

UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO DE PUEBLA



**Centro Interdisciplinario de Posgrados
Investigación y Consultoría
Departamento de Maestría en Salud Pública**

**Determinantes sociales de la salud de las adolescentes
embarazadas atendidas en el Hospital Integral El León Atlixco en el
periodo de enero a abril del 2014**

**Tesis que para obtener el Grado de
Maestro en Salud Pública**

Presenta

Abraham Acosta Pérez

Sinodales asignados

Coordinador M.E. Sandra Silvia Solís Solano

Secretario Mtro. Jorge Manuel Ramírez Sánchez

Vocal Med. Esp. María Virginia Ortega Alejandre

Puebla, México.

2014



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

RESUMEN.....	4
ANTECEDENTES GENERALES	5
ANTECEDENTES ESPECIFICOS	13
JUSTIFICACIÓN.....	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
HIPOTESIS	22
OBJETIVOS	23
OBJETIVO GENERAL.....	23
OBJETIVOS ESPECIFICOS	23
MATERIAL Y METODOS.....	24
DISEÑO DEL PROYECTO	24
DEFINICIÓN DEL UNIVERSO DE TRABAJO	25
TAMAÑO DE LA MUESTRA	25
DEFINICIÓN DE UNIDADES DE OBSERVACIÓN	26
ESTRATEGIA DE MUESTREO	26
VARIABLES.....	27
VARIABLE DEPENDIENTE.....	27
VARIABLES INDEPENDIENTES	27
RECOLECCION DE LA INFORMACION	30
INSTRUMENTO DE MEDICION.....	30
VALIDEZ Y CONSISTENCIA	30
PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE INFORMACIÓN	31
BIOÉTICA.....	32
RESULTADOS.....	33
ENTORNO SOCIAL	34
ENTORNO ECONÓMICO.....	43
ENTORNO CULTURAL.....	46
ENTORNO FAMILIAR	50
ENTORNO DE LA SEXUALIDAD.....	61
ESTADÍSTICA DE CORRELACIÓN Y SIGNIFICANCIA	72
DISCUSIÓN.....	83
CONCLUSIÓN	88
PROPUESTAS	92

BIBLIOGRAFIA	94
ANEXOS	96
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	96
ANEXO 2. ENCUESTA	97

RESUMEN

La posibilidad de identificar las fuerzas o inequidades sociales, económicas, políticas y culturales que intervienen en la Salud, es un tema que se ha trabajado desde finales del siglo XIX, desde entonces la OMS ha venido gestando una serie de constructos para mejorar la calidad de vida de las personas en el mundo. A través del Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud propuesto por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CDSS) se pone énfasis en la mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias provocadas por una distribución desigual de los ingresos, los bienes y los servicios y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Por esta razón, el fortalecimiento de la equidad en materia de salud, significa ir más allá de la concentración contemporánea sobre las causas inmediatas de las enfermedades y analizar “las causas de las causas”

Objetivo. Establecer la correlación entre los Determinantes Sociales de la Salud y las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Integral El León en el periodo de enero a abril del 2014.

Material y métodos. Se realizó un estudio analítico, descriptivo, transversal, prospectivo y prolectivo de la relación de los Determinantes sociales de la salud y las adolescentes embarazadas a través de la aplicación de prueba de Correlación de Pearson, durante cuatros meses en un hospital del municipio de Atlixco Puebla México.

Resultados. Se mostró que los principales Determinantes sociales de la salud que intervinieron en las adolescentes embarazadas fueron la escolaridad, las condiciones de la vivienda, el apoyo económico y la migración de los Padres.

Discusión. Múltiples estudios muestran los diversos determinantes sociales y sus influencias hacia los adolescentes y su vida sexual, se observan similitudes en el entorno económico y el escolar, pero sobretudo en la forma de cómo viven su sexualidad los adolescentes.

Conclusión. El análisis de los determinantes sociales evidencio cuales fueron los de mayor relación y significancia para el embarazo de las adolescentes.

ANTECEDENTES GENERALES

La justicia social es una cuestión de vida o muerte, afecta al modo en que la gente vive, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura. La esperanza de vida de una niña que nazca hoy puede ser de 80 años, si nace en determinados países o de 45 años, si nace en otros.

Esas desigualdades y esa inequidad sanitaria, que podría evitarse, son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y el tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas. (1)

La posibilidad de identificar esas fuerzas o inequidades sociales, económicas, políticas y culturales que intervienen en la Salud, es un tema que se ha trabajado desde finales del siglo XIX, con el modelo conocido tradicional o ecológico, en el cual se planteaban tres componentes esenciales: el agente, el huésped y el entorno o ambiente. Estos elementos tenían fundamentalmente la idea de que entienden que los determinantes de la salud y la enfermedad eran causados por las enfermedades infecciosas, causas que en ese siglo ocasionaban altas tasas de morbilidad y mortalidad en los países. (2)

Ya en el siglo XX los países en cuestión, no solo desarrollaron una serie de tecnologías que impulsaban una nueva tipificación de las enfermedades, sino que, además, experimentan cambios en su patrón de las causas de muerte lo que se le conoce como transición epidemiológica, con la que ya no se estudia tanto las enfermedades infecciosas, empero sustituyen por enfermedades crónicas, tales como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares o la Diabetes.

Desde 1946 la Organización Mundial de la Salud ha venido gestando una serie de constructos para mejorar la calidad de vida de las personas en el mundo. Con estas se ha generado el conocimiento que tomamos para poder identificar necesidades sentidas en salud y así darles una respuesta consciente y pronta a dichas necesidades. (2)

En 1974 se da a conocer el Modelo Lalonde (Informe del Ministro de Salud Canadiense) en el cual se agrupan en cuatro categorías los DSS: Estilos de Vida, Medio Ambiente, Sistemas de cuidados de Salud y la propia Biología humana. (3)

En este marco, en 1978 en la Conferencia de la Salud de Alma Ata se promulgan los pilares de la Estrategias de Atención primaria en Salud, que es el “Derecho a alcanzar el grado máximo de salud posible” con la mayor equidad y solidaridad y considerando la necesidad de “dar respuesta a las necesidades de salud de la

población” para encaminarse hacia la salud para todos. Esto requiere que los sistemas de salud respondan a los desafíos de un mundo en transformación y a las crecientes expectativas de mejores resultados, lo cual como estrategia es la base del concepto que posteriormente se le llamo Determinantes Sociales en Salud. En el 2004 la OMS crea la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, para así utilizar las teorías de los DSS y desarrollar acciones políticas conjuntas entre los países de medio y bajo ingreso, los cuales, poseen mayores necesidades y situaciones internas muy complejas. (4)

Lo anterior se ve reflejado en la preocupación de la OMS: “La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, de los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidades de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno “natural”. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud. (4)

En 1991 Dahlgreen y Whitehead dan a conocer el modelo de las “Influencias por niveles de factores”, en este modelo se distinguen las determinantes proximales y las distales.

Los individuos están en el centro del cuadro, dotados como están de una edad cronológica, sexo y factores genéticos que sin duda influyen sus potenciales condiciones de salud. La capa o nivel inmediato después del centro representa los comportamientos y estilos de vida de cada individuo. Debe quedar claro que las personas más pobres y vulnerables se ven más afectadas por los estilos de vida, tales como el tabaquismo, la mala alimentación, las barreras étnicas culturales y raciales, entre otros; pero también enfrentan mayores barreras financieras para lograr una mejor y vida saludable. (5)

La siguiente capa o nivel representa las influencias sociales y comunitarias, en particular los soportes o apoyos sociales. Se trata, en cierta medida, del “Capital Social” que posee cada individuo. Estas relaciones sociales y las “presiones de grupo” influyen, para bien o para mal, los hábitos y comportamientos individuales. Por lo general, las personas que viven en los niveles inferiores de condición socioeconómica son los que menos redes de apoyo social cuentan, lo que se agrava con el hecho de que en sus zonas de residencia cuentan con escasos servicios sociales básicos y facilidades para la actividad comunitaria, incluyendo más débiles sistemas de salud y seguridad. En la siguiente capa o nivel se encuentran los factores vinculados a las condiciones de vida y trabajo

donde, por ejemplo, la precariedad de la vivienda, las condiciones peligrosas y estresantes de trabajo y la ausencia de servicios crean riesgos diferenciados para los grupos sociales más pobres y vulnerables.

Afectando todos y cada uno de los otros niveles están las condiciones económicas, culturales y medio ambientales prevalecientes en la sociedad en su conjunto, como la situación económica del país y las condiciones de su mercado laboral. Estas condiciones de tipo estructural reflejan la calidad de vida del país, por lo que influyen las decisiones individuales sobre la vivienda, trabajo y relaciones sociales, como también los hábitos de la mujer y las comunidades étnicas en la sociedad, entre otras, afectan de hecho la calidad de vida y condiciones socioeconómicas de los individuos, actuando por esa vía o capa de influencia le corresponde a distintas posibilidades de acción por parte de las políticas públicas, más allá de las convencionales políticas de salud. (5)

El marco conceptual propuesto por Julio Frenk denominado de “Multicausalidad difusa” en el cual busca ordenar los determinantes (no así sus componentes) de acuerdo a una jerarquía que los distingue por niveles de determinación. En el nivel Sistémico se encuentran los llamados “Determinantes Básicos” los cuales corresponden a la Población, su carga genética, el ambiente en el que se desenvuelven y su organización social (estructura económica, cultura, ideología, gobierno, tecnología y ciencia); en el nivel sociocultural están los “Determinantes Estructurales” los que define como el nivel de riqueza o población empobrecida, la estratificación social o niveles de inequidad, la estructura ocupacional o el alto nivel de desempleo y los mecanismos de redistribución o subsidios inadecuados; y por último, en lo que se designa como nivel institucional / hogar se encuentran los “Determinantes Próximos” en los que se incluyen las condiciones de trabajo (salarios bajos, sin seguridad social, contratos desventajosos para el trabajador), las condiciones de vida (falta de agua potable, saneamiento básico etc.), los estilos de vida (actividad física, alimentación, adicciones) y el Sistema de salud en el que se desarrolla la población (infraestructura, accesibilidad, calidad de atención, cobertura de enfermedades)

Según Frenk todos los fenómenos de salud suceden dentro de una población cuyos miembros tienen una determinada constitución genética y quienes se organizan socialmente para transformar el ambiente. Las relaciones específicas de determinación tienen lugar dentro de este marco básico que corresponde a una visión sistémica y multicausal. (6)

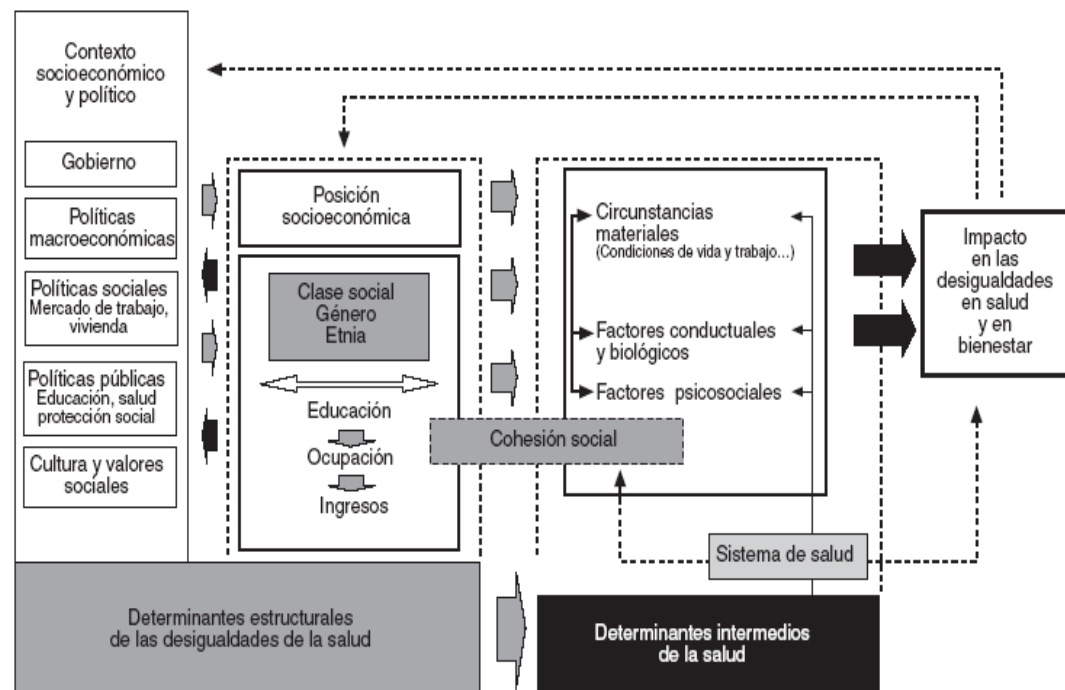
El Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud propuesto por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CDSS) pone énfasis en la mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países que están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional del poder, de los ingresos, los bienes y los servicios y por las consiguientes injusticias que afectan a las

condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. (7)

Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno “natural”, sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. Los Determinantes Estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país; y que son posibles de intervenir a través de políticas sociales y de salud. Por esta razón, el fortalecimiento de la equidad en materia de salud, significa ir más allá de la concentración contemporánea sobre las causas inmediatas de las enfermedades y analizar “las causas de las causas”

En el esquema de la CDSS se construye considerando las Determinantes estructurales (económicas, políticas, culturales y sociales) y de tipo Intermedios o intermediarios (las circunstancias materiales, los factores biológicos, conductuales y psicosociales) y su relación con la equidad en la salud y el bienestar de las personas. Así mismo se plantea la incidencia o Feedback de la salud en los determinantes sociales, ya que “enfermedades y lesiones tienen impacto indirecto en la posición socioeconómica de las personas”. (7)

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud.



