

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LÉON

FACULTAD DE MEDICINA



“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES”

Por:

DRA. CRISTINA AIDÉ RAMÍREZ COLUNGA

Como requisito parcial para obtener el grado de
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

FEBRERO, 2019

“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES”

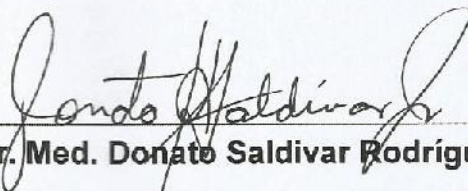
Aprobación de tesis:



Dr. Med. Abel Guzmán López

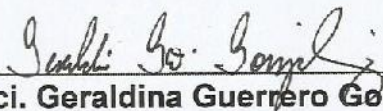
Director de Tesis

Jefe del Servicio de Obstetricia



Dr. Med. Donato Saldivar Rodríguez

Jefe de Departamento de Ginecología y Obstetricia



Dra. Sci. Geraldina Guerrero González

Coordinadora de Investigación

Departamento de Ginecología y Obstetricia



Dr. Med. Felipe Arturo Morales Martínez

Subdirector de Estudios de Posgrado

CAPITULO I

RESUMEN

Introducción: El embarazo adolescente se define como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independientemente de su edad ginecológica, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta comprende entre los 10 y los 19 años, la cual para fines operativos se divide en dos grupos: adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años. (1) La adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea. (2)

Objetivo: Identificar factores sociodemográficos y psicosociales (individuales, interpersonales y contextuales) comunes entre adolescentes cursando un embarazo de cualquier edad gestacional que acudan al Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Material y Métodos: Se realizó un estudio transversal, participando pacientes adolescentes de 11 a 19 años atendidas en el Hospital Universitario “Dr. José E. González” para la resolución del embarazo o control prenatal. Se encuestó a la población seleccionada sobre variables personales, interpersonales y contextuales, mediante la encuesta de Apgar Familiar, el Sistema Informático del Adolescente y el Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith

Resultados: Existen diferencias importantes respecto a las variables comparadas en los distintos grupos de edades.

Conclusiones: Se identificó la misma escolaridad de la madre adolescente como su familia y su pareja, la falta de uso de anticonceptivos a pesar de su conocimiento, ser hija de padres adolescentes y haber tenido varias parejas sexuales como los factores de mayor riesgo para la incidencia del embarazo adolescente. El estrato socioeconómico medio-bajo y bajo fueron predominantes en la población estudiada, con una dependencia económica directa de los padres. El embarazo temprano es un disparador de la deserción escolar. La autoestima social, escolar, del hogar y general no fue significativa para ningún grupo de edad. En nuestra población la unidad familiar se encuentra funcional, ya que las pacientes cuentan con una red de apoyo.

Palabras Clave: Embarazo adolescente, factores de riesgo

CAPÍTULO II

ANTECEDENTES

La adolescencia, es un periodo durante el cual, se pasa de la aparición inicial de las características sexuales secundarios a la madurez sexual, es donde se vive la evolución de los procesos psicológicos y se da una transición de un estado de total dependencia económica y social a un estado relativo de independencia en estas áreas. (3) Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia, independiente de su edad ginecológica, se divide en pre adolescencia o adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia o adolescencia tardía de los 14 a los 19 años. (1), sin embargo, dado que durante este periodo se dan cambios físicos y psicológicos profundos, los investigadores prefieren dividirla para su estudio en tres estadios: temprana, intermedia y avanzada. (3)

Hablando de embarazo, Routi plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho psicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que

acarrea (4). Entre ellas, destacan los riesgos ginecoobstétricos y psicosociales adversos.

Dentro de los riesgos ginecoobstetricos se puede mencionar para la madre, el riesgo aumentado más de tres veces de muerte materna entre las pacientes de 15 a 19 años (1), desnutrición, anemia, infección del tracto urinario y síndrome hipertensivo y para el hijo, parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino y malformaciones, especialmente las del cierre del tubo neural si la madre es menor a 15 años. Dentro de los riesgos psicosociales, los principales son la deserción escolar, la baja escolaridad que alcanzan, la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, familias disfuncionales y problemas económicos (2). En México, durante el 2005 hubo 144, 670 casos de adolescentes con un hijo o un primer embarazo entre los 12 y 18 años que no han concluido su educación de tipo básico. (5). Convirtiéndolo, según la UNICEF en un tema de interés tanto político como de salud pública (6).

En cuanto a la epidemiología, las estadísticas en los últimos años sobre el embarazo en adolescentes en el mundo son alarmantes, desde países en desarrollo hasta de primer mundo han reflejado un cambio en la epidemiología, lo que ha llevado al estudio de factores y condiciones que pudieran favorecer este resultado. Forrest, establece que el embarazo adolescente va en aumento mundial presentándose cada vez a edades más precoces, existiendo variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial, dependiendo de la región y el nivel de desarrollo. (7)

Pero, ¿A que podemos atribuir este incremento tan marcado no solo en nuestro medio, si no en el mundo? Peláez, señala que el 60% de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los primeros seis meses de inicio de las relaciones sexuales, por lo que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73% al 93%) y la mayoría no tiene conocimiento sobre algún método de anticoncepción (8). Por otro lado, la Academia Americana de Pediatría y el Comité de Adolescentes (4), evidenciaron una tendencia al alza de la actividad sexual en los adolescentes durante los últimos 30 años, lo que podría ser un factor proporcional, es decir, a un inicio de vida sexual más temprano, un mayor riesgo de un embarazo precoz. Paula León et al, (9) realizaron una actualización en la Universidad de Chile y el Servicio de Salud Metropolitano Norte, donde comprobaron efectivamente un incremento y una mayor precocidad del inicio de actividad sexual, cuya consecuencia principal ha sido un aumento del embarazo adolescente, así como complicaciones somáticas, según la Cuarta Encuesta Nacional de la Juventud en Chile, al año 2003, el 35.2% de los adolescentes y el 84.5% de los jóvenes hasta los 24 años de edad se encontraban sexualmente activos. Mientras en otros países como Cuba, el 50% de los adolescentes tiene vida sexual activa y se ha visto un incremento del 10% anual.

La situación actual, descrita anteriormente, ha obligado a estudiar factores que puedan favorecer un embarazo temprano y poder actuar en contra de ellos a través de diferentes tipos de programas con el objetivo común de enfrentar el problema.

(1) Todos estos factores pueden ser abordados en tres grandes grupos:

a) Factores individuales: Nivel educativo, inicio de relaciones sexuales, métodos anticonceptivos, percepciones sobre la norma social, la maternidad y sobre las oportunidades de movilidad social. Impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar. (10)

b) Factores interpersonales o familiares: Nivel socioeconómico del hogar, estructura familiar, violencia intrafamiliar, apertura a la comunicación con figuras parentales, supervisión parental, actitudes de los pares hacia las relaciones sexuales en la adolescencia. Antecedente de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres. (10)

c) Factores contextuales: Nivel de urbanización, servicios de salud de calidad, bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes, normas sociales sobre la maternidad y acceso a información sobre salud reproductiva, y factores culturales regionales. (10)

Un trabajo realizado en el 2005, logro determinar la influencia de cada uno de estos grupos de factores de riesgo, en donde destaca la gran importancia de los factores individuales presentando una frecuencia de 71.6%, mientras que los factores familiares presentaron un 20.3% y los sociales un 11.6% (1)

Se ha observado que el mayor riesgo del embarazo adolescente no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas especiales, sino que es más importante la influencia de las variables socioculturales y las condiciones de cuidado y atención médica las que cobran gran importancia. (10) De entre los cuales se sospecha predominantemente de problemas psicosociales como falta de aspiraciones y vocación, comportamiento criminal, depresión, baja autoestima, y otro conjunto de variables modificables que se pudieran trabajar en programas aplicados desde la infancia.

Una adecuada valoración del adolescente, sus relaciones con el entorno y su condición bio-psico-social no es tarea sencilla. Requiere tiempo, formación especializada, y una visión integral del adolescente y su circunstancia (11). Para ello, hoy en día, existen encuestas avaladas por expertos que ayudan a evaluar todos estos factores en conjunto.

Aunque el embarazo adolescente ha sido un tema muy estudiado, como se puede observar en la literatura presentada, en México, se carece de un estudio que logre englobar y correlacionar la incidencia del embarazo adolescente con todos los factores sociodemográficos y psicosociales que pudieran intervenir en la vida y la decisión de un adolescente sobre su vida reproductiva, de ahí la importancia de realizar este estudio.

CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aunque el embarazo adolescente ha sido un tema muy estudiado a lo largo del tiempo, existe falta de literatura y recopilación de información a nivel local sobre la evolución que ha tenido la epidemiología en nuestra ciudad, concretamente dentro de nuestro Hospital Universitario, así mismo se carece de un estudio que logre englobar y correlacionar la incidencia del embarazo adolescente con todos los factores sociodemográficos y psicosociales que pudieran intervenir en la vida y la decisión de un adolescente sobre su vida reproductiva.

CAPÍTULO IV

JUSTIFICACIÓN

Es de gran importancia el estudio del embarazo en adolescentes en nuestra comunidad dada su relevancia y el impacto social y político que este conlleva, por los resultados ginecológicos, obstétricos y psicosociales adversos y porque es considerado un marcador de condiciones sociales y económicas a nivel mundial.

