doi:doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.08.013](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.08.013).
29. Widman L, Golin E, Kamke K, Massey J, Pristein J. Feasibility and acceptability of a web-based HIV/STD prevention program for adolescent girls targeting sexual communication skills. Health education research. August 2017; pages 343-352. [doi:https://doi.org/10.1093/her/cyx048](https://doi.org/10.1093/her/cyx048).

30. Guilamo V, Ramos P, Bowman A, Santa D, Kabemba F, Geronimo Y. Addressing a critical gap in U.S. national teen pregnancy prevention programs: the acceptability and feasibility of father-based sexual and reproductive health interventions for Latino adolescent males. *Journal of adolescent health*. March (2018); volumen 62, issue 3, supplement, pages s81-s86.

[doi:https://doi.org/ 10.1016/j.jadohealth.2017.08.015](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.08.015)

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

No	ACTIVIDAD	2018						2019											
		ABRIL	MAY	AGOS	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
1	Planteamiento del problema.																		
2	Elaboración de antecedentes.																		
3	Revisión de bibliografía y protocolo.																		
4	Revisión de protocolo por el comité local del CLI.																		
5	Aplicación de encuesta.																		
6	Recolección de datos.																		
7	Tabulación de resultados.																		
8	Análisis de datos.																		
9	Presentación de resultados.																		



Instituto Mexicano del Seguro Social
Coordinación Delegacional de Investigación Médica
Unidad de Medicina Familiar Número 13
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

No. de Folio: _____

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**ENCUESTA SOBRE EL FACTOR PRINCIPAL RELACIONADO CON EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES
ADSCRITAS A LA UMF N. 13, DE TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS”**

Lea usted detenidamente y marque la opción elegida con una “X”. Seleccione o escriba su respuesta. (Si usted tiene dudas de la pregunta puede dirigirse al entrevistador)
Gracias por su colaboración.

Ficha de identificación

1.- ¿Cuál es su edad?

2.- Grado de estudio que cursa actualmente o haya cursado sin concluir:

Ninguna	primaria	secundaria	preparatoria	universidad
---------	----------	------------	--------------	-------------

3.- Estado civil...

Soltera	casada	Unión libre
---------	--------	-------------

4.- ¿A qué religión pertenece?

Católica	pentecostés	adventista	otra
----------	-------------	------------	------

5.- ¿A qué se dedica actualmente?

Estudiante	Empleado	Ama de casa	obrero	otro
------------	----------	-------------	--------	------

6.- Municipio de residencia: _____

7.- Localidad o colonia donde reside actualmente: _____

8.- ¿Qué edad tiene su pareja?

13 o menos	14 a 15 años	16-17 años	18 a 19 años	20 o mas
------------	--------------	------------	--------------	----------

9.- ¿A que se dedica su pareja?

Profesionista universitario	técnico	Empleado de estudios universidad, comerciante	sin de	obrero	otro
-----------------------------	---------	---	--------	--------	------

10.- Los ingresos que percibe su familia proceden de:

Fortuna heredada o adquirida	Honorarios profesionales	Sueldo mensual	Salario semanal, por día o por trabajo realizado	Donaciones de origen público o privado
------------------------------	--------------------------	----------------	--	--

11.- Actualmente su vivienda cuenta con:

Óptimas condiciones sanitarias y lujos	Óptimas condiciones sanitarias en ambiente con lujo pero no en exceso	Vivienda con buenas condiciones sanitarias pequeños espacios	tiene espacios grandes o reducidos pero deficiencia de servicios sanitarios	Rancho, o colonias donde no hay condiciones servicios sanitarios
--	---	--	---	--

Antecedentes socio-familiares

12.- ¿Qué estado civil tienen sus padres actualmente?

casados	Unión libre	divorciados	separados	Viudo(a)
---------	-------------	-------------	-----------	----------

13.- La casa donde vivías previo a tu embarazo está integrada por:

14.- ¿Qué edad tenía su madre en su primer embarazo? _____

Antecedentes relacionados al embarazo actual

15.- ¿A qué edad fue tu primera menstruación?

10-12 años	13-14 años	15 o más años
------------	------------	---------------

16.- ¿A qué edad iniciaste relaciones sexuales?

13 o menos	14-15 años	16-17 años	18-19 años
------------	------------	------------	------------

17.- ¿Cuántas parejas sexuales haz tenido?

1	2-3	4 o mas
---	-----	---------

18.- ¿Conoce los métodos de planificación familiar, haz utilizado alguno?

Si _____ NO _____, ¿en caso de haber utilizado alguno cuál?

condón	inyecciones	pastillas	diu	parche	implante
--------	-------------	-----------	-----	--------	----------

19.- ¿De dónde obtuviste la información?

internet	radio	televisión	escuela
----------	-------	------------	---------

20.- ¿Influyeron sus amigos para la decisión de embarazarse?