Fuente: Solar e Irwin¹.

La mayor parte de la carga mundial de morbilidad y las causas principales de la inequidades en salud, que se encuentran en todos los países, surgen de las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece. Estas condiciones se conocen como Determinantes Sociales de la Salud, un término resumido usado para incluir los determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales de la salud. Los determinantes más importantes son los que dan lugar a una estratificación dentro de una sociedad (Determinantes estructurales), como la distribución de ingresos, la discriminación (por género, clase, etnia, discapacidad u orientación sexual) y las estructuras políticas y de gobernanza que refuerzan las desigualdades en el poder económico en lugar de reducirlas. Estos mecanismos estructurales que influyen en las posiciones sociales de los individuos constituyen la causa principal de las inequidades en salud. Las discrepancias atribuibles a estos mecanismos configuran el estado de salud y los resultados de salud de cada individuo, a través de su repercusión sobre determinantes intermedios, como las condiciones de vida, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales o biológicos y el propio sistema de salud. (8)

Los fundamentos para actuar sobre los determinantes sociales de la salud se basan en tres temas amplios. En primer lugar, es un imperativo moral reducir las inequidades en salud. En segundo lugar, es fundamental mejorar la salud y el bienestar, promover el desarrollo y alcanzar las metas de salud en general. En tercer lugar, es necesario actuar sobre una serie de prioridades sociales, además de la misma salud, que depende de una mayor equidad en salud.

El enfoque basado en los determinantes sociales también refleja la realidad de que las inequidades en salud no pueden abordarse sin abordar las desigualdades sociales. (8)

Los Infantes, los adolescentes, las mujeres, las personas con discapacidad, la población indígena, la población rural y la población en situación de extrema pobreza son reconocidos como grupos tradicionalmente excluidos, por haber tenido menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud general. Por otra parte, el sector de la salud a pesar de todos los logros alcanzados sigue mostrando debilidades, no solo para atender si no para entender los problemas sociales que impactan la salud de la población; se aprecia deficiencia de recurso humano capacitado, prevalencia de un modelo de curación en vez de prevención, fragmentación del sector, dificultades para el trabajo intersectorial articulado y presupuesto destinado mayoritariamente al gasto en recursos humanos y funcionamiento de hospitales. Además, baja asignación presupuestaria para las acciones de promoción de estilos y condiciones de vida saludables y de atención al medio ambiente. (9)

La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socioeconómicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han

predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las “causas de las causas”, tales como por ejemplo, las acciones sobre el entorno social. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades en salud y atención sanitaria han aumentado, y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes y no permitirán alcanzar las metas de salud de los Objetivos para el Milenio. (10)

La distribución del ingreso, los efectos distributivos de la política económica, la generación de empleo de calidad influyen de manera determinante en la calidad de las condiciones de vida, con ello en el disfrute de la salud, que excede largamente las políticas sectoriales. El crecimiento económico y desempeño económico y su volatilidad, la elevada desigualdad de la distribución del ingreso, el acceso a infraestructura básica, o los shocks asociados con desastres naturales son fundamentales. Para actuar sobre los determinantes y propiciar sinergias entre diversas políticas, es crucial incorporar estrategias intersectoriales en un entorno macroeconómico estable y propicio al crecimiento y a una mejor distribución de los frutos del desarrollo.

De forma muy diversa en los países, la segmentación de prestaciones de los sistemas de salud refleja patrones discriminatorios que dificultan intervenciones eficaces en función de los costos y del uso eficiente de recursos.

En México con el Seguro Popular de Salud se amplía la cobertura del aseguramiento que incluye garantías de financiamiento, pero no modifica la segmentación; adiciona recursos propios, canalizados de manera muy compleja y abarca una gama de intervenciones que es menor a la cobertura global de riesgos de la seguridad social. (11)

Pero los servicios sanitarios no son los determinantes principales de la salud ni de las desigualdades en salud. Pero la existencia de servicios sanitarios adecuados es una necesidad fundamental y el acceso a los mismos debería ser un derecho de todas las personas sin distinción sociales. (12)

La financiación de los servicios sanitarios es importante por dos motivos. Primero, la financiación determina la disponibilidad de los servicios y el acceso a los mismos. Segundo, los mecanismos de financiación determinan el grado de protección económica contra los grandes costes de la enfermedad.

La ausencia de cobertura sanitaria se ha asociado a una peor situación de salud, a una menor utilización de servicios sanitarios preventivos y a recibir menos servicios terapéuticos. (12)

Diversas investigaciones científicas han puesto en evidencia que la existencia de las desigualdades socioeconómicas en salud no se pueden explicar por problemas metodológicos o de calidad de los datos, ya que las desigualdades

son un hecho real. También se ha evidenciado que, si bien la selección social (el nivel de salud de un individuo es el que determinaría su posición social) existe, ella por sí sola no permite explicar las desigualdades en salud.

El poder político es un determinante de las desigualdades socioeconómicas en salud que ha sido menos estudiado; los instrumentos políticos a analizar son la fuerza de los sindicatos y de los partidos políticos, los cuales determinan tanto la naturaleza del mercado de trabajo, sobre las políticas de empleo y la existencia de un salario mínimo, como la naturaleza de estado del bienestar de la población. (13)

En México el 31.8% de la población total presenta carencia en el acceso a los servicios de salud en el 2010, lo que equivale a casi 36 millones de personas; cifra menor registrada en el 2008 que equivalía al 40.8% esto debido a proceso de afiliación al Seguro Popular.

En el 2010, en México la junta de Gobierno del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) aprobó la creación del Comité Técnico especializado del Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, dicho comité tiene como función revisar las fuentes de información disponibles para el seguimiento de los indicadores, así como analizar y acordar las metodologías para calcularlos, coordinar las actividades para la actualización de la información y presentar periódicamente informes sobre los resultados. (14)

La evaluación de los resultados incluye al Estado de Puebla, al cual se le miden 40 de los 80 indicadores establecidos para México.

Puebla tiene un IDH para el 2012 de 0.7214, el cual es superior al de Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Michoacán e Hidalgo, sin embargo el IDH Nacional se encuentra para ese mismo año en 0.7453.

Los componentes del IDH para el Estado de Puebla se observan para el 2012 en materia de salud de 0.8565, Educación 0.6438 e ingresos 0.6809; lo cual coloca al Estado en el lugar 29 del ordenamiento nacional. (14)

Al igual que otros Estados, los niveles de IDH en los municipios de Puebla se encuentran grandes desigualdades. De acuerdo con la caracterización del Instituto Nacional para el Federalismo y Desarrollo Municipal (INAFED) el Estado está conformado por siete regiones: Angelópolis, Mixteca, Serdán, Sierra Nororiental, Sierra Norte, Tehuacán y Sierra Negra y Valle de Atlixco y Matamoros.

El mayor nivel de desarrollo humano se localiza en la región de Angelópolis (0.7537), que supera en 26.7% al de Serdán (0.5951), la zona con el menor nivel de IDH. Igualmente, el municipio con el mayor IDH de todo el Estado de Puebla está en Angelópolis (0.7926). El municipio con el menor desarrollo humano se encuentra en la región del Valle de Atlixco y Matamoros (0.4246); el trecho que

separa a los municipios con mayor y menor IDH es también en el Valle de Atlixco y Matamoros con 69.1%, lo que convierte a esta región en la más desigual de Puebla. (14)

ANTECEDENTES ESPECIFICOS

La población de 10 a 19 años comprende el 30% de la población en América Latina y el Caribe, la sexualidad precoz, los matrimonios tardíos y el mayor énfasis que se le ha dado a la educación han contribuido a la aceptación de la adolescencia como una fase distintiva de la vida. Se considera un sector de población relativamente “saludable” y por ello, a menudo se pasan por alto sus necesidades en salud. No obstante, dado que la población joven se ve particularmente afectada por la pandemia de la infección por el VIH, la salud sexual y reproductiva de los adolescentes merece especial atención. Muchos de los comportamientos que se establecen durante la adolescencia pueden tener efectos persistentes en la edad adulta. Para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes es necesario abordar aspectos tales como la maternidad temprana, las infecciones de transmisión sexual (ITS), el comportamiento relacionado con la búsqueda de atención en salud, la violencia y los comportamientos de riesgo (15).

El embarazo no planeado sigue siendo un problema en la Región, ya que el 25% de las mujeres jóvenes en América Latina y el Caribe son madres antes de los 20 años de edad, y el 45% de estos embarazos son el resultado del mal uso o la falta de anticonceptivos. (16)

En 2008 un estudio demostró que esto podría atribuirse a la falta de políticas relacionadas con la educación en salud sexual y reproductiva que respondan eficientemente al aumento de las primeras relaciones sexuales a edades más tempranas. Por ejemplo, en algunos países de Centroamérica, el 50% de las mujeres jóvenes han tenido relaciones sexuales antes de los 15 años (13). Casi el 90% de los jóvenes en América Latina y el Caribe están familiarizados con al menos un método de anticoncepción, sin embargo, entre el 48 y el 53% de los jóvenes sexualmente activos nunca los utiliza. Entre los que han usado un método anticonceptivo, aproximadamente el 40% lo hace regularmente. Esto demuestra que si se tiene un mayor acceso a los servicios de salud de calidad en combinación con una mejor educación sexual, se podrían prevenir las ITS/VIH y los embarazos no deseados, lo que a su vez revela el alto nivel de necesidades no satisfechas para una anticoncepción segura. (17)

Se debe destacar que en zonas rurales las adolescentes tienen mayor probabilidad de quedar embarazadas a una edad más temprana, comparadas con las de zonas urbanas. Lo mismo sucede en aquellas de un nivel socioeconómico bajo, en relación con las que pertenecen a un nivel socioeconómico más alto. Estas madres jóvenes son generalmente pobres, sin redes de apoyo social y tienen poca educación, continuando así con el ciclo vicioso de pobreza inter-generacional. (15).

Además de los problemas sociales del embarazo precoz y no planeado, hay también efectos biomédicos negativos. Durante 2007, las condiciones obstétricas fueron la causa más común de hospitalización de las mujeres en la Región. Además, en 2003 las mujeres menores de 24 años de edad representaron el 45% de muertes estimadas debido a abortos inseguros.

Las normas de género cultural y social restringen muchas veces el acceso de las adolescentes a información y conocimiento básico, y prescriben un rol desigual y más pasivo en la toma de decisiones en relación a su sexualidad (13).

Esto disminuye su autonomía y expone a muchas de ellas a la coerción sexual y las relaciones abusivas; por ejemplo, la violencia contra las mujeres jóvenes o la amenaza de violencia aumenta su vulnerabilidad. Asimismo, las expectativas tradicionales relacionadas con la masculinidad están asociadas con comportamientos que aumentan el riesgo de infecciones de VIH/ITS entre los jóvenes varones.

Son necesarios avances significativos en equidad de género para mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes (SSRA), aumentar el empoderamiento de las adolescentes mujeres y la sensibilización de los adolescentes varones.