La siguiente tabla muestra los datos estadísticos del mes de agosto del 2015 del Departamento de Obstetricia del Hospital Universitario, la cual señala el porcentaje de nacimientos que le corresponde a cada grupo de edad con respecto al total de nacimientos en un mes promedio y nos permite corroborar un panorama donde el embarazo adolescente predomina sobre el resto de las edades.

Edad en años	N	%
<15	25	3.01%
15-20	284	34.29%
21-25	250	30.19%
26-30	143	17.27%
31-35	72	8.69%
36-41	49	5.91%
<41	5	0.6%
Total	828	100%

Tabla 1. Estadística del Departamento de Obstetricia del Hospital Universitario, Agosto 2015

CAPÍTULO V

HIPÓTESIS

5.1. Hipótesis de trabajo o alterna (H_a)

Existen variables predominantes en un embarazo en la adolescencia, el nivel socioeconómico predominante es el bajo, las adolescentes cuentan con historia familiar de padres adolescentes, la unidad familiar de la población estudiada se encuentra en un nivel moderadamente disfuncional, la autoestima general, social, escolar y del hogar es predominantemente bajo.

5.2. Hipótesis nula (H_0)

No existen variables predominantes en un embarazo en la adolescencia, el nivel socioeconómico y la unidad familiar no son factores predictores de embarazo en la adolescencia.

CAPÍTULO VI

OBJETIVOS

6.1. Objetivo General

- Identificar factores de riesgo sociodemográficos y psicosociales (individuales, interpersonales y contextuales) comunes entre adolescentes cursando un embarazo de cualquier edad gestacional que acudan al Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

6.2. Objetivos Específicos

- Conocer cuáles de las variables estudiadas se presentan con mayor frecuencia en nuestra población estudiada.
- Medir el nivel socioeconómico, la permanencia en la escuela, el acceso a oportunidades recreativas, sociales y laborales
- Clasificar la autoestima general, social, escolar y del hogar de las adolescentes, así como evaluar su unidad familiar
- Identificar si alguna etapa de adolescencia presenta mayor riesgo (vulnerabilidad) ante factores de riesgo para embarazo.

CAPÍTULO VII

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de una Cohorte prospectiva. Se diseñó un estudio prospectivo, transversal, comparativo y analítico. Este trabajo se llevó a cabo en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de la U.A.N.L. en el periodo de enero 2014 a octubre 2018. Se incluyeron pacientes adolescentes que se atendieron en el Hospital Universitario “Dr. José E. González” para la resolución del embarazo o control prenatal, se excluyeron pacientes mayores de 21 años de edad. Se eliminaron encuestas incompletas y aquellas con puntaje de 8 en la escala de mentira del cuestionario de autoestima Coopersmith.

DISEÑO DEL ESTUDIO

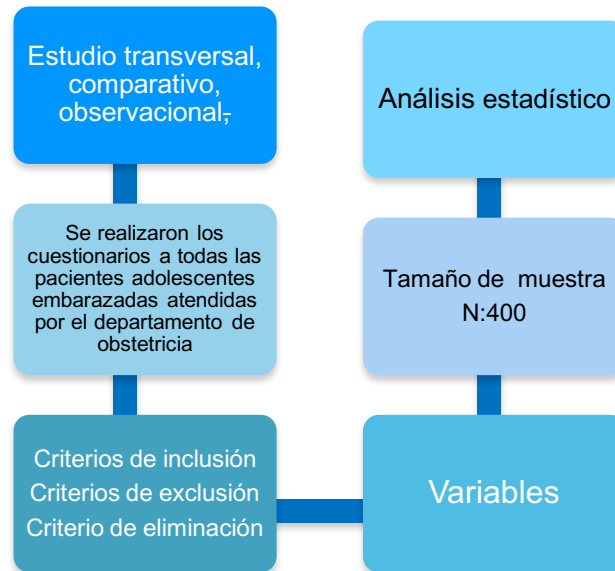


Figura 1. Estrategia general del estudio.

Método

Las pacientes fueron identificadas en la sala de internamiento de obstetricia y en la consulta número 5 del Hospital Universitario. Se encuestó a la población seleccionada sobre variables personales, interpersonales y contextuales, mediante la encuesta de Apgar Familiar, El sistema informático del adolescente y el inventario de Autoestima de Stanley Copersmith, se localizaron las variables en común y se ordenaron por frecuencia. Se describió el comportamiento de las variables más frecuentes y se trató de determinar si existen áreas de oportunidad en las poblaciones de riesgo identificadas.

Instrumentos de Medición

En la siguiente tabla se presenta una breve descripción del área de evaluación con cada una de las encuestas así como sus reactivos y método de ponderación.

Cuestionario	Área de evaluación	Reactivos	Método de ponderación
Apgar Familiar	Mide el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global	5	Escala de Likert
El Sistema Informático del Adolescente (SIA)	Identificación del adolescente, motivos de consulta, antecedentes personales, antecedentes familiares, familia, vivienda, educación, trabajo, vida social, hábitos y consumos, antecedentes gineco-urológicos, sexualidad, situación psicoemocional, examen físico, impresión diagnóstica integral, indicaciones e interconsultas. Lo que permite el registro y evaluación integral de salud del adolescente, contemplando la percepción de vida que tenga de sí mismo, la percepción sociodemográfica.	119	Escala de Likert
Inventario de Autoestima de Stanley Copersmith.	Mide las actitudes valorativas hacia el SI MISMO, en las áreas: Personal, Familiar y Social de la experiencia de un sujeto	58	Escala de Likert

Tabla 2. Encuestas

Para la adecuada valoración del adolescente, se utilizaron encuestas avaladas por expertos que ayudaron a evaluar todos estos factores en conjunto, entre ellas:

a) Apgar familiar: Es un instrumento, diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkestein, en la Universidad de Washington, quien basándose en su experiencia como médico familiar propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de atención primaria en su aproximación al análisis de la función

familiar. Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos. El Apgar familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los más jóvenes. Este tipo de instrumentos de atención integral a la familia ofrecen una apreciación gráfica y esquemática de la familia y sus relaciones, permiten desarrollar una visión integrada de las interacciones actuales, los puntos débiles y fuertes de la familia, así como su desarrollo histórico son un elemento importante de diagnóstico para el médico familiar, permitiendo la comprensión del entorno y el contexto de su familia. El Apgar familiar permite identificar en qué medida la familia cumple con sus funciones básicas y el rol que puede estar jugando la funcionalidad familiar. Dentro de todos los instrumentos que nos permiten evaluar el entorno familiar, tenemos el Genograma, Ecomapa y la Ficha Familiar, para el presente estudio se evaluó al Apgar familiar como el más conveniente, ya que el Apgar familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado, con este instrumento los integrantes del equipo pueden conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, el Apgar familiar se ha utilizado anteriormente como instrumento de evaluación de la función familiar en diferentes circunstancias tales como el embarazo, depresión postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias. Este test consta de cinco preguntas y busca evidenciar el estado funcional de la familia mediante una escala en la que el entrevistado coloca su opinión

respecto al funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia.

b) El Sistema Informático del Adolescente (SIA): Es un cuestionario que pretende favorecer el conocimiento epidemiológico, la evaluación y el desarrollo de programas, el cual tiene por principal objetivo mejorar la calidad de la atención de los adolescentes en los servicios de salud, a través de la información recabada, para dar un abordaje integral, y promover prácticas que contribuyan a brindar una atención de calidad. En el mes de agosto de 2009 se llevó a cabo en la sede de CLAP/SMR, una reunión de expertos con la finalidad de realizar una revisión del Sistema Informático de Salud de Adolescentes. La reunión, de la que participaron tanto expertos y responsables en la gestión de políticas y programas, así como de representantes de centros académicos y de organismos de cooperación internacional, permitió revisar y actualizar la Historia Clínica del Adolescente y sus componentes, teniendo en cuenta los problemas y desafíos actuales vinculados al abordaje de los adolescentes. Las conclusiones de la reunión se vieron plasmadas en una nueva versión de la Historia Clínica del Adolescente. Con tales fines, el SIA está constituido por la Historia del Adolescente (HCA) y formularios complementarios como el de Evolución. La Historia Clínica del Adolescente (HCA) facilita el registro y evaluación integral de salud del adolescente, contemplando la percepción de vida que tenga de sí mismo. Permite además el registro de la percepción y observaciones de los profesionales del equipo interdisciplinario de salud en los sectores destinados específicamente. Los datos fundamentales para la atención y seguimiento de los adolescentes se condensan en dos páginas, que se

proponen como el registro institucional básico de la atención del adolescente. El formulario se caracteriza por estar constituido por preguntas cuyas respuestas, en su mayoría cerradas, contribuyen al registro uniforme de los datos en diversas realidades locales.

c) Cuestionario de Autoestima de Coopersmith: El instrumento es un inventario de auto-reporte de 58 ítems, en el cual el sujeto lee una sentencia declarativa y luego decide si esa afirmación es “igual que yo” o “distinto a mí”. El inventario está referido a la percepción del estudiante en cuatro áreas: autoestima general, social, hogar y, escolar o académica y una escala de mentira de ocho ítems. La autoestima general corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas auto descriptivas en relación con sus pares. La autoestima Hogar y Padres corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas auto descriptivas, en relación con sus familiares directos y la autoestima Escolar Académica corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas auto descriptivas, en la relación con sus condiscípulos y profesores. Cada ítem respondido en sentido positivo es computado con 2 puntos. Se suman los puntajes correspondientes a cada una de las escalas del instrumento, si el puntaje total obtenido resulta muy superior al promedio, ($T = 67$ o más), significaría que las respuestas del sujeto son poco confiables e invalidan la aplicación del inventario. Por último, se pueden sumar todos los puntajes para obtener un indicador de la apreciación global que el sujeto tiene de sí mismo.