SI _____ NO _____

21.- ¿Que método de planificación familiar utilizaste en tu primera relación?

22.- ¿Su pareja acepta los métodos anticonceptivos?

Si _____ No _____ en caso de responder no, ¿por qué?

Desconoce los métodos de planificación familiar	No le gusta utilizar los métodos
---	----------------------------------

23.- ¿Recibió orientación de su madre en cuanto el uso de métodos anticonceptivos?

Si _____ NO _____

24.- ¿Cuál es la opinión de su madre de los métodos anticonceptivos?

Buenos	malos	Ignora (falta de conocimiento)
--------	-------	--------------------------------

Herramientas utilizadas en un estudio de salud familiar

ESCALA DE GRAFFAR-MENDEZ CASTELLANOS.

Para clasificar el estrato socioeconómico de las familias.

Surgido en Venezuela, por los años de los 80's en busca de simplificar los estratos socioeconómicos en el censo de población. Consta de la evaluación de 5 variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia, y condiciones de alojamiento.

variables	pts.	ítems
1. Profesión del jefe de Familia	1	Profesión universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, oficiales de las fuerzas armadas(si tienen un rango de educación superior)
	2	Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores.
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores.
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal(con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2. Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza universitaria o su equivalente
	2	Técnica superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior.
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún

		grado de instrucción primaria).
	5	Analfabeta.
3. Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida.
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales.
	3	Sueldo mensual.
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo.
	5	Donaciones de origen público o privado.
4. Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias, en ambiente de gran lujo.
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios.
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2.
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

Interpretación del puntaje obtenido en la Escala de Graffar.

puntaje	interpretación
04-06	Estrato alto
07-09	Estrato medio alto
10-12	Estrato medio bajo
13-16	Estrato obrero
17-20	Estrato marginal



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Adultos)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la UMF N. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas"						
Patrocinador externo (si aplica)*:	No aplica.						
Lugar y fecha:	Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, noviembre 2018.						
Número de registro:	En trámite						
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar el principal factor relacionado con las pacientes embarazadas adolescentes adscritas a la unidad de medicina familiar n.13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.						
Procedimientos:	Aplicación de encuesta.						
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Disminuir la incidencia de embarazadas adolescentes, beneficiando a nuestra población para que los adolescentes puedan continuar sus estudios, desarrollo personal, mejor calidad de vida, disminuir el número de complicaciones obstétricas						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me proporcionara la información actualizada que se obtenga durante el estudio.						
Participación o retiro:	Opcional, entiendo que conservo el derecho de participar y retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente						
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y mis datos serán manejados en forma confidencial.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autorizo que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Orientación sobre los metodos de planificacion familiar para prevenir embarazos en adolescentes						
Beneficios al término del estudio:	Conocer el principal factor relacionado con el embarazo en adolescentes						

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Christian Lenny López Pascacio

Colaboradores: Dra. Velasco Zebadúa María del Rocío

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto _____

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento _____

Testigo 1 _____

Testigo 2 _____

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

* En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica

Clave: 2810-009-013



HOJA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Protocolo de investigación

Fecha _____ de _____ del 2019.

Nombre del estudio: “Factor principal relacionado con el embarazo en adolescentes adscritas a la UMF N. 13, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”.

Número de registro institucional: R-2019-703-022

Objetivo del estudio y procedimientos: Es identificar el principal factor relacionado con las pacientes embarazadas adolescentes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N.13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Hola mi nombre es María del Rocío Velasco Zebadúa y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estoy realizando un protocolo de investigación y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistirá en llenar un cuestionario, y la carta de consentimiento informado.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, en cuanto tu papa o mama hayan dicho que puedes participar, si tu no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar con el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá ningún tipo de repercusión en su atención como derechohabiente al Instituto Mexicano del Seguro Social.

La información que nos proporcione, las mediciones que realicemos nos ayudara, a la realización del estudio antes mencionado y a su vez poder ayudar a mejorar los conocimientos que deben tener los adolescentes para la prevención del embarazo a edades tempranas.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas (o resultados de mediciones), solo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio y tus padres en caso de ser necesario.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una **“X” en el cuadrado de abajo que dice “si quiero participar” y escribe tu nombre.** Si no deseas participar déjalo en blanco y no escribas tu nombre. Gracias por haberme otorgado su valioso tiempo.

Si quiero participar

Nombre y firma del paciente:

Nombre y firma de la persona que obtiene el Asentimiento:

Dra. María del Rocío Velasco Zebadúa