Desde que se realizó la Conferencia Internacional de Población y el Desarrollo (CIPD) en El Cairo (1994), 179 países han acordado un Programa de Acción, que reitera la necesidad de mejorar la SSRA, especialmente para prevenir la transmisión de ITS y VIH, con foco en edades que fluctúan entre los 15 y 24 años. (18)

La importancia de un enfoque holístico en salud sexual también se reconoció el año 2000 en Guatemala, en una consulta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y en la publicación resultante, *Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción*. Una perspectiva de desarrollo humano fue parte integrante del marco de SSRA que OPS elaboró en 2003 y se anunció en Salud sexual y el desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Estos aspectos fueron analizados en profundidad en la publicación de OPS, Jóvenes: opciones y cambios, que proporciona una revisión comprensiva de los marcos teóricos para la promoción de la salud y desarrollo de los adolescentes. (18).

En Chile, nacen cada año alrededor de 40.355 recién nacidos cuyas madres tienen entre 15 y 19 años. A esta cifra, se agregan otros 1.175 nacimientos en menores de 15 años. De esta forma, en este país, la incidencia del embarazo en la adolescencia es de alrededor de 16,16%. (17).

Uno de los problemas más complejos que actualmente confronta la reproducción humana se produce justamente en este período: el embarazo en la adolescencia, considerado como un problema biomédico con elevado riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto, que conlleva un incremento en las tasas de

morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal. Tiene además implicaciones socioculturales y psicológicas con elevado costo personal, educacional, familiar y social. (19)

Desde la perspectiva sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas. Esta situación se ve agravada por su condición de madre soltera en que queda la mayoría de estas adolescentes, debido a que la pareja es generalmente un adolescente o joven que no asume su responsabilidad paterna, provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre y el niño. (19)

En Argentina, del 35 al 40% de los jóvenes viven bajo la línea de pobreza, lo que afecta a su desarrollo, al acceso a la información y a su interacción con la sociedad. La educación y el trabajo son factores clave en el desarrollo de los adolescentes. (20)

La iniciación sexual ocurre a edades cada vez más tempranas. Según estudios recientes, la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales en los varones es de 14,4 años y la de la mayoría de las mujeres es de 15,2 años, en general, con novios o con amigos. Las mujeres, además de iniciarse sexualmente a edades tempranas, son muchas veces obligadas y padecen de violencia sexual. Esto las expone a contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no planeados.

Los efectos más nocivos del embarazo en la adolescencia están relacionados con la interrupción de la escolaridad y la inserción laboral. El embarazo en esta etapa de la vida es, entonces, un elemento predictor de menor escolaridad, menores posibilidades de capacitación y empleo, y de profundización de la pobreza. (20)

Se ha señalado que el embarazo adolescente está influenciado por factores familiares, como es el caso de antecedentes familiares de embarazo en la adolescencia o modelos familiares conflictivos y fuertemente patriarcales, que inducen a que la adolescente busque reparación afectiva y una forma de conseguir seguridad económica y personal. (20).

Según el estudio CEDES/CONAPRIS, tener un hijo/a es un proyecto de vida para muchas adolescentes. Este estudio fue realizado en quince maternidades públicas de la Argentina, de las siete zonas con más altas tasas de fecundidad adolescente; se entrevistaron 1650 madres adolescentes, entre 15 y 19 años, entre diciembre de 2003 y febrero de 2004. Más de un tercio de las entrevistadas refirió que el embarazo era la única forma de concretar un proyecto de vida. La edad promedio del primer embarazo fue de 16 años y medio. El 15,2% de las encuestadas tenía más de un hijo, pero en Tucumán y La Matanza más del 30%

se encontraba en esa situación. Más de la mitad de estas adolescentes no estudiaba al momento de embarazarse; de las que estudiaban, solamente 4 de cada 10 continuaron la escuela hasta cerca del momento del parto, y un tercio de las que abandonaron la escolaridad dijeron que lo hicieron por vergüenza o temor a ser discriminadas. (20)

Según los últimos datos del Ministerio de Salud de Argentina, en el año 2007 se produjeron 700.792 nacimientos en el país: el 15,6% correspondieron a madres menores de 20 años (106.720 nacimientos de madres de 15 a 19 años, y 2841 nacimientos de madres de menos de 15 años). Esto significa que cada cinco minutos una adolescente se transforma en madre y, generalmente, un adolescente varón es el padre. En algunas partes de Argentina, como en las provincias de Chaco y Misiones, las tasas de fecundidad adolescente son de más de 100 nacimientos por cada mil personas tasas comparables con las de África. (20)

Si bien los adolescentes se tratan de un grupo de edad relativamente saludable que ha superado ya la etapa crítica de mortalidad y mortalidad de la infancia, y aún no se enfrenta a los problemas de salud de la etapa adulta, los adolescentes contribuyen, de forma más que proporcional a su peso poblacional, a condiciones de salud que son consecuencia de comportamientos que comprometen su bienestar presente y futuro. (21)

En México se observa que 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 tener menos uso de anticonceptivos, y en el caso de las jóvenes, a embarazarse con el riesgo de llegar al aborto ante la falta de condiciones y conocimientos que faciliten una mejor decisión. Las mujeres menores de 20 años con condiciones socioeconómicas desfavorables son quienes más frecuentemente experimentan las repercusiones negativas de un embarazo temprano. (21)

Este aspecto de mayor vulnerabilidad por la fase de estructuración y formación ha sido reconocido en el diseño de políticas en salud. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 se entrevistaron a un total de 21519 adolescentes, los cuales representaron al conjunto de 22,804,083 estimados como residentes en México en el 2012, lo que equivale al 20.2% del total de población del país.

En esta encuesta se reconoce que los adolescentes tienen necesidades de salud particulares que difieren en aspectos importantes de las que tienen los adultos, donde la equidad de género es un componente imprescindible para satisfacerlas y asegurar la salud sexual y reproductiva a lo largo de todo el ciclo de vida.

De acuerdo con lo anterior, los resultados que arrojó la encuesta describe que el 90% de la población de 12 a 19 años de edad reportó conocer o haber escuchado

hablar de alguno de los métodos de anticonceptivos. Con respecto al inicio de la vida sexual, el 23% de adolescentes de 12 a 19 años respondieron afirmativamente, con una proporción mayor en hombre que en mujeres; al establecer la utilización de algún método anticonceptivo en su primera relación sexual el 47% de los hombres y el 33.4% de las mujeres no utilizaron protección. El método más utilizado por los adolescentes en la primera relación sexual es el preservativo con 80.6% en hombres y 61.5% en mujeres. (21).

En cuanto al embarazo adolescente, mostró que el 51.9% de las mujeres de 12 a 19 años que ya habían iniciado su vida sexual, habían estado por lo menos embarazadas en una ocasión y el 10.7% estaba cursando un embarazo durante la entrevista. (21)

En relación con la atención prenatal, el 97.3% recibió atención en su último embarazo y el 48% se le proporcionó un método anticonceptivo antes de salir del hospital. De los métodos más solicitados se encuentran el DIU con 74.6%, Hormonales con 17.3% y preservativo con 5.8% (21).

En un estudio realizado en dos ciudades de México, se observó el comportamiento de los adolescentes varones acerca del embarazo en esta etapa, donde el 75% vive con sus Padres, el 5% tiene antecedentes de embarazo en la adolescencia en su familia y 69% de algún conocido o amigo. El 50% opina que la edad ideal para iniciar relaciones sexuales es entre los 16 y 19 años; solo el 12% opina que debe ser antes de los 16; sin embargo el 70.1% inició su vida sexual antes de los 15 años. El 80% percibe que el inicio de la relaciones sexuales es por aventura, placer o necesidad sexual y solo el 14% por amor. (22)

El 68% opina que el embarazo en esta etapa es un evento malo o muy malo. Existe acuerdo en que el deseo de embarazarse en mujeres adolescentes o bien , el deseo de varones de embarazar a alguien, es principalmente por amor o deseo de una familia (64 y 59% respectivamente); en segundo lugar mencionan razones relacionadas con identidades tradicionales de género: “demostrar que es un verdadero hombre” en el caso de varones (30%) y “sentirse completa, más valorada o darle al hijo lo que no tuvo”(21%) en el caso de las mujeres. (22)

Si ellos ahora embarazan a alguien 57% continuarían asistiendo a la escuela y 18% abandonarían definitivamente sus estudios, Cuando existe un embarazo en la adolescencia, el 40% no se hacen responsables del embarazo y el 31% propone un aborto. (22)

Al respecto de la utilización de métodos anticonceptivos, el 66% utilizó preservativo en su primera relación sexual y solo el 24% no se protegió. (22)

El Hospital Integral El León Atlixco perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria No. 5 de los Servicios de Salud del Estado de Puebla México, es una unidad hospitalaria que cuenta con servicios de primer nivel de atención con algunos servicios de segundo nivel (Ginecología y Obstetricia, Cirugía General y Pediatría), que sirve de referencia de 12 municipios y 30 unidades entre centros de salud rurales dispersos, unidades medicas rurales y un centro de salud urbano.

En el Hospital Integral El León durante el periodo del 2009 al 2013 se otorgan en promedio 3448 consultas prenatales por año; de las cuales en promedio 700 correspondieron a adolescentes embarazadas lo que representa un 20.30% del total de consultas a embarazadas.

Durante el mismo periodo, en el área de hospitalización hubo un total de nacidos de 6704 (promedio de 1340 nacidos vivos por año); de las cuales 1797 fueron adolescentes, (promedio anual de 359 embarazadas adolescentes) lo que corresponde al 20 %; de las cuales el 3.61 % corresponden a adolescentes menores de 15 años. (23)

Del grupo de adolescentes embarazadas, el 88.42 % cursan con su primer embarazo, el 25.65% con la segunda gestación, el 4.84 % con la tercera gestación y el 0.61 % con su cuarta gesta y el 0.11 % con su quinta gesta.

Con respecto a la aceptación de métodos anticonceptivos por parte de embarazadas adolescentes posterior a su evento obstétrico, solo el 39.84% acepta un método de planificación, 20.67 % aceptan DIU, el 0.80 % aceptan algún método hormonal como la inyección bimestral, la pastilla, el implante o el parche anticonceptivo, el 1.89 % acepta realización de OTB, el 2.10 % acepta otro tipo de método como preservativos y el 74.54% decide no llevar control anticonceptivo. (23)

JUSTIFICACIÓN

En todo el mundo, las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. Es así como enferman y mueren con mayor frecuencia que aquéllas que pertenecen a grupos que ocupan posiciones sociales más privilegiadas. Esto se hace más crítico en algunos de los grupos más vulnerables. Estas inequidades han aumentado a pesar de que nunca antes han existido en el mundo la riqueza, los conocimientos y la sensibilidad e interés por los temas que atañen a la salud como en la actualidad. (24)

La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socioeconómicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las "causas de las causas", tales como, las acciones sobre el entorno social. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades en salud y atención sanitaria han aumentado, y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes y no permitirán alcanzar las metas de salud de los Objetivos para el Milenio.

Paradójicamente, existe suficiente evidencia, particularmente proveniente de países desarrollados, de acciones posibles para disminuir dichas inequidades, principalmente a través de la implementación de políticas e intervenciones de salud que actúen sobre los determinantes sociales. (24).

El creciente número de embarazos en la adolescencia, la falta de educación en salud reproductiva, el incremento de infecciones de transmisión sexual en adolescentes y la mortalidad materna en adolescentes son problemas que deben ser atendidos por el impacto que ocasiona en el gasto en salud por parte de los servicios de salud y el gasto socioeconómico a la población. (25)

La planificación familiar en la adolescencia se convierte en una necesidad y una estrategia para disminuir muchos de los problemas actuales, el sector salud debe ser uno de los pilares junto con otras instituciones para fomentar la educación completa, prevención de eventos no planeados y limitación del daño; por lo que se mantiene como prioridad dar continuidad al programa de planificación familiar en los adolescentes.

La realización de estudios que demuestran el impacto que tienen los factores socioeconómicos en la salud, en la vida sexual y reproductiva de las adolescentes, generara información de las condiciones sociales, económicas y culturales en las que se encuentran, así también se establecerán las bases para redireccionar los programas de atención encaminados a los adolescentes. (25)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El interés en México por estudiar el embarazo de los adolescentes se ha acrecentado en las últimas décadas. Desde la perspectiva demográfica y de la salud pública esto responde a distintos motivos, entre los que cabe destacar la proporción de jóvenes de 10 a 19 años de edad que en México representa el 19.55%; el porcentaje de nacidos vivos que corresponde a las mujeres menores de 20 años es de 18.3% mostrando un incremento gradual en comparación a los últimos 5 años; y porque existen evidencias de que el embarazo en edades tempranas puede representar un riesgo biopsicosocial para la madre y el recién nacido, así como una mayor morbilidad y mortalidad materno-infantil. (26).