Variables por evaluar:

- Antecedentes gineco-obstetricos
- Método de planificación familiar
- Antecedentes personales patológicos
- Antecedentes peronsales no patológicos
- Antecedentes famliares
- Estado civil
- Inicio de vida sexual
- Edad de los padres y de la pareja
- Empleo de los padres y la pareja
- Nivel de Educación escolar
 - Causas de deserción
- Nivel de Educación familiar
- Proyecto de vida
- Apgar familiar
- Test de autestima de Stanley

La totalidad de los datos serán vaciados en una base de datos elaborada por el autor con el fin de capturar toda la información disponible.

Análisis Estadístico

Se utilizará el método de regresión lineal mediante mínimos cuadrados con un cálculo en una población infinita con una precisión del 5%, confianza del 95% y prevalencia del 50%

N= 385

Las variables numéricas se resumen en medias y desviación estándar. Las variables categóricas se resumen en frecuencias y porcentajes. Se realizó la prueba de Kolmogorov Smirnov para evaluar la distribución de las variables numéricas. Debido al resultado, se decidió utilizar la prueba de U de Mann Whitney para contrastar hipótesis en las variables numéricas. Las variables categóricas se compararon mediante Chi Cuadrada de Pearson. Un valor de $p < .05$ se determinó como estadísticamente significativo. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21 para Windows 7.

Consideraciones éticas

El presente protocolo fue sometido para su autorización al Comité de Ética, Comité de Investigación y Comité de Bioseguridad de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la U.A.N.L. El presente protocolo no provee ningún tipo de ganancia financiera o comercial por su realización, por lo que los autores declararon no tener ningún tipo de conflicto de interés por su realización.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos materiales

- Se requiere de impresora, hojas, copias, lápices, borradores y carpetas.

Recursos financieros

- La papelería será proporcionada por los investigadores y no se requiere inversión financiera adicional por parte de la institución, ya que se emplearán los recursos con los que se cuenta actualmente.

Factibilidad

- Este estudio se puede llevar a cabo porque se tiene el acceso a pacientes en volumen suficiente, se requiere de inversión mínima, y se tiene la capacidad técnica para llevarlo a cabo.

CAPÍTULO VIII

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 400 pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Universitario “Dr. José E. González” para la resolución del embarazo o control prenatal. El promedio de la edad de las pacientes fue de 17.74 ± 1.65 , se subdividieron a su vez en grupos de edades. De 13 a 15 años (adolescencia temprana) fueron un total de 33 pacientes, lo cual representa un 8.2 % del total de la muestra. Se encontró un total de 221 pacientes entre los 16 y 18 años (adolescencia media) lo cual representa un 55.2% del total de la muestra, y 146 pacientes entre los 18 y los 21 años (adolescencia tardía) lo que corresponde a un 36.5% del total de la población. Como se puede observar la fase de la adolescencia en la que se presentan más casos de embarazo es la media (16, 17 y 18 años) con más del 50% de los mismos, por lo que consideramos que esta fase es la que presenta la mayor vulnerabilidad ante factores de riesgo para embarazo.

A todas las pacientes se les realizó un cuestionario para evaluar las diferentes variables de su entorno social y personal. Respecto a la estadística inferencial, se

utilizó la prueba de *t student* para determinar si existían diferencias significativas respecto a las variables numéricas (cuantitativas) y la prueba de *chi-cuadrada* (χ^2) en el caso de las variables categóricas (cualitativas). Considerando un valor de *p* significativo como aquel menor o igual a 0.05.

El 64% de nuestra población de estudio se encontraba en unión libre, mientras el 30% se identificaba soltera, solo el 5.25% mencionaba estar casada. En el 72.75% de los casos acudieron acompañadas de algún familiar, 27.25% acudió sola a su consulta.

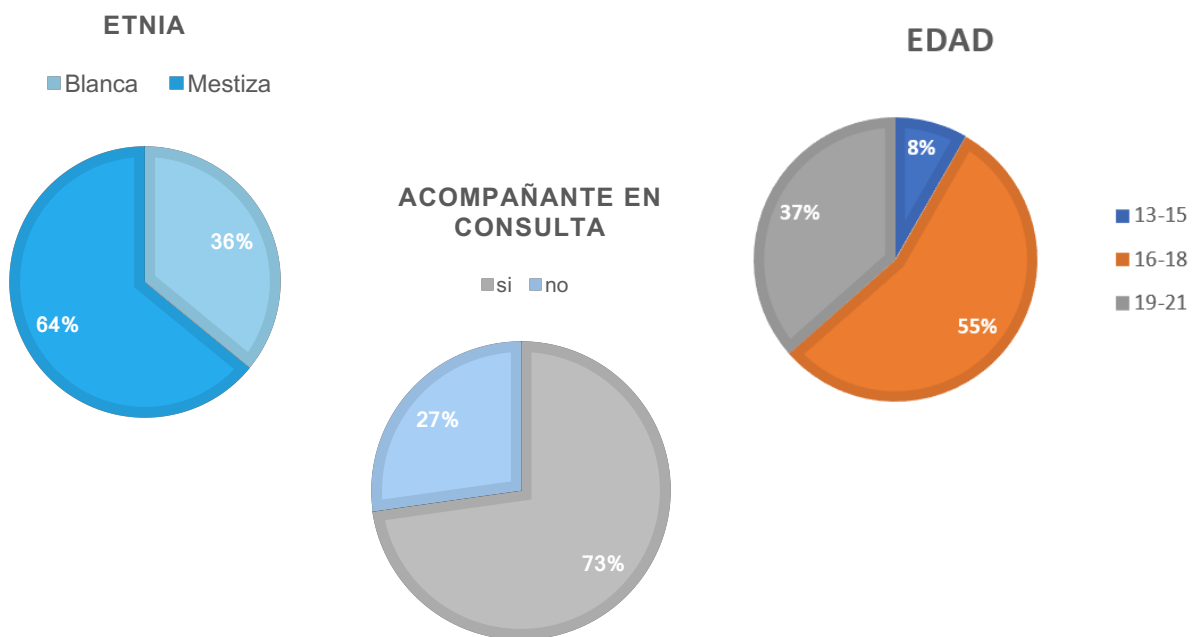


Figura 2. Graficas de características de la población de estudio.

Edad	Solteras	Casada	Union Libre	Separada
13-15	21	0	12	0
16-18	70	9	142	0
19-21	2	12	103	2

Tabla 3. Estado civil por grupos de edad.

Respecto a los antecedentes personales 370 de los casos negaba presentar alguno, que corresponde al 92.50%. El 95.75% de las pacientes mencionaba tener un crecimiento normal con 98.75% mencionando un desarrollo normal, con 311 de las pacientes recibiendo educación desde el preescolar, correspondiendo a un 77.75%. El 97% presentaba su cartilla de vacunación completa. De las 30 pacientes que mencionaron tener antecedentes personales, el 8.50% presentó antecedentes de atopia, cuatro pacientes mencionaban tener antecedentes de enfermedades infectocontagiosas, que corresponde al 1% de los casos; De las enfermedades crónicas se reportó en cinco pacientes, que corresponde a 1.25% de los casos. Tres de las pacientes mencionaron alguna discapacidad, correspondiendo a un 0.75% de los casos. Respecto a los accidentes 28 pacientes mencionaron haber sufrido alguno, 6 pacientes haber sufrido alguna intoxicación, correspondiendo a 7 y 1.50% de los casos respectivamente. Respecto a los antecedentes quirúrgicos, 55 pacientes mencionaban alguna cirugía previa correspondiendo al 13.75%. En cuanto a los antecedentes psiquiátricos 16 pacientes mencionaban presentar algún problema psicológico y 8 de los casos menciono sufrir algún tipo de violencia, correspondiendo al 4 y 2% respectivamente.