La maternidad temprana también puede conducir a menores oportunidades para mejorar la calidad de vida de las madres adolescentes y de sus hijos(as). Además, la preocupación sobre estos embarazos se incrementa debido a que una parte importante de ellos (las estimaciones varían entre el 40 y el 60 por ciento) son no deseados y a que una cierta proporción, cuyo monto se desconoce, termina en abortos que en muchas ocasiones se llevan a cabo en condiciones poco saludables, lo que conlleva a veces a problemas para la salud de la madre. (27).

En México, las entidades en las que los adolescentes tienen una fuerte concentración son Estado de México, Distrito Federal, Veracruz, Jalisco, Puebla, Guanajuato, Michoacán, Chiapas, Guerrero y Oaxaca, la mayoría de ellos estados con bajos niveles de desarrollo social. La concentración y el crecimiento de este grupo de población aunados a las condiciones sociales y culturales en las que se desarrollan hacen de este segmento de la población uno de atención prioritaria, sobre todo porque en él aparece el fenómeno del embarazo y la maternidad temprana.

Los motivos por los cuales las mujeres en este grupo de edad pueden quedar embarazadas son múltiples y de diversa naturaleza, entre otros destacan, la falta de orientación sexual y de información de métodos de planificación, la falta de oportunidades en la formación profesional y en el empleo, y además a las construcciones sociales de género. (28)

Por lo que el estudio de los determinantes sociales que intervienen en la salud de las adolescentes, en especial de aquellas que son atendidas en el Hospital Integral El León, permitirá establecer las estrategias para entender y afrontar la problemática de los embarazos en este grupo de edad.

Por lo tanto se formuló la siguiente pregunta de investigación.

¿Existe relación entre los Determinantes sociales de la salud y las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Integral El León de Atlixco en el periodo de enero a abril del 2014?

HIPOTESIS

Existe relación entre los Determinantes sociales de la salud y las adolescentes embarazadas.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Establecer la correlación entre los Determinantes Sociales de la Salud y las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Integral El León en el periodo de enero a abril del 2014.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los Determinantes Estructurales de las adolescentes embarazadas.
- Identificar los Determinantes Intermedios de las adolescentes embarazadas.
- Determinar la correlación entre los Determinantes Estructurales y los Determinantes Intermedios
- Determinar la correlación entre los Determinantes estructurales y las adolescentes embarazadas.
- Determinar la correlación entre los Determinantes intermedios y las adolescentes embarazadas.

MATERIAL Y METODOS

Diseño del proyecto

Tipo del estudio de investigación

Analítico

Características del estudio de investigación

Por la participación del investigador: Observacional

Por la temporalidad: Transversal

Por la direccionalidad: Prospectivo

Por la manera de obtener la información: Prolectivo

Por el número de sedes: Unicéntrico

Por el tipo de población: Homodémico

Definición del Universo de Trabajo

Se realizó a toda adolescente embarazada que acudió al servicio de consulta externa y hospitalización del Hospital Integral El León en el periodo de enero a abril del 2014.

Tamaño de la muestra

Se calculó el tamaño de la muestra basado en la formula Roberto Hernández Sampieri para población finita, tomando en cuenta que el promedio de embarazadas adolescentes por año es de 359 en el sitio de estudio, lo que se expresa de la siguiente forma:

$$n = \frac{n'}{1 + (n') / N} \qquad n' = \frac{s^2}{se^2}$$

$$n = \frac{211}{1 + (211) / (359)} \qquad n' = \frac{0.0475}{0.000225}$$

$$n = 199.31 \qquad n' = 211.11$$

Dónde:

n = población

se = Error estándar 1.5% = 0.015

p = Confiabilidad 95 % = 0.95

$s^2 = p (1-p) = 0.95 (1-0.95) = 0.0475$

Tamaño de muestra: 199 + 5% errores

Tamaño de muestra final: 209

Definición de unidades de observación

a) Criterios de Inclusión

- Pacientes embarazadas de 10 a 19 años que acudieron al servicio de consulta externa del Hospital Integral El León.
- Adolescentes embarazadas que se encontraron hospitalizadas en el Hospital Integral El León.
- Adolescentes que cursaron en el puerperio inmediato.
- Adolescentes que firmaron consentimiento informado.

b) Criterios de Exclusión

- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.
- Pacientes que no contestaron completo el cuestionario.

c) Criterios de Eliminación

- No aplica por el tipo de diseño.

Estrategia de Muestreo

Debido a que el tamaño muestral fue de 209 pacientes, la recolección de los datos se programó para los meses enero a abril del 2014, por lo que se realizaron 53 encuestas mensuales para alcanzar el tamaño de muestra establecido.

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

- **Adolescente Embarazada**
 - Adolescencia temprana
 - Adolescencia tardía

VARIABLES INDEPENDIENTES

- **Determinante Estructural**
 - **Entorno Social**
 - Escolaridad
 - Lugar de residencia
 - Estado civil
 - Idioma o dialecto
 - Religión
 - Características de la vivienda
 - Propiedad de la vivienda
 - Hacinamiento
 - Seguridad social
 - Migración por parte de los Padres de la Embarazada Adolescente
 - Escolaridad del Padre de tu hijo
 - **Entorno Económico**
 - Ocupación
 - Dependencia económica
 - Ingreso mensual
 - **Entorno Cultural**
 - Edad correcta para embarazarse
 - Número de hijos ideal
 - Preparación académica posterior al embarazo
 - Motivo por el cual se embarazó
- **Determinante Intermedio**
 - **Entorno Familiar**
 - Numero de hermanos en tu familia
 - Edad de la Madre en su primer embarazo
 - Utilización de Método de Planificación Familiar por parte de su Madre

- Estado civil de los Padres de la Embarazada Adolescente
- Maltrato o abuso físico, psicológico o sexual en la familia
- Respuesta de tus Padres ante tu embarazo
- Percepción del entorno o ambiente familiar
- Hermana(s) embarazadas en la adolescencia
- Edad del Padre de tu hijo

○ **Entorno de la Sexualidad**

- Edad de Inicio de vida sexual
- Utilización de Método de Planificación Familiar en la sexarquía
- Descripción de la sexarquía
- Numero parejas sexuales
- Numero de Gestas
- Edad en tu primer embarazo
- Frecuencia de explicación de la utilización de los métodos de planificación familiar
- Método anticonceptivo utilizado antes del embarazo
- Método anticonceptivo que utilizara posterior al evento obstétrico.
- Motivo de no utilización de método anticonceptivo posterior al evento obstétrico.

VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Nivel de medición	Unidad de medición
Adolescente embarazada	Mujer en periodo gestante que tenga entre 10 y 19 años (28)	Mujer en periodo gestante que tenga entre 10 y 19 años	Cuantitativa	Nominal	Número total de observadas, clasificadas en Adolescencia Temprana y en Adolescencia Tardía
Determinantes Estructurales	Determinantes que dan lugar a una estratificación dentro de una sociedad. (28)	Constructo conformado por los componentes sociales y económicos. Entorno Social: Conjunto de personas que pertenecen a un mismo nivel y que presentan cierta afinidad de costumbres, medios económicos, intereses etc. Entorno Económico: Capa o nivel económico de una sociedad, familia o Individuo. Entorno Cultural: Conjunto de saberes, creencias y pautas de conducta de un grupo social.	Cuantitativa	Nominal	Entorno Social: Edad Escolaridad Lugar de Residencia Estado civil Idioma Religión Vivienda Propiedad de Vivienda Hacinamiento Seguridad Social Entorno Económico: Ocupación Dependencia económica Ingreso mensual Entorno Cultural: Edad para embarazarse Total hijos Escolaridad máxima Causa de embarazo
Determinantes Intermedios	Los Determinantes atribuibles a las discrepancias y desigualdades provocadas por el estado de salud de cada individuo, las condiciones de vida, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales o biológicos y el propio sistema de salud.	Constructo conformado por los componentes del entorno familiar y de la sexualidad. Entorno Familiar: Todo aquello que rodea a un individuo formando parte de él, el cual marca sus convicciones sociales y morales, determinando su moral en un futuro como adulto. Entorno de la Sexualidad: Aspecto central del ser humano que	Cuantitativa	Nominal	Entorno Familiar: Hermanos Edad de la Madre. MPF de la Madre. Edo. Civil de los Padres. Migración de los Padres. Violencia Física. Maltrato Psicológico. Abuso Sexual. Respuesta familiar. Ambiente familiar. Hermanas embarazadas Edad del Padre Escolaridad del Padre. Entorno de la Sexualidad Sexarquía MPF en Sexarquía.

		abarca al sexo, su identidad, el papel del género, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual.			Descripción de Sexarquía. Parejas sexuales. Gestas Edad 1ª Gesta Capacitación sobre MPF. Utilización MPF MPF pos evento Obstétrico. Motivo por el cual no utilizara método de planificación familiar.
--	--	---	--	--	---

RECOLECCION DE LA INFORMACION

Se realizó la recolección de la información basada en una encuesta elaborada por el propio investigador, la cual recolectara los datos de las adolescentes embarazadas que acudan al servicio de consulta externa y hospitalización de los turnos matutino y vespertino del Hospital Integral El León.

INSTRUMENTO DE MEDICION

Se diseñó un instrumento de recolección de datos el cual fue creado por el investigador, que recopiló la información necesaria para emitir los resultados y conclusiones de este proyecto.

VALIDEZ Y CONSISTENCIA

Debido a que el instrumento de medición fue elaborado por el investigador y no existía un instrumento similar, se realizó una prueba piloto para establecer la validez y consistencia, aplicada a 35 adolescentes embarazadas de la ciudad de Puebla, la cual fue analizada a través de prueba estadística de Alfa de Cronbach en el programa SPSS versión 17, con resultado de 0.945; lo que permitió utilizar el instrumento de recolección de datos en este trabajo. Anexo I

PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE INFORMACIÓN

Se identificaron los Determinantes estructurales de las adolescentes embarazadas y se presentaron en forma de estadística descriptiva a través de gráficas de cada ítem.

Se identificaron los Determinantes intermedios de las adolescentes embarazadas y se presentaron en forma de estadística descriptiva a través de gráficas de cada ítem.

Se realizó Correlación de Pearson de los Determinantes estructurales (entorno social, económico y cultural) y las adolescentes embarazadas para determinar su grado de correlación y su significancia.

Se realizó Correlación de Pearson de los Determinantes intermedios (entorno familiar y entorno de la sexualidad) y las adolescentes embarazadas para establecer su grado de correlación y su significancia.

Se realizó Correlación de Pearson de los Determinantes estructurales y los Determinantes intermedios de las adolescentes embarazadas para establecer su grado de correlación y significancia.

BIOÉTICA

Basado en las Norma Técnica No. 313 para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación en las instituciones de atención a la salud y la Norma Técnica No. 314 para el registro y seguimiento en materia de investigación para la salud.

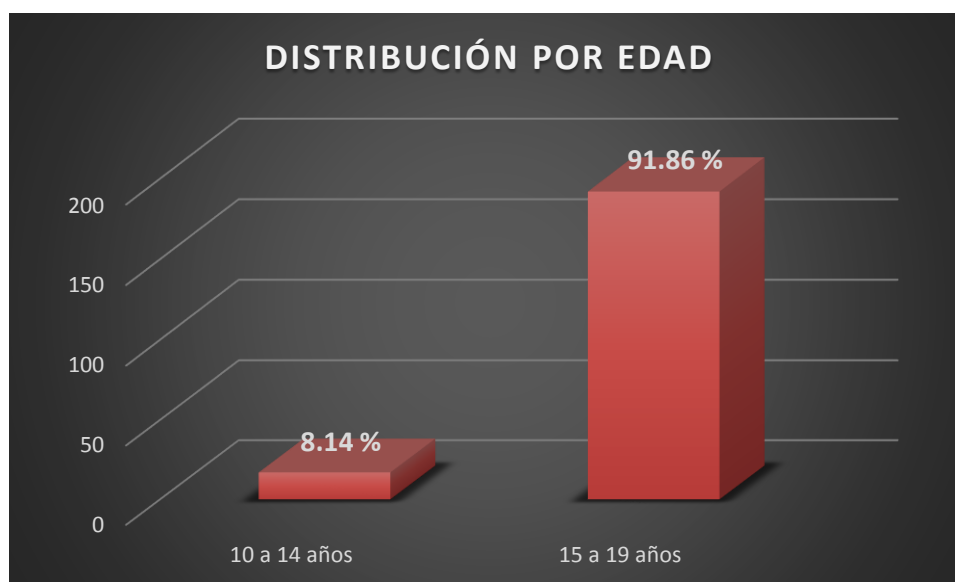
Con fundamento en lo dispuesto por los Artículos 13 Inciso A, Fracción I, 14 y 96 de la Ley General de Salud, 5o. Inciso A y 113 al 120 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y Artículo 22 Fracción V del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, se realiza este estudio de investigación

RESULTADOS

De acuerdo con el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud propuesto por la Comisión de los determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud, el cual conformado dos grandes grupos de determinantes, los llamados estructurales y los intermedios; dichos determinantes fueron recolectados a través de la encuesta aplicada a 209 participantes, el instrumento de recolección fue validado con un alfa de Cronbach de 0.945, por lo que se procedió a su aplicación.

La variable adolescente embarazada fue conformada por dos grupos dependiendo de la etapa de la adolescencia en la que se encontraron a las participantes; adolescencia temprana: aquellas que comprendían entre los 10 y 14 años de edad y adolescencia tardía: aquellas que comprendían entre 15 y 19 años.

Gráfica 1



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

El mayor porcentaje mostrado por las entrevistadas corresponde a la adolescencia tardía, que comprende de los 15 a los 19 años.

La encuesta se dividió en dos rubros, los ítems que recolectaron a los determinantes sociales estructurales, en los cuales se encontraban el entorno social, económico y cultural y los ítems que median a los determinantes sociales intermedios, los cuales estaban relacionados con aspectos del entorno familiar y el entorno de la sexualidad.

A continuación se presenta los resultados de los determinantes sociales estructurales que describen las características de la población en estudio.

Entorno Social

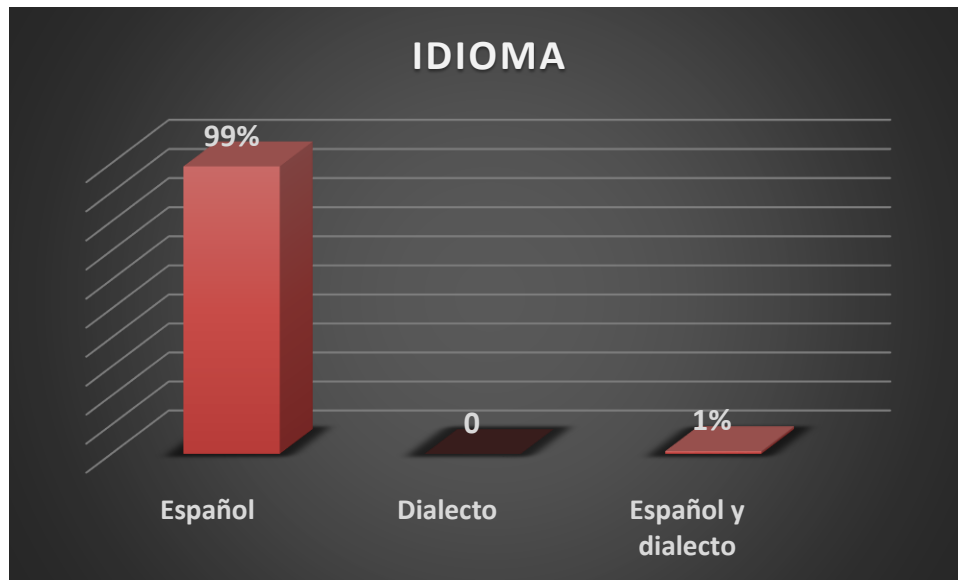
Gráfica 2



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

Se observa que más de la mitad de las participantes respondieron que su estado civil al momento de la encuesta era la unión libre, seguido por las Madres solteras y las casadas.

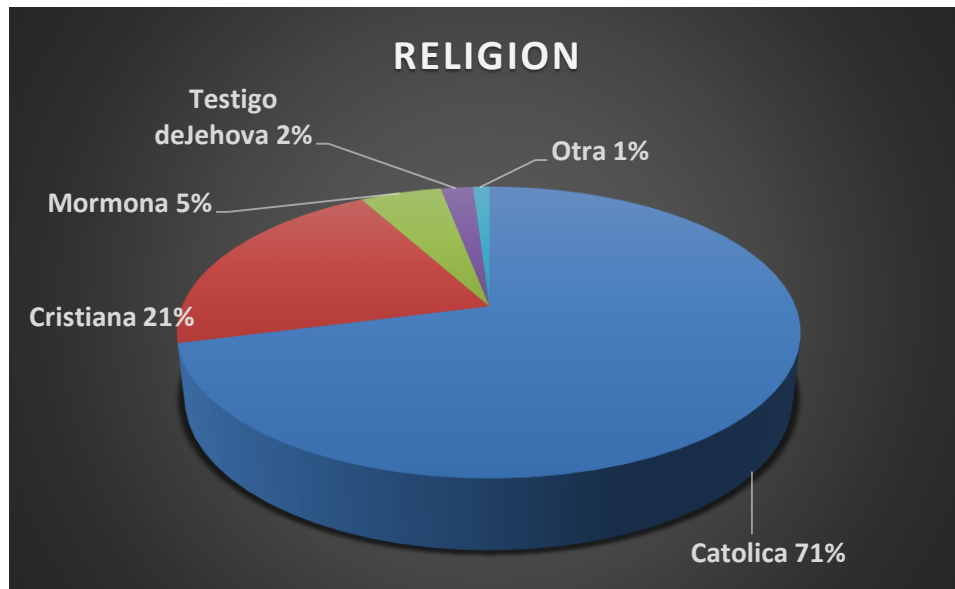
Gráfica 3



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

El idioma que prevalece en las entrevistadas es el español y solo se encontró una persona que hablaba además del idioma oficial un dialecto.

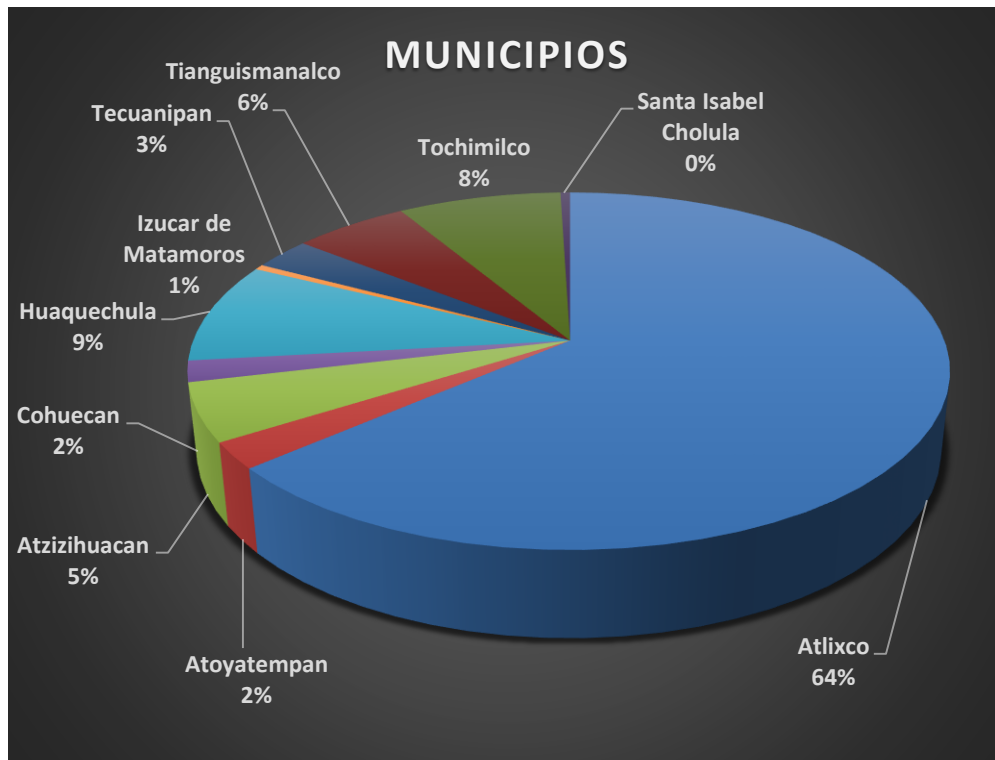
Gráfica 4



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

En el aspecto de las creencias religiosas de las entrevistadas se observa que la religión predominante es la católica.

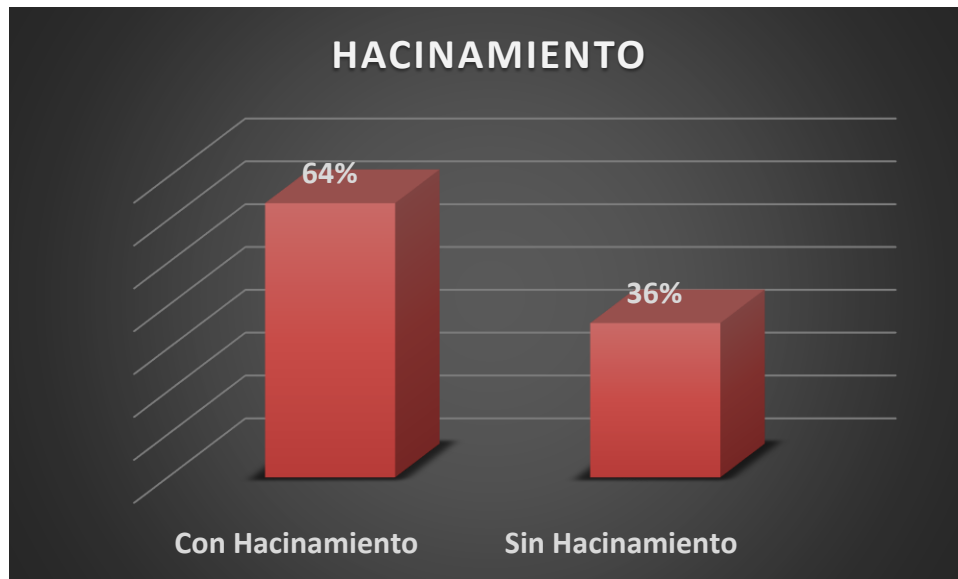
Gráfica 5



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

La distribución por el lugar de origen o lugar donde habitan las encuestadas, medida por municipios muestra que el 64% pertenecen al municipio de Atlixco; Huaquechula con el 9% y Tochimilco 8%, muestran un porcentaje mayor al resto de los 9 municipios que muestran valores inferiores.

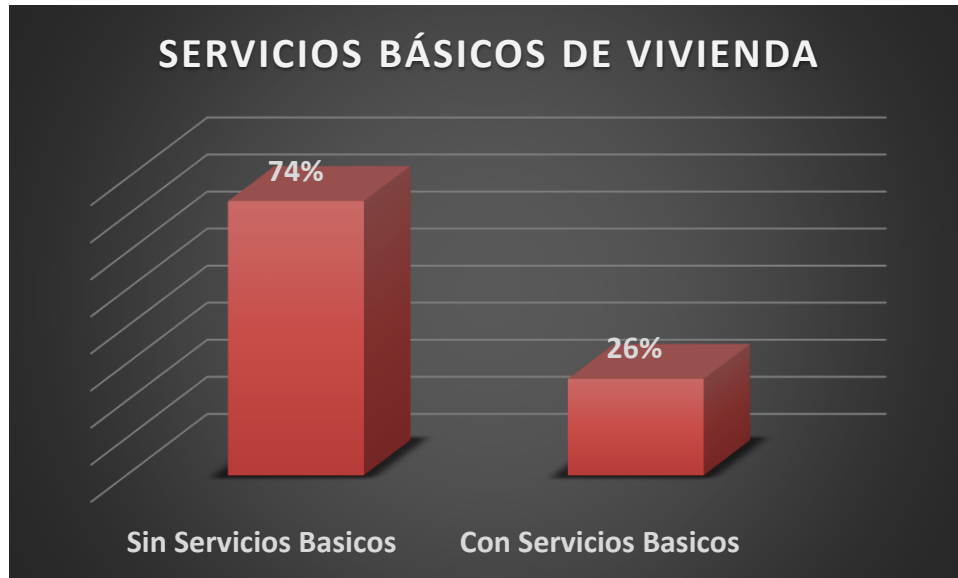
Gráfica 6



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

A la relación que existe entre el número de personas que viven en una vivienda y el número de habitaciones que ésta tiene es llamada Hacinamiento; los resultados muestran que el 64% de las encuestadas habitan en hacinamiento; es decir que habitan más de dos personas por cada cuarto que la casa tiene.