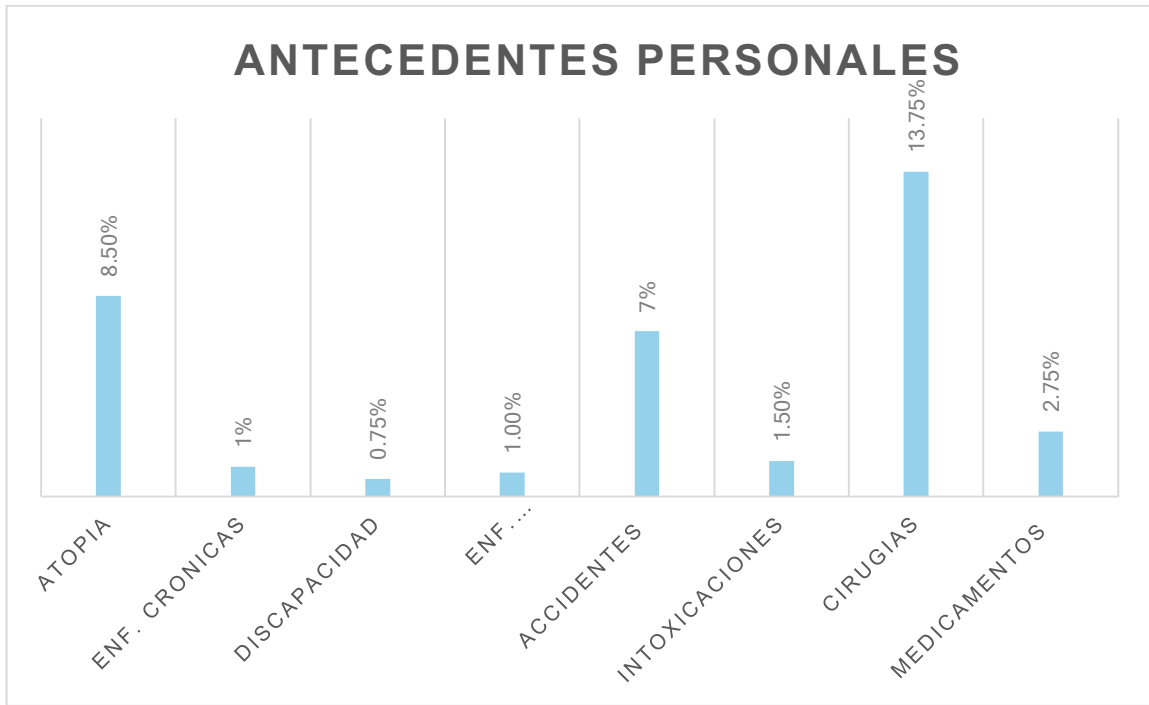


Figura 3. Porcentaje de antecedentes personales

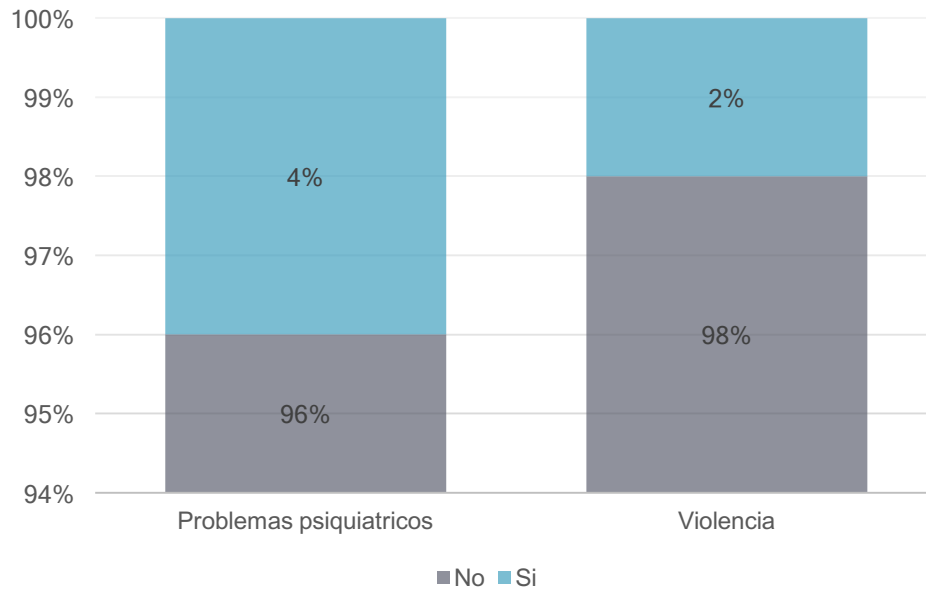


Figura 4. Porcentaje antecedentes psicosociales.

Respecto a los antecedentes familiares de nuestra población 193 de los casos mencionaron tener por lo menos un familiar con Diabetes Mellitus, correspondiendo a un 48.25%, en relación con la obesidad en la familia, 6.25% de los casos mencionaron presentar problemas de peso, 112 de los casos mencionaron tener algún familiar con problemas cardiovasculares, correspondiendo a un 28% y con respecto a los antecedentes de atopia en la familia solo 33 pacientes mencionaron a algún familiar con problemas alérgicos, correspondiendo a un 8.25%, respecto a los antecedentes de cáncer en la familiar 13.7% mencionaron a por lo menos un familiar que tuvo algún cáncer y el 1.25% refirió algún familiar con algún antecedente de enfermedades infecciosas. Respecto a los problemas psicosociales que presentaban las familias de nuestra población de estudio solo se presentaron en 13 de los casos, que corresponde al 3.25%, encontrando también violencia intrafamiliar en 1.25% de los casos, abuso de alcohol y tabaco en 27 de los casos, correspondiendo al 6.75% de la población de estudio.

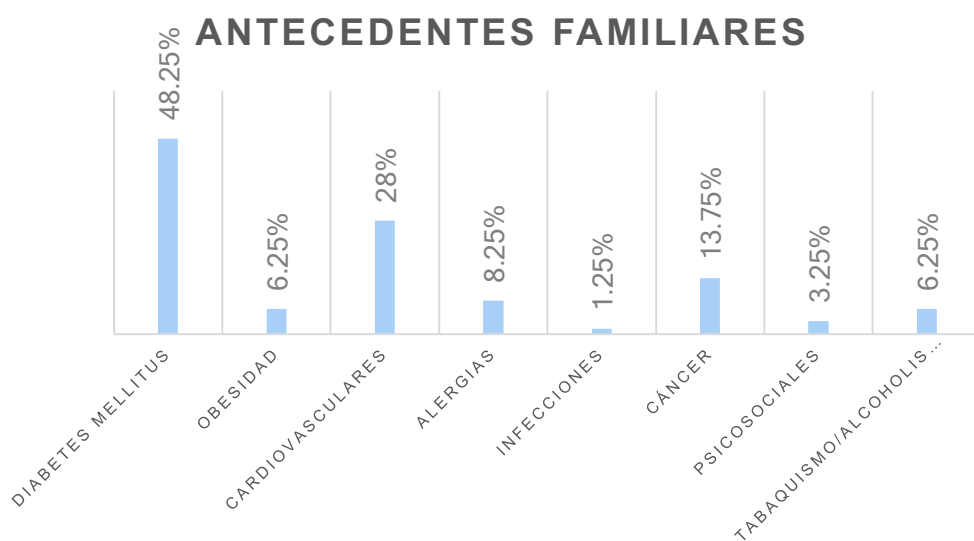
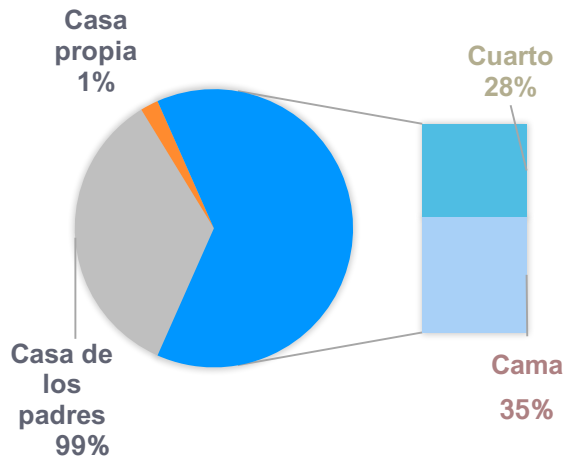


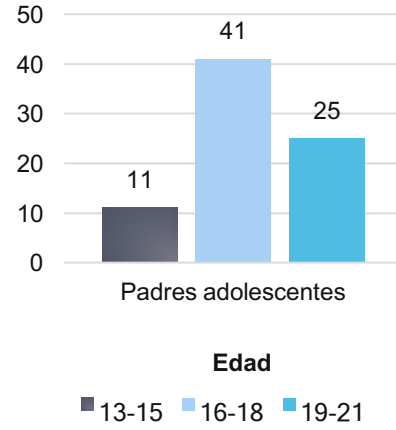
Figura 5. Porcentaje Antecedentes Familiares

Respecto al entorno familiar en el con el que conviven las pacientes que incluimos en el estudio se encontró que 177 de los casos tenían padres que fueron padres adolescentes. Esto significa que ser hijo de padres adolescentes es un factor de riesgo para que este fenómeno sociológico se presente en la siguiente generación ($p < 0.02$), el 99% de los casos comparte la casa con sus padres, además de 325 y 159 de las pacientes comparten el cuarto y la cama respectivamente. Respecto al nivel de educación de sus padres y de su pareja, se encontró que el 51% tenía estudios hasta la secundaria, por lo que se consideró otro factor significativo ($p < 0.04$), es decir el nivel académico de los padres y parejas es un factor de riesgo para el embarazo adolescente. El 22.5% mencionaba no tener ningún tipo de estudio, 19.5% estudió hasta la primaria y solo el 6% contaba con estudios hasta nivel medio superior. Con respecto a la fuente de ingresos que presentaban los padres y la pareja de las pacientes se encontró que de los dos padres en el 89.75% de los casos era el padre el que trabajaba con solo el 30.5% de las madres teniendo empleo, en el 66.25% de los casos la pareja de la paciente contaba también con empleo. Respecto a los servicios básicos el 100% de los casos contaba con ellos en la vivienda en la que habitaban, presentando además hacinamiento en 71 de los casos, correspondiendo al 17.75%.