Gráfica 7



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

Un aspecto importante a considerar en las condiciones de la vivienda, el 74% porcentaje de las entrevistadas reflejaron alguna carencia dentro de los servicios básicos; éste ítem midió la ausencia de alguno de los servicios básicos de urbanización como agua entubada, luz eléctrica o sistema de drenaje conectado a la red pública.

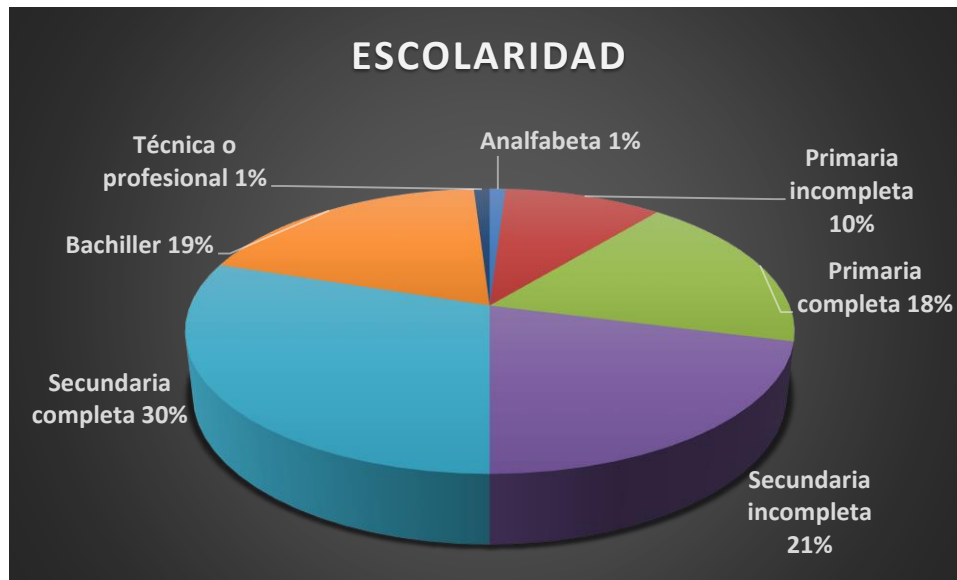
Gráfica 8



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

Al establecer a quien pertenece la casa donde habitan las entrevistadas, se observó que el porcentaje más alto corresponde a los que habitan en la casa de sus Padres, seguido de la casa de los suegros; ambos porcentajes corresponden al 58% de las entrevistadas, lo que muestra que las adolescentes embarazadas no cuentan con los medios económicos suficientes para habitar en una casa propia o por lo menos rentada.

Gráfica 9



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

El mayor porcentaje de escolaridad de las adolescentes entrevistadas está ubicada en Secundaria completa, seguido por Secundaria incompleta, ambas corresponden al 51% del total de las participantes de este estudio; lo que establece como parámetro que la educación escolar a nivel Secundaria se convierte en la etapa de mayor presencia de embarazos en la adolescencia. Otro dato a destacar es que el analfabetismo solo se presentó en el 1% de las encuestadas.

Gráfica 10



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

Se encontró un 5% de adolescentes que no contaban con protección en salud; cabe mencionar que al momento de solicitar atención médica se les otorgó protección y atención a través de seguridad social en salud.

Entorno Económico

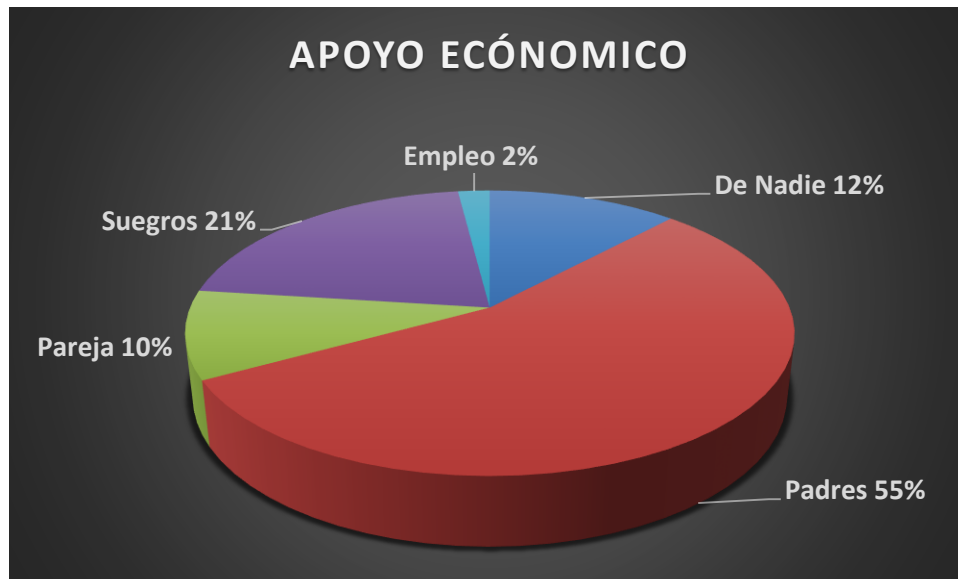
Gráfica 11



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

El 78% de las entrevistadas mostraron que su ocupación son las labores del hogar, por lo que sus necesidades económicas dependen del apoyo de otra persona como se muestra en la siguiente gráfica. Los restantes resultados muestran también que solo el 4% trabaja, el 9% se dedica al campo y solo el 9% son estudiantes.

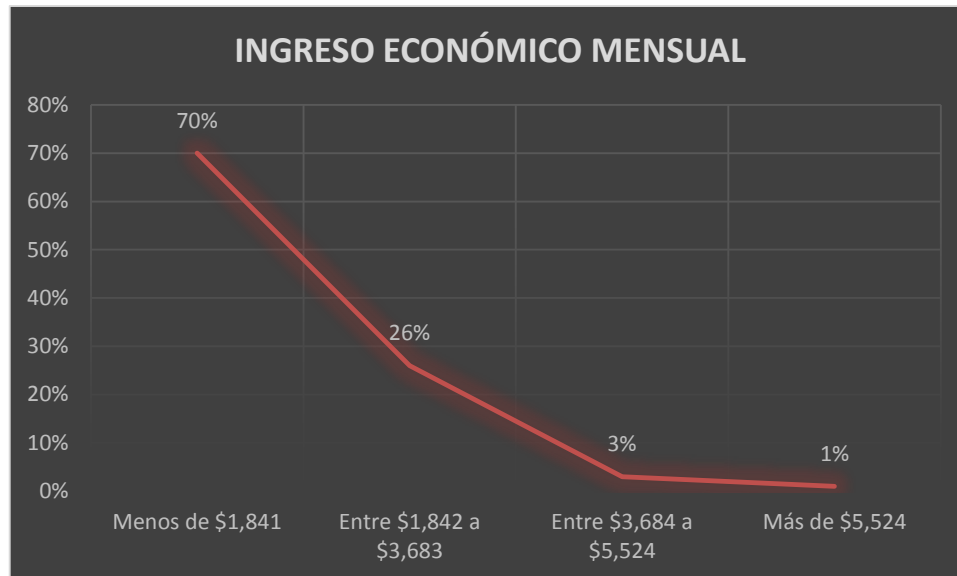
Gráfica 12



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

En relación al apoyo económico que reciben las adolescentes, se observa que la distribución de la dependencia económica de las entrevistadas es en su mayoría proviene de los Padres y seguida de los suegros, en contraparte solo el 2% percibe un sueldo producto de un trabajo; otro dato que llama la atención es que un 12% no recibe apoyo económico como tal.

Gráfica 13



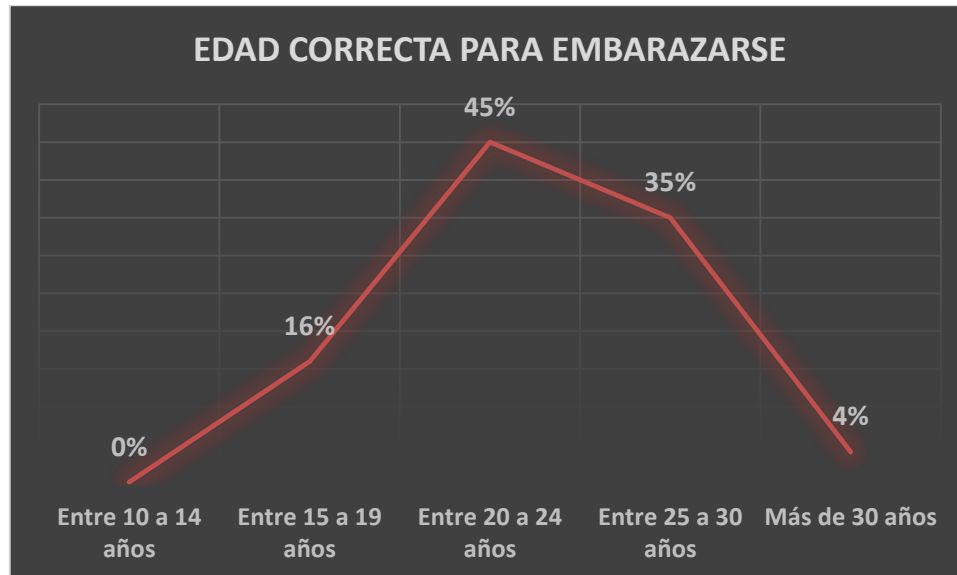
Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

Esta gráfica muestra el ingreso o apoyo económico que perciben las entrevistadas, basados en el SMD para la zona B que corresponde a \$61.38; se observa que el 70% percibe un salario mínimo al día o menos.

El resto de los resultados de este ítem muestran como el 26% de las adolescentes embarazadas perciben un ingreso o apoyo económico de 2 SMD.

Entorno cultural

Gráfica 14



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

A la pregunta que midió la percepción de las encuestadas acerca de la edad correcta para embarazarse, se observó que la de mayor frecuencia fue la edad entre 20 y 24 años; sin embargo también se encontró que un 16% piensa que la adolescencia es la edad correcta para embarazarse.

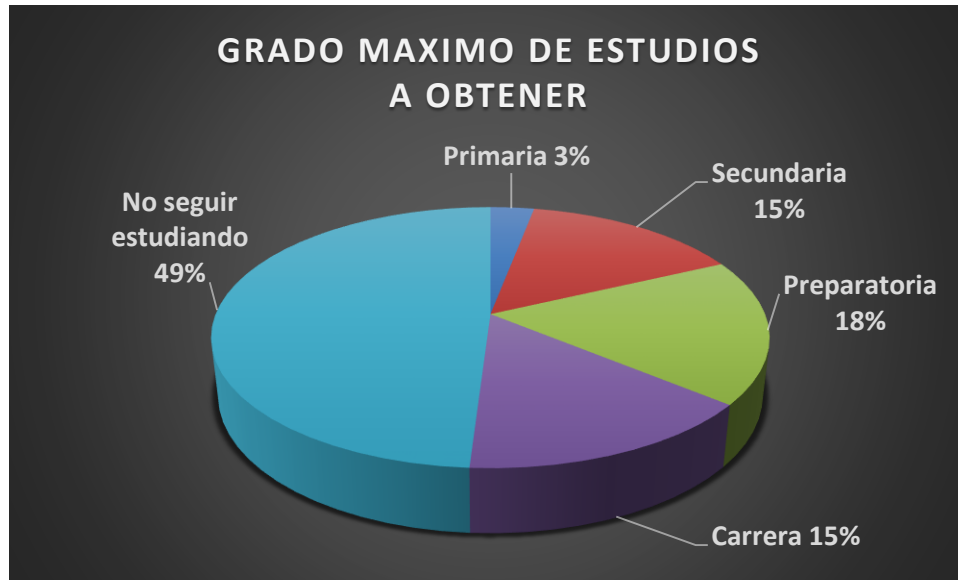
Gráfica 15



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

Acerca del número total de hijos a tener, el 46% de las encuestadas respondieron que desearían tener como máximo 2 hijos, seguido con el 40% que desearían tener 3 hijos, el resto de las encuestadas con un porcentaje muy inferior. Sin embargo también se muestra con un 5% la respuesta “los que quiera mi pareja” como medida para establecer que no tiene contemplado algún número en específico o no está dentro de su decisión el número total de hijos.

Gráfica 16



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

El resultado obtenido en el ítem grado máximo de estudio a obtener, mostró que el 49% prefiere no seguir estudiando. Si tomamos en cuenta que le mayor porcentaje de las entrevistadas tienen como nivel máximo de escolaridad la Secundaria, esto no arroja un nivel bajo de educación; además solo el 15% de las encuestadas piensan obtener una carrera universitaria.

Gráfica 17



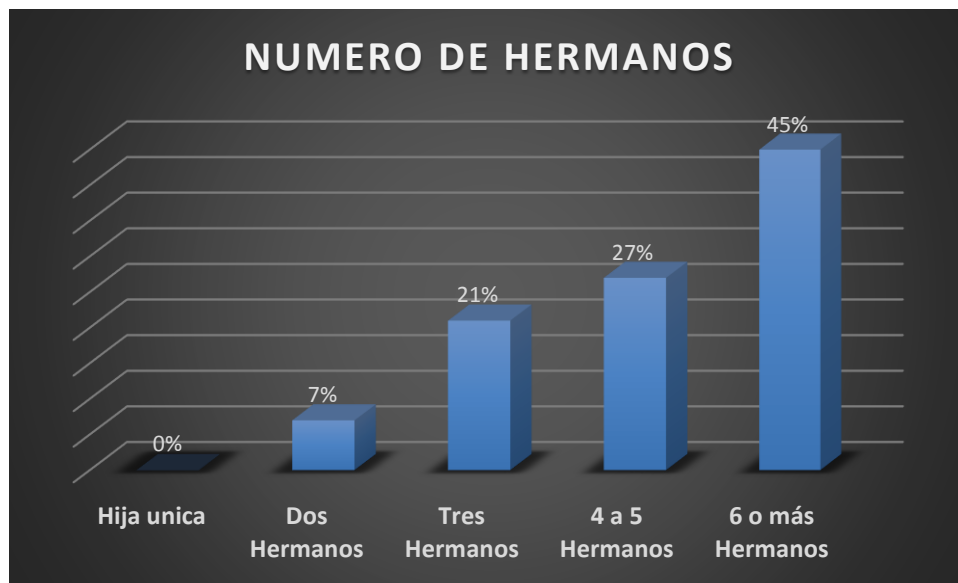
Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

La pregunta que trata de evidenciar el motivo por el que la adolescente piensa que se embarazó, mostró que el 35% acepta que la razón principal fue el no utilizar anticonceptivos; seguido con el 30% que reconoce que lo utilizaron incorrectamente. Solo el 8% aceptó que se embarazó por voluntad propia.

A continuación se describen los resultados de la variable determinantes intermedios, correspondientes al entorno familiar y de la sexualidad.

Entorno Familiar

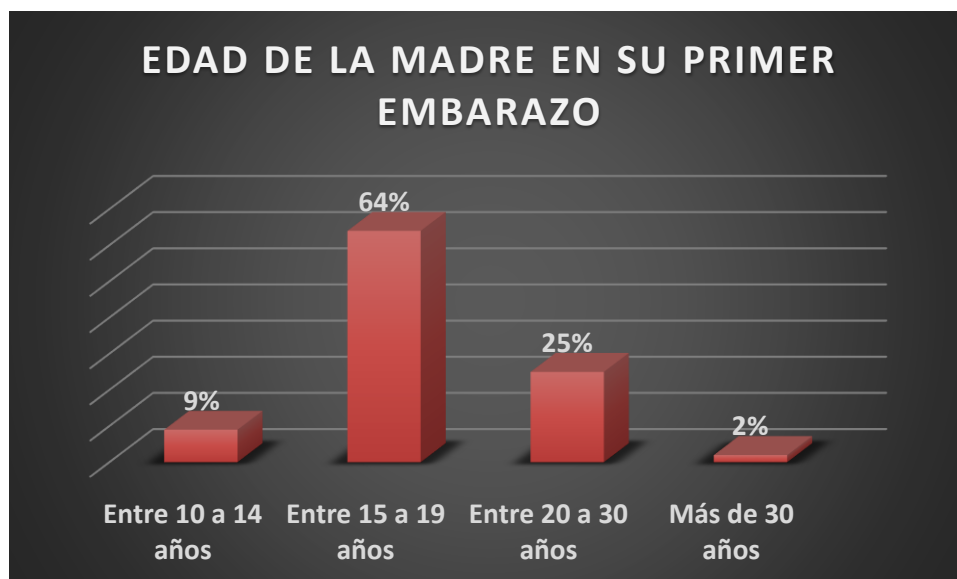
Gráfica 18



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

Para poder establecer el tamaño de la familia del que provienen las encuestadas, fue necesario medirlo a través del número de hijos dentro de su núcleo familiar, la estimación se hizo preguntando a las adolescentes el número total de hermanos; se observó que las participantes provienen de familias numerosas con el 45% que afirman tener 5 o más hermanos, cabe aclarar que la encuesta no contempla solo a los hermanos de los mismos Padres de la encuestada, sin embargo si evidencia un número importante de hermanos que no se correlaciona con el nivel de económico mostrado.

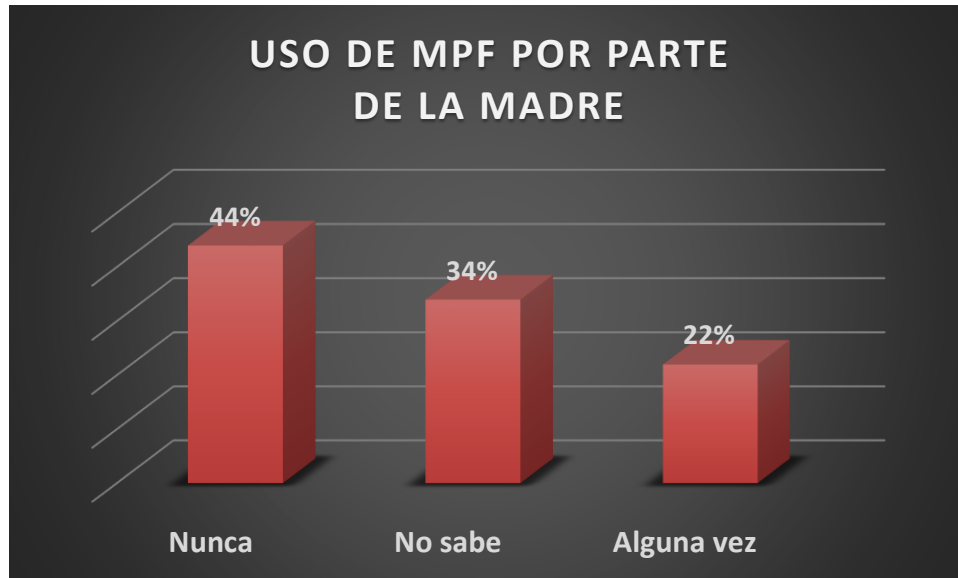
Gráfica 19



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

Al establecer la edad del primer embarazo de las Madres de las encuestadas, se busca inferir que las adolescentes embarazadas provienen de núcleos familiares donde también su Madre fue adolescente en su primer embarazo, los resultados arrojaron que el 73% cumplían con este criterio del embarazo en la adolescencia.

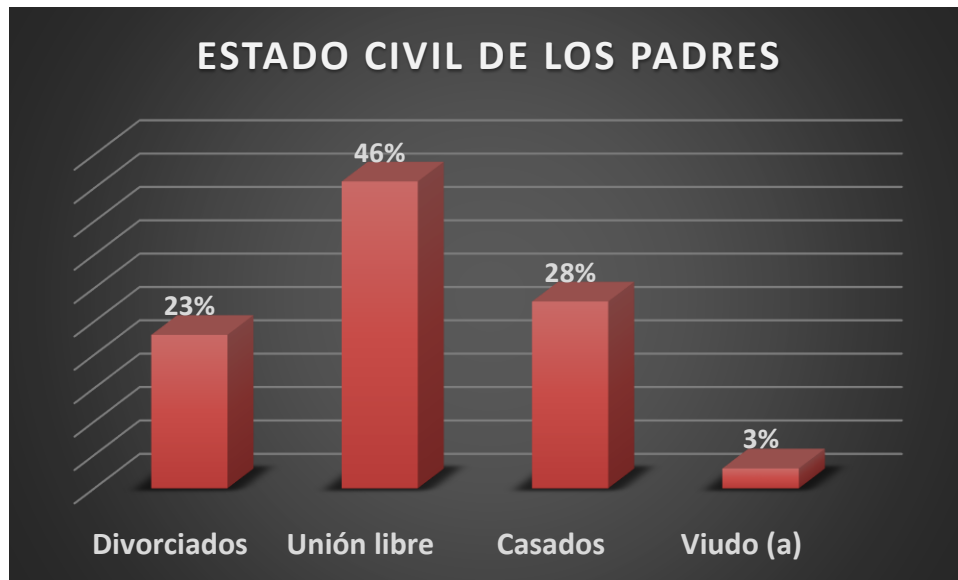
Gráfica 20



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

Los métodos anticonceptivos y su uso también se ven reflejados con la utilización por parte de los Padres, los resultados observados muestran que el 44% de las encuestadas responden que su Madre nunca utilizó un anticonceptivo independientemente del tipo de método, seguido por el desconocimiento si alguna vez utilizó o utiliza en este momento algún método de planificación familiar.

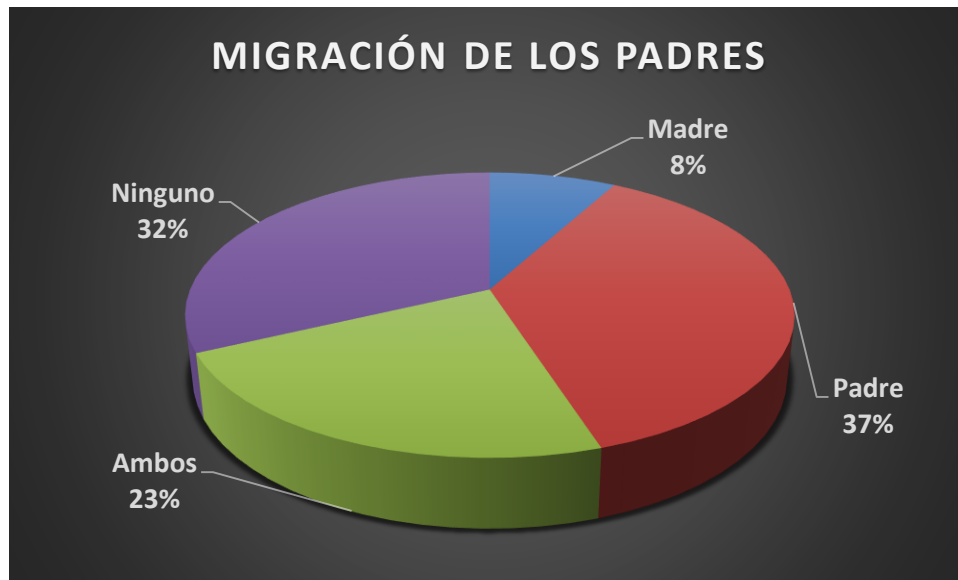
Gráfica 21



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

El estado civil de los Padres mostró que la predominancia fue la Unión libre, lo que se correlaciona con el estado civil de las encuestadas, los siguientes estado civiles fueron Casados y Divorciados respectivamente.

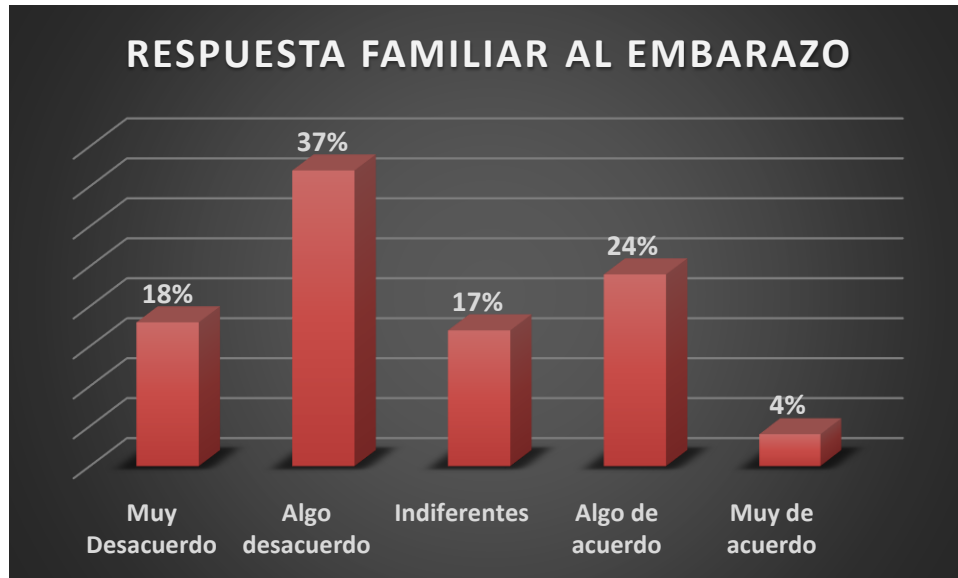
Gráfica 22



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

El aspecto migratorio por parte de los Padres hacia otro país mostró que en el 68% de las encuestadas alguno de sus Padres o ambos han tenido que emigrar.