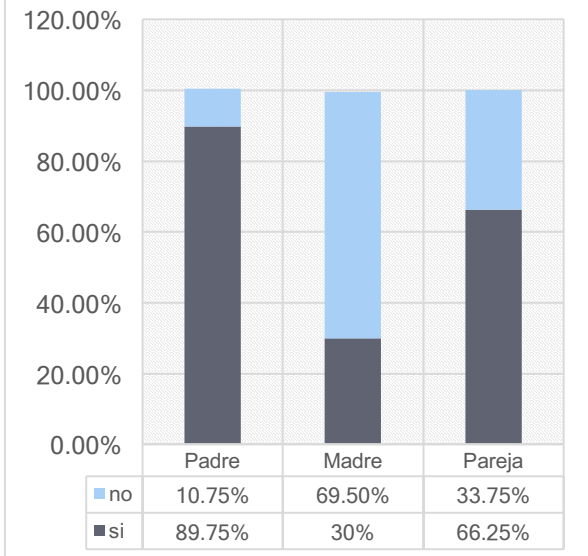
VIVIENDA



Padres Adolescentes



Empleo



Escolaridad

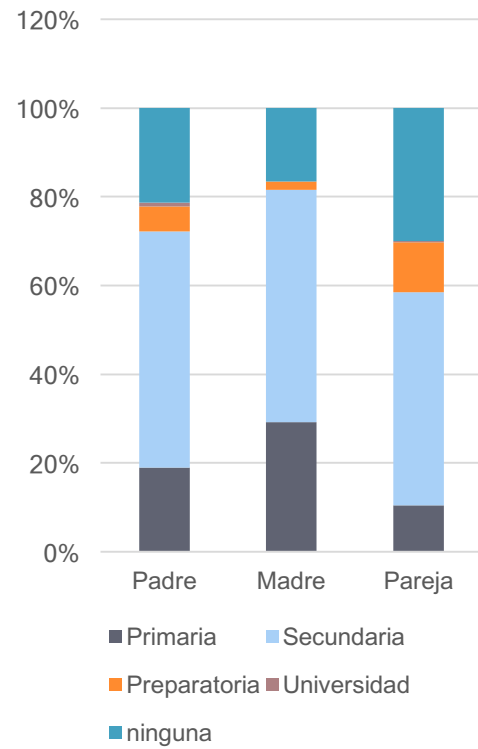


Figura 6. Graficas entorno familiar.

De nuestra población de estudio el 93% de los casos había dejado de estudiar, siendo la causa en el 34.75% de los casos el embarazo, 58.25% mencionaron que fue por otras razones. En 249 casos el nivel de estudio alcanzado fue hasta la secundaria, lo que fue altamente significativo ($p < 0.001$) correspondiendo a un 63%, esto implica que el nivel académico de las pacientes representa un factor de riesgo sumamente importante en la incidencia del embarazo adolescente. Solamente en 20% de los casos alcanzaron hasta nivel medio superior, 13% solo contaba con estudios hasta la primaria y un 4% contaba con estudios técnicos. Se les cuestionó si presentaron alguna vez algún problema durante su formación educativa, así como violencia escolar negándose el 98.75% de los casos. Respecto a si contaban con algún empleo o actividad, el 99.25% negó tener alguno, el 40.5% de los casos habían trabajado alguna vez y el promedio de inicio de trabajo fue de 16 ± 3 años.

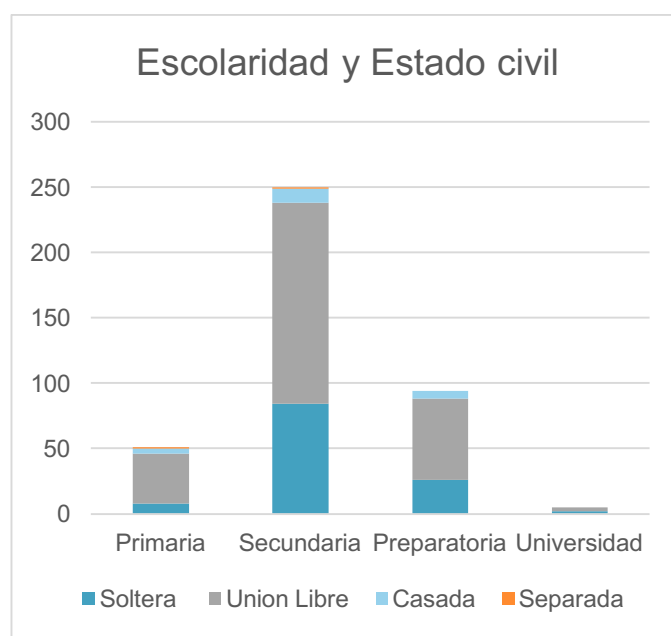


Figura 7. Escolaridad y estado civil.

Deserción escolar

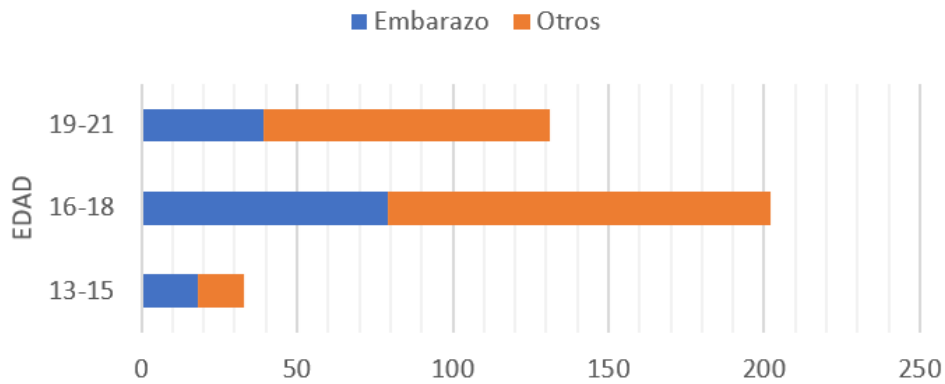


Figura 8. Deserción escolar por grupos de edad

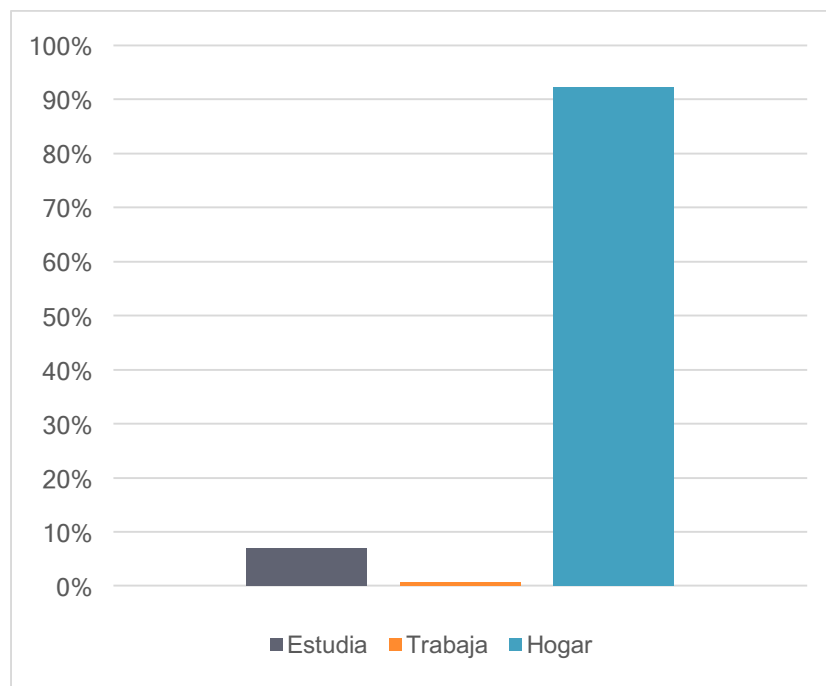


Figura 9. Actividad de la población de estudio

Se preguntó si contaban con pareja al momento del estudio, lo cual fue afirmativo en 282 casos correspondiendo a un 70.5%. La edad promedio de la pareja fue de 14 ± 9 años. Solo en 8 de los casos afirmaron sufrir de violencia por parte de su pareja, correspondiendo a un 2%.

Respecto a los hábitos de las pacientes se encontró que el 85.25% de los casos presentaba patrones de sueño normales, con un promedio de 8.9 ± 1.8 horas de sueño por noche. Respecto a los hábitos alimenticios se encontró que el 93.25% de los casos presentaba una dieta adecuada, con un promedio de 4 ± 1 comidas al día realizadas en compañía de su familia. El promedio de IMC fue de 27.2 ± 6 . En cuanto hábitos nocivos en 40 de los casos mencionó ser fumadora correspondiendo a un 10%. El promedio de la edad de inicio del tabaco fue de 16 ± 2 años, con un consumo en promedio de 2 ± 1 cigarros por día, En 18 de los casos las pacientes mencionaron un consumo de alcohol frecuente, correspondiendo a un 4.5%.

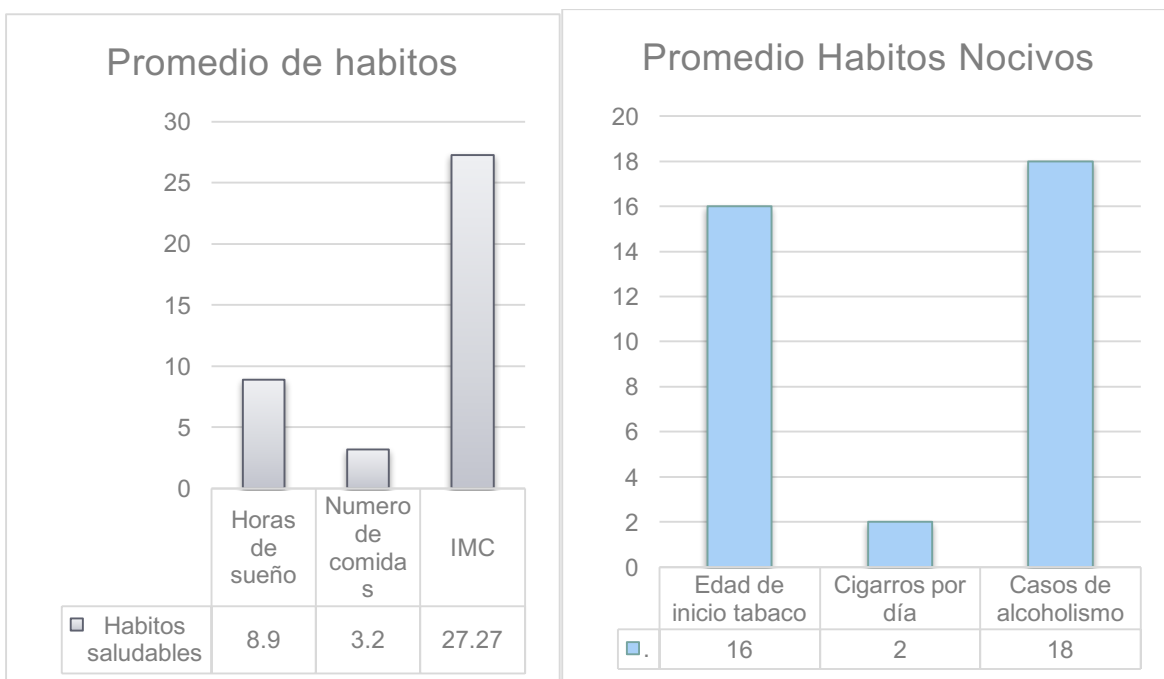


Figura 10. Hábitos de la población de estudio

Con respecto a los antecedentes gineco-obstétricos el promedio de inicio de la menarca fue a los 12.5 ± 1.7 años el 76.5% de las pacientes recordaban su fecha de última menstruación, 156 casos mencionaron de padecer dismenorrea, correspondiendo al 39% de los casos, en 99% de los casos negaron presentar alguna vez o al momento del estudio flujo patológico, en 7 de los casos afirmaron tener alguna infección de transmisión sexual el cual corresponde al 1.75%. En promedio nuestra población a tenido 2 ± 1 embarazos de los cuales en 38 de los casos había resultado en un aborto, correspondiendo a un 9.5%. El 59% de los casos mencionaban haber tenido más de una pareja sexual lo que representa un alto riesgo para embarazarse ($p < 0.001$) siendo el promedio de inicio de vida sexual activa a los 15.5 ± 1.4 años, en 31 de los casos habían tenido su primera relación sexual bajo coerción, correspondiendo al 7.75%. Respecto al método de planificación que nuestra población de estudio utilizaba, se encontró que 152 de los casos recurría algún tipo de anticoncepción, lo que solo correspondiendo a un 38% ($p < 0.001$), con lo que se podría inferir como otro factor de riesgo ya que, a pesar de tener conocimiento de algún método anticonceptivo, la mayoría no hace uso de ellos. En 30.75% de los casos utilizaban el condón como método de planificación, en 76 casos mencionaron algún otro método anticonceptivo, correspondiendo al 19%, respecto al uso de anticonceptivos orales de emergencia, 60 de los casos afirmaron utilizarlos alguna vez, correspondiendo a un 15%.

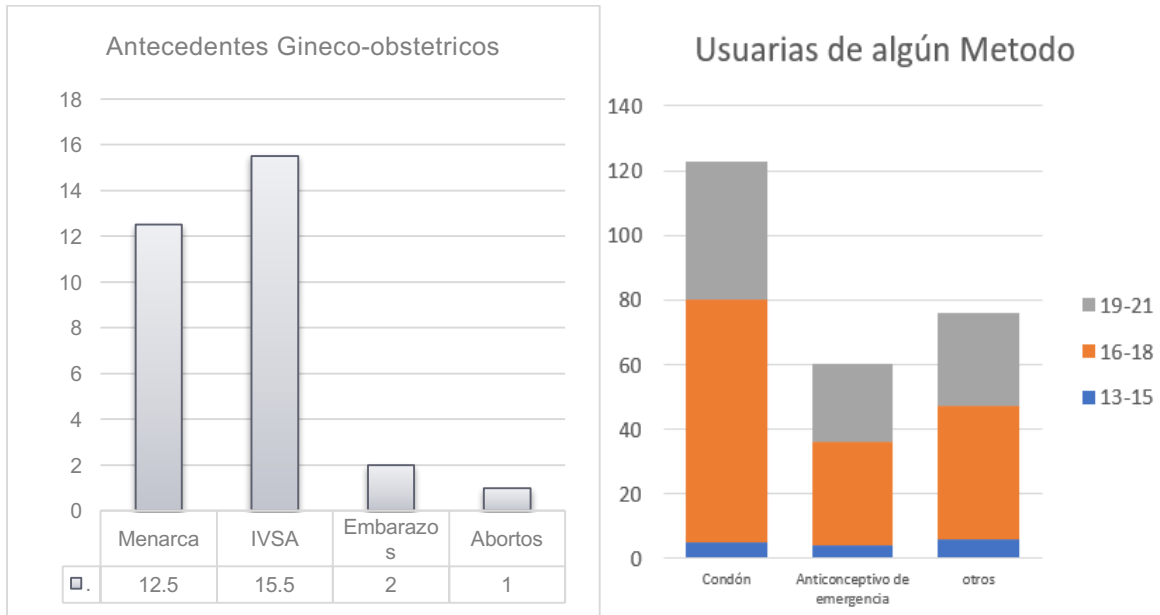


Figura 11. Antecedentes Gineco-Obstetricos

Edad	Hijos			
	0	1	2	3
13-15	27	6	0	0
16-18	207	38	3	0
19-21	93	44	8	1

Tabla 4. Cantidad de hijos por grupos de edad.

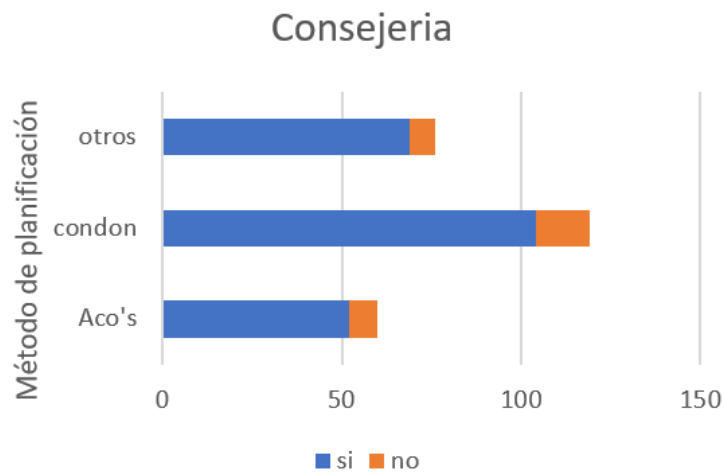


Figura 12. Método de planificación basándose en si tuvo o no consejería la población de estudio

Edad	IVSA	Coerción	Anticoncepción
13-15	14	4	10
16-18	15	14	88
19-21	16	13	54

Tabla 5. Inicio de vida sexual dividido por grupo.

Respecto a la perspectiva personal que tenía nuestra población de estudio el 99% se encontraba conforme con su imagen corporal, 276 de los casos contaban con un proyecto de vida, que corresponde a un 69%. Con respecto a las redes sociales de apoyo solo 16 de los casos afirmaba contar con alguno, correspondiendo al 4%. Respecto a los resultados de la encuesta de autoestima el promedio fue de 34.2 ± 6.08 , obteniendo un puntaje en promedio de 18.77 ± 3.5 en autoestima general, 5.36 ± 1.19 en autoestima social, 5.05 ± 1.33 en autoestima escolar y 5.19 ± 1.76 en autoestima en el hogar. Todos estos puntajes se interpretan normales, Los resultados del apgar familiar tuvieron un promedio de 8.34 ± 1.75 .

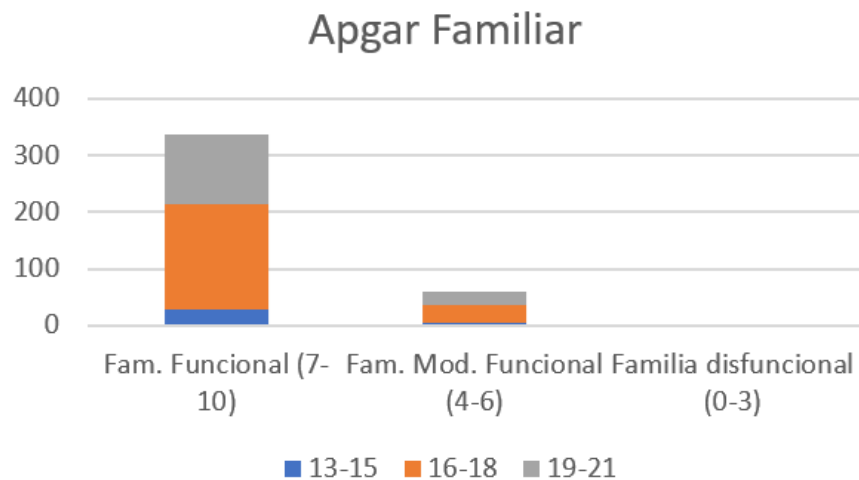


Figura 13. Apgar familiar divididos por grupos de edad.

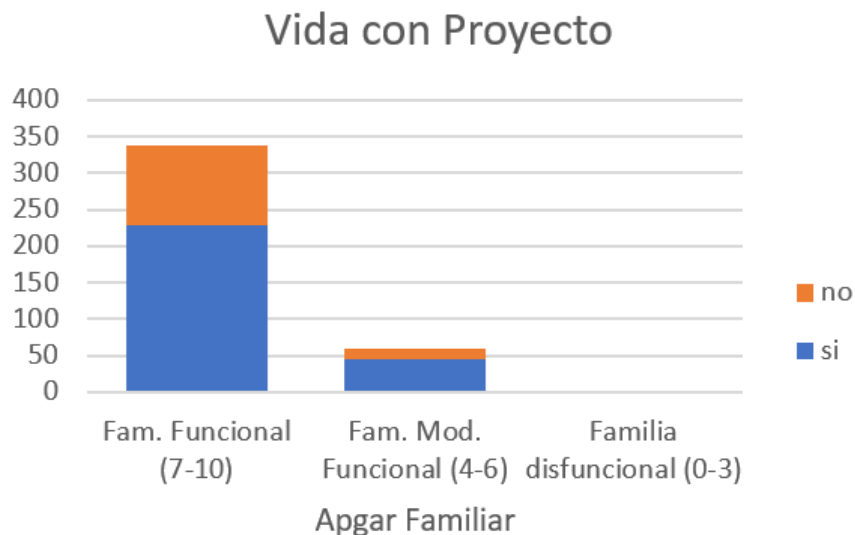


Figura 14. Vida con proyecto dividido por apgar familiar.

Apgar	Pareja	
	Si	No
Fam. Funcional (7-10)	236	102
Fam. Mod. Funcional (4-6)	44	16
Familia disfuncional (0-3)	2	0

Tabla 6. Pacientes con parejas dividido por apgar familiar

Apgar	Hijos			
	0	1	2	3
Fam. Funcional (7-10)	258	70	9	0
Fam. Mod. Funcional (4-6)	47	11	2	0
Familia disfuncional (0-3)	0	1	0	1

Tabla 7. Numero de hijos dividido por apgar familiar.

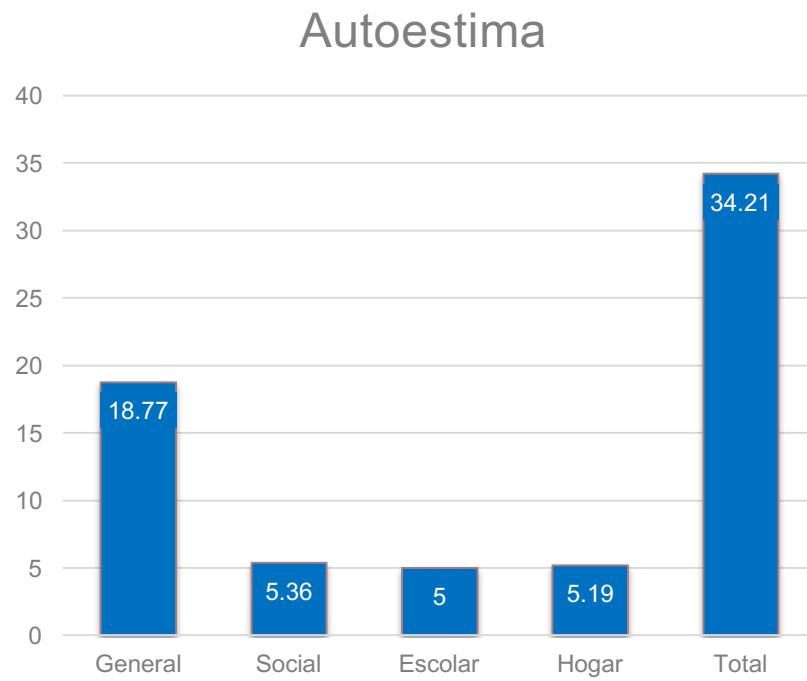


Figura 15. Resultados Test autoestima de Stanley.

CAPÍTULO IX

DISCUSIÓN

La adolescencia es la etapa de la segunda década de la vida humana que se caracteriza por rápidos y múltiples cambios en los aspectos físico, psicológico, social y espiritual. Durante este período las personas completan el crecimiento y desarrollo físico, alcanzando la capacidad de reproducción, adquieren el pensamiento abstracto y la autonomía emocional de las figuras paternas, desarrollando una nueva identidad; modifican las relaciones sociales y alcanzan la capacidad de intimar sexualmente; transforman la escala de valores por la que se evalúan a sí mismos y a los demás; y se incorporan a la vida adulta a través de una inserción laboral que les facilita la autonomía económica y el logro de proyectos en la vida. En este proceso de búsqueda el adolescente ensaya múltiples roles, que por momentos pueden ser conflictivos, para alcanzar luego un nuevo equilibrio, sin que esto signifique siempre enfermedad o daño. (11)

Las estadísticas en los últimos años sobre el embarazo en adolescentes en el mundo son alarmantes, desde países en desarrollo hasta de primer mundo han reflejado un cambio en la epidemiología, lo que ha llevado al estudio de factores y

condiciones que pudieran favorecer este resultado, y los resultados, han sido variables dependiendo donde se realice el estudio. En México, el porcentaje de nacidos vivos registrados, cuya madre tiene menos de 20 años ha aumentado de manera gradual hasta un 12% en un rango de 13 años. Actualmente 1.9 de cada 10 jóvenes menores de 20 años cursarán un embarazo, lo que es casi el doble que en Estados Unidos, más del doble que en Reino Unido, más de 3 veces que en Canadá, y más de 8 veces que en Suecia. (12), En México casi medio millón de mexicanas menores de 20 años dieron a luz en el 2005. (5) y de manera más local, nuestro departamento cuenta con estadísticas del Hospital Universitario en la que las adolescentes ocupan alrededor del 30% de la tasa total de embarazos que se atienden en un periodo de 1 año. Lo que comprueba la variación de incidencia dependiendo de la geografía, aun en un mismo país o estado.

En cuanto a la edad, en nuestro estudio, la mayoría de la población adolescente cursando un embarazo se encontró en la adolescencia media, la cual no difiere al compararlo con trabajos realizados en Chile donde se determinó una edad promedio de 18.6 años (13) y de 17 años en Colombia (14), por esta razón el lugar de origen no se podría considerar una variable estratificadora a partir de la cual la población aumenta la proporción de madres adolescentes y la edad promedio de las mismas.

En la dimensión familiar Corcoban y col. describen como factor de riesgo tener el antecedente de una madre con historia de embarazo en la adolescencia, (15) concordando con los resultados de este trabajo.

Respecto al entorno socioeconómico, el 99% de los casos comparte la casa con sus padres, el 81% de las pacientes comparten el cuarto y/o cama respectivamente, todas cuentan con servicios básicos y una quinta parte vive en hacinamiento; Lo que se traduce a un entorno socioeconómicamente medio- bajo, y bajo, apoyando la hipótesis sobre el nivel socioeconómico predominante al que pertenece la población en riesgo. Respecto a la fuente de ingresos de los padres y la pareja de las pacientes se encontró que casi el 90% de los casos eran dependientes del padre, y en un poco más de la mitad de los casos la pareja de la paciente contaba con empleo. A pesar de contar con una pareja que en su mayoría cuentan con un trabajo activo, esta no es la fuente principal de ingresos, sin embargo estos datos pueden verse sesgados por la predominancia de cierto nivel socioeconómico que asiste a nuestro lugar de reclutamiento y la falta de diversidad.

En cuanto al conocimiento y dominio de los métodos anticonceptivos, al igual que en la literatura revisada (15) se encontró que el conocimiento de los métodos anticonceptivos es universal, abarcando el 87% de nuestra población y fue independiente de su nivel educativo, sin embargo, solo el 38% de los casos recurría a algún tipo de anticoncepción siendo los más utilizados el preservativo (30.75%) y los anticonceptivos orales (19%), por lo tanto no puede considerarse a la falta de conocimiento un factor predisponente para el embarazo temprano. Es relevante que el 49% de los métodos utilizados se concentraron en los anticonceptivos orales y el preservativo, mostrando preferencia por los métodos reversibles de corta duración.

En lo concerniente a la educación, estadísticas actuales reflejan que la tasa global de deserción escolar de los adolescentes entre 15 y 19 años fluctúa entre países, alcanzando en México un porcentaje situado entre el 25% y el 35% de los adolescentes, (16) en nuestro estudio encontramos que la escolaridad media es predominante, tanto en los padres de familia como la pareja y la paciente. Uno de los resultados más impactantes en el estudio fue que en el 93% de los casos las pacientes dejaron de estudiar al saberse embarazadas, no obstante, solo el 34.75% alegó el embarazo como causa de deserción. Se les cuestionó intencionadamente si presentaron alguna vez algún problema durante su formación educativa, así como violencia escolar negándose en el 98% de los casos. Sin embargo, aun sin llegar a reconocer las pacientes al embarazo temprano como causa de deserción, al contrastar estos resultados con las estadísticas nacionales previamente mencionadas (16), se podría considerar que el embarazo adolescente influye en la decisión del abandono escolar, o bien existe la negación de aceptar el embarazo como el principal responsable de su decisión.

Con relación al inicio de vida sexual, la edad promedio del primer coito fue a los 15 años, lo que corrobora según Adsera y cols. con jóvenes de muchos países de América Latina donde se han reportado promedios entre 15-16 años. (17) Es importante resaltar que al menos el 33% de la población fueron menores de 15 años y muy probablemente algunas de estas pacientes no hayan sido del todo sinceras con respecto a la edad de inicio de vida sexual, dado que en algunos casos a pesar de tener 15 a 16 años, ya contaban con más de un compañero sexual.

La edad promedio de inicio de vida sexual correspondió con la edad promedio en que las pacientes iniciaron algún trabajo remunerado y el inicio del tabaquismo, lo que puede condicionar factores de riesgo al incursionar en diferentes círculos sociales fuera de la familia que otorgan sensación de independencia. Por otra parte, el 41% de los casos mencionó haber tenido más de una pareja sexual, lo que representa un porcentaje elevado respecto a otros estudios que mencionan el 23.8%, así mismo la edad de las parejas fue dos años menor que la edad de las pacientes, a la inversa de estudios realizados por Fortenberry y cols. (18) En lo que atañe a violencia sexual, se reportaron 31 casos que habían tenido su primera relación sexual bajo coerción, correspondiendo al 7.75%, lo cual no corrobora con el 2% que reportaron las pacientes al ser cuestionadas sobre violencia de parte de la pareja, pudiendo explicarse esta diferencia por una falta de conocimiento de lo que implica la violencia en todas sus esferas o bien por vergüenza de reconocer directamente haber sido víctimas.

Los aspectos psicosociales fueron otra esfera importante a estudiar en nuestra población, ya que estos facilitan el cuidado o deterioro del estado de salud, actuando como factores protectores o de riesgo. Estos representan en la familia una de las bases para generar conductas de autocuidado con promoción y prevención en salud mejorando la calidad de vida de sus integrantes. El análisis de esta investigación mostró que independientemente de los aspectos psicosociales que enfrentan las mujeres, la mayoría de las pacientes y sus familiares muestran una actitud positiva frente al embarazo.

Al igual que los aspectos psicosociales, la función familiar es clave en el desarrollo de los individuos, ya que los cambios producidos dentro de su estructura como nacimientos, enfermedades, distanciamiento o fallecimiento de alguno de sus miembros y periodos como adolescencia y senectud pueden generar crisis y alterar la dinámica familiar. En esta investigación se analizó por medio del Apgar familiar como era la función familiar en nuestra población, resultados que mostraron que la mayoría se encuentra en familias funcionales, hecho que al comparar con las demás variables se encontró que las pacientes que presentaban familias funcionales eran aquellas que tenían un proyecto de vida, era su primer hijo y contaban con el apoyo de su pareja. Contrario a la hipótesis de este trabajo, los resultados de los cuestionarios sobre autoestima social, escolar, del hogar y general no fueron significativos para ningún grupo de edad, todos se interpretaron dentro de rangos normales.

Este estudio revela la importancia de orientar, informar y entregar conocimientos que sirvan como herramientas a la población de riesgo. El embarazo adolescente engloba una diversidad de factores y la evaluación de éstos es fundamental para disminuir aquellos aspectos que pueden influir como factores de riesgo esto representa una alta relevancia en el refuerzo de los factores protectores; realizando consejerías individualizadas que consideren no solo a la paciente sino también a su círculo más cercano y familiar.

CAPITULO X

CONCLUSIONES

Se identificó la misma escolaridad tanto de la madre adolescente como su familia y su pareja, la falta de uso de anticonceptivos a pesar de su conocimiento, ser hija de padres adolescentes y haber tenido varias parejas sexuales como los factores de mayor riesgo para la incidencia del embarazo adolescente.

El estrato socioeconómico medio-bajo y bajo fueron predominantes en la población estudiada, con una dependencia económica directa de los padres. El embarazo temprano es un disparador de la deserción escolar.

La autoestima social, escolar, del hogar y general no fue significativa para ningún grupo de edad. En nuestra población la unidad familiar se encuentra funcional, ya que las pacientes cuentan con una red de apoyo. El grupo más vulnerable para embarazarse es la adolescencia media.

CAPITULO XI

ANEXOS

Apgar Familiar

PREGUNTA	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Cuando algo me preocupa, puedo pedir ayuda a mi familia.			
Me gusta la manera como mi familia habla y comparte los problemas conmigo.			
Me gusta como mi familia me permite hacer cosas nuevas que quiero hacer			
Me gusta lo que mi familia hace cuando estoy triste, feliz, molesto, etc.			
Me gusta como mi familia y yo compartimos tiempos juntos.			

Puntaje	Interpretación
0-3	Disfunción familiar severa
4-6	Funcionalidad moderada
7-10	Alta funcionalidad

CAPITULO XII

REFERENCIAS

1. Sedgh, G., Finer, L. B., Bankole, A., Eilers, M., & Singh, S. (Febrero de 2015). Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. *J Adolesc Health, 56(2)*, 223-230.
2. Routi, A. (1994). Patología obstétrica en la adolescente embarazada. *Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia, 1(2)*, 70-2.
3. Ojeda, G., Ordóñez, M., & Ochoa, L. H. (2010). *PROFAMILIA*. Recuperado el 18 de ENERO de 2019, de PROFAMILIA:
dhsprogram.com/pubs/pdf/fr246/fr246.pdf
4. American Academy Of Pediatrics, commite on Adolescent. (1999). Contraception and Adolescents. *Pediatrics, 104*, 1161-66.

5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). *INEGI*. Recuperado el 17 de Enero de 2019, de INEGI: www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2010/
6. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2009). *UNICEF*. Recuperado el 17 de Enero de 2019, de UNICEF: www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm
7. Forrest, J. (Julio de 1993). Timing of reproductive life stages. *Obstetrics and gynecology*, 82(1), 105-11.
8. Peláez, J. (1997). Adolescente embarazada: características y riesgos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 23, 13-17.
9. Leon, P., Minassian, M., Borgoño, R., & Bustamante, F. (2008). Embarazo Adolescente. *Revista Pediátrica Electrónica*, 5, 42-49.
10. Florez, C., & Soto, V. (Marzo de 2013). Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia|. Bogotá, Colombia.
11. Poo, A., Baeza, B., Capel, P., Llano, M., Tuma, D., & Zúñiga, D. (2005). Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. *SOGIA*, 12, 17-24.

12. Moreno L, Singh S. (1992 Jun;20). Fertility decline and changes in proximate determinants in Latin America and the Caribbean. *The Fertility Transition in Latin America*. Nueva York: Oxford University, 55, 129-59. 2017, De MEDLINE Base de datos.
13. Bernardita, B., Póo, F., Vásquez, O., Muñoz, S., Vallejos, C., (2007). Identificación de Factores de Riesgo y Factores Protectores del embarazo adolescente en la novena Región. *Revista Chilena de ginecología y Obstetricia*, 72, 76-81
14. Gaviria , A., Correa, L., Dávila, C., Burgos, G., Girón, S., Osorio, E., & Corredor, J. P. (2015). *PROFAMILIA*. Recuperado el 18 de Enero de 2019, de PROFAMILIA: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>
15. Corcoran, J., Franklin, C. G. S., & Bennett, P. (2000). Ecological factors associated with adolescent pregnancy and parenting. *Social work research*, 24(1), 29-39. <https://doi.org/10.1093/swr/24.1.29>
16. Espíndola, E., León, A. (septiembre - diciembre 2002). La deserción escolar en América Latina: un tema prioritario para la agenda regional. *Revista Ibero Americana de Educación*, 30, 39-62.
17. Adsera, A., & Menendez, A. (2011). Fertility changes in Latin America in periods of economic uncertainty. *Population studies*, 65(1), 37-56.

18. Fortenberry D., Katz B., Blythe M., Juliar B., Orr D. (Julio 29, 2003). Factors Associated with time of the day of sexual activity among adolescent women. *Jornal of Adolescent Health*, 38, 275- 281. Marzo 2006, De PubMed Base de datos.

CAPITULO XIII

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Cristina Aide Ramírez Colunga

Candidato para el grado de Especialista en Ginecología y
Obstetricia

Tesis: Factores Sociodemográficos y Psicosociales asociados al
Embarazo Adolescente

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud

Biografía:

Datos Personales: Nacida en Monterrey, Nuevo León, el 25 de Diciembre de 1989, hija de Blanca Alicia Ramirez Colunga.

Educación: En agosto 2006 inició la licenciatura de Médico Cirujano y Partero en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, finalizando en julio de 2012. En marzo de 2015 inició sus estudios de posgrado en el programa de especialización en Ginecología y Obstetricia, en el Hospital Universitario de la UANL.

Experiencia Profesional: Residente de Cuarto Año (4-4) de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

CAPITULO XI

ABSTRACT

Adolescent pregnancy is defined as pregnancy in women, whose age range is considered adolescent, regardless of their gynecological age, according to the World Health Organization (WHO), this comprises between 10 and 19 years, which for operative purposes, it is divided into two groups: early adolescence of 10 to 14 years and late adolescence of 15 to 19 years. Adolescence leads to a series of situations that can threaten both the health of the mother and the child and become a health problem, which should not be considered only in terms of the present, but of the future, for the complications that it brings.

Objective: To identify sociodemographic and psychosocial risk factors (individual, interpersonal and contextual) common among adolescents undergoing a pregnancy of any gestational age, who come to the Hospital "Dr. José Eleuterio González".

Material and Methods: A cross-sectional study was carried out. The study population consisted of adolescent patients treated at the Hospital Dr. José E.

González in the resolution of pregnancy or prenatal control. The selected population was surveyed on personal, interpersonal and contextual variables, through the Apgar Score, The National Survey Adolescents and the Stanley Coopersmith Self-esteem Inventory.

Results: Significant differences were found regarding the variables compared in the different age groups.

Conclusions: It was found the same academic degree in mother's patient, her family and her partner, the deficiency of contraceptive use despite their knowledge, been daughter of adolescent parents and having had several sexual partners as the factors of greatest risk for the incidence of adolescent pregnancy. The medium-low and low socioeconomic stratum were predominant, with a direct economic dependence on the parents. Early pregnancy is a trigger for school dropouts. Social, school, home and general self-esteem was not significant for any age group. In our population, the family is functional, and patients have a support network.