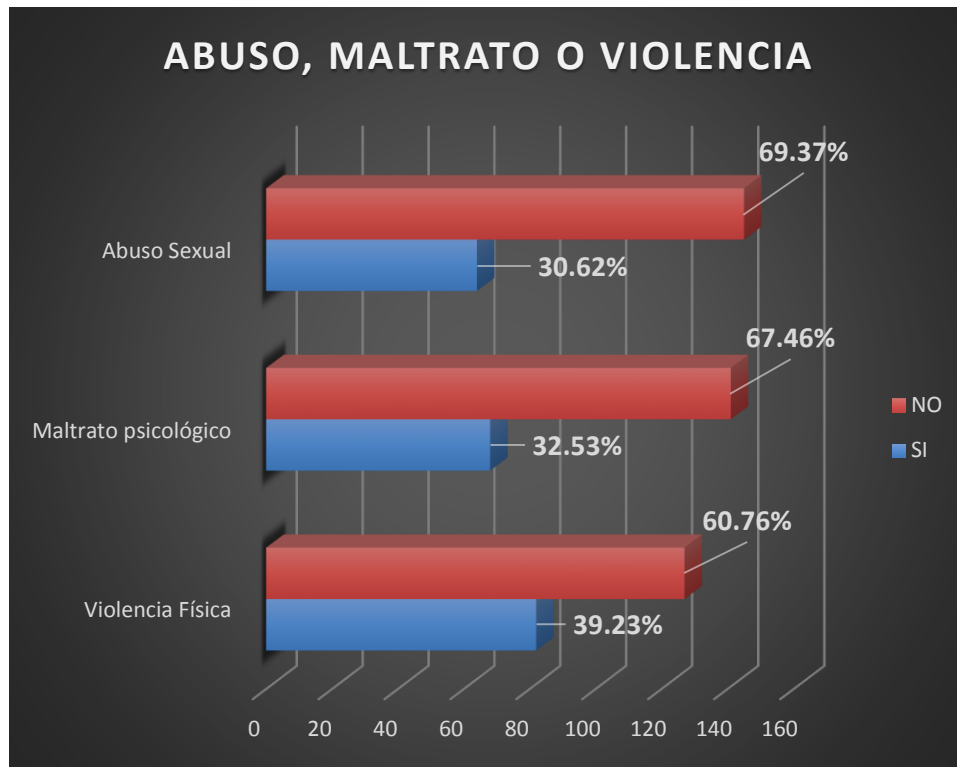
Gráfica 23



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

A la medición de la respuesta familiar al enterarse del embarazo, las encuestadas evidenciaron su percepción al enterar a sus Padres de dicha noticia; el mayor porcentaje mencionó la respuesta “algo desacuerdo” al momento de la noticia, sumado al 18% de las que respondieron “Muy desacuerdo” establece que el 55% de los Padres no aceptaron la noticia del embarazo en la Adolescencia de una de sus hijas.

Gráfica 24

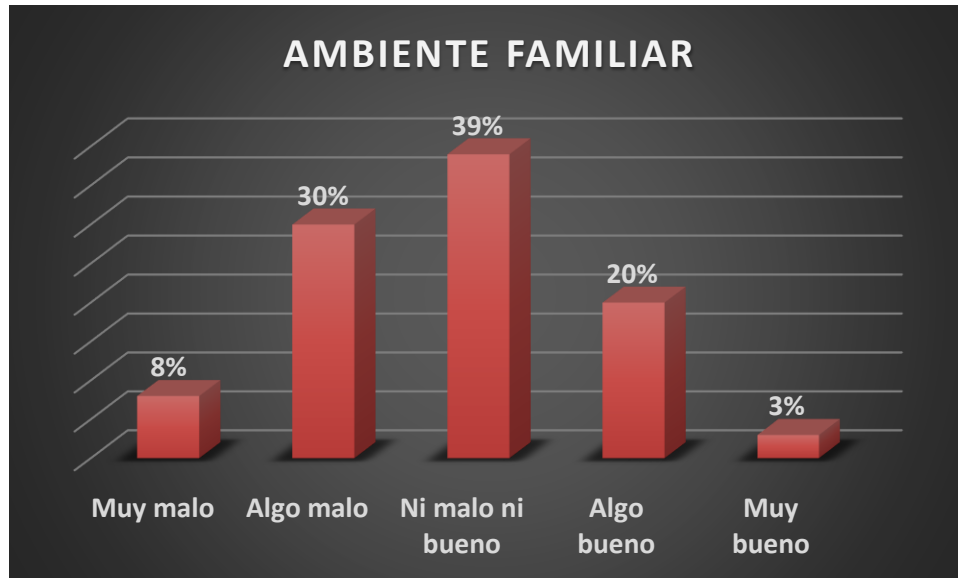


Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

Dentro de los Ítems, se incluyó la medición de aspectos de maltrato, abuso o violencia intrafamiliar; las respuestas de las encuestadas mostraron que el 30.62% experimentaron algún tipo de abuso sexual; el Maltrato psicológico también mostro estar presente en un 32.53% de las adolescentes encuestadas y la Violencia física en un 39.23%.

Cabe hacer mención que las preguntas no tenían el objetivo de especificar el grado, la frecuencia o la persona que genero dicha agresión hacia las participantes.

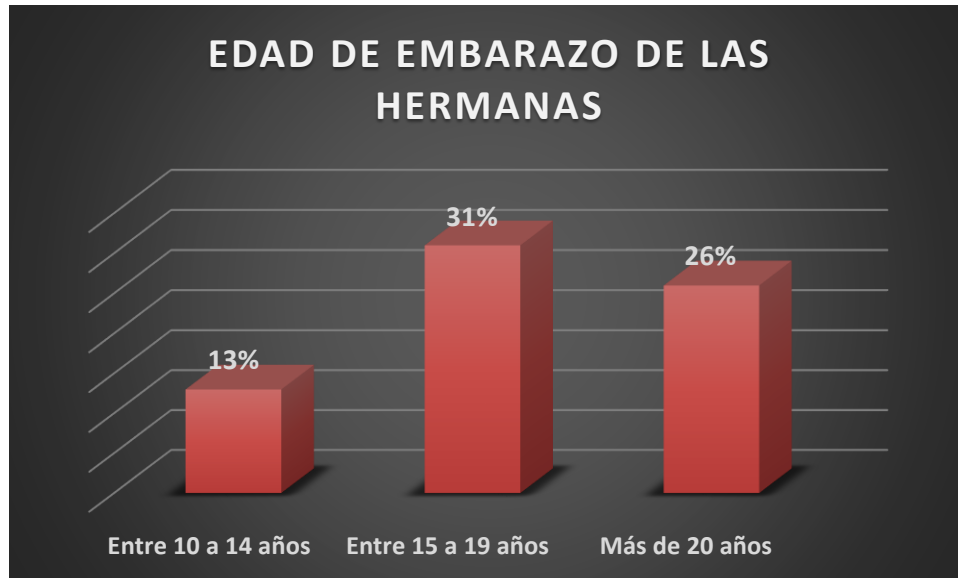
Gráfica 25



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

Este ítem mide el ambiente familiar en donde viven las adolescentes encuestadas, la percepción que tienen ellas acerca del entorno social afectivo evidenciaron que la respuesta “ni malo ni bueno” es la de mayor frecuencia con 39%, sin embargo las respuesta que miden la percepción del ambiente “Muy malo” y “Algo malo” representan el 38% entre ambas. Por lo que la percepción de las entrevistadas que perciben un ambiente familiar “Muy bueno” o “Algo bueno” solo representan en su conjunto el 23%.

Gráfica 26

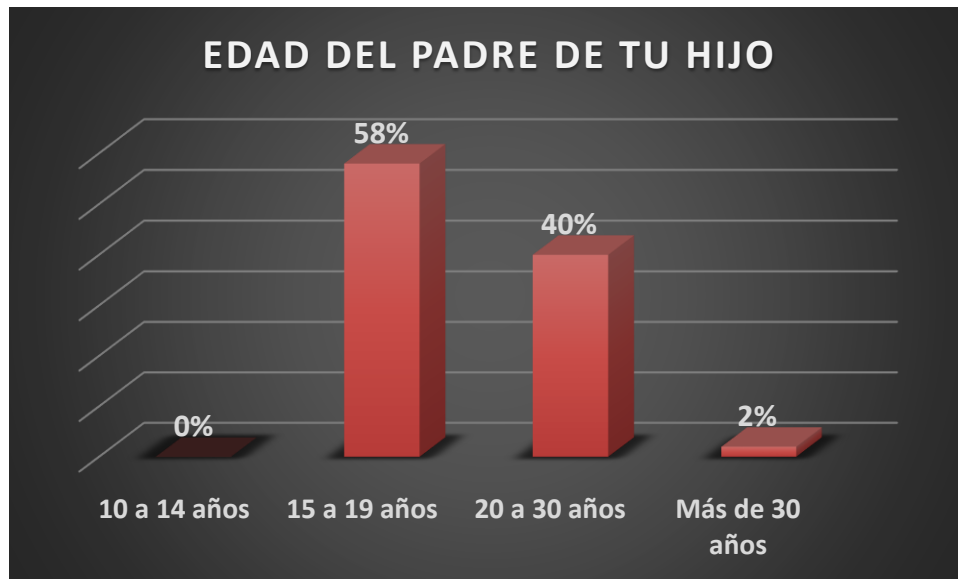


Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

Este ítem mide el entorno familiar en el que se desenvuelven las entrevistadas, estableciendo la presencia o ausencia de hermanas embarazadas en la etapa de la adolescencia; los resultados mostraron que el 44% de las participantes afirmaron tener alguna hermana que se embarazó antes de los 20 años.

Cabe mencionar que el 13% de las encuestadas refirió no tener hermanas y el 17% mencionó tener hermanas pero aún no se han embarazado.

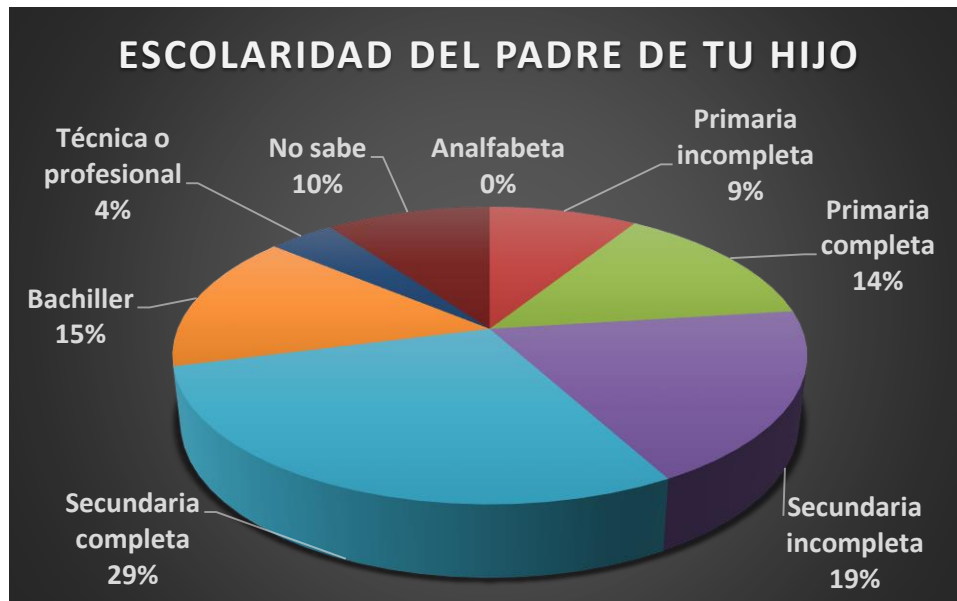
Gráfica 27



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

Para establecer que el embarazo en la adolescencia no solo es responsabilidad de las mujeres, se determinó la edad de su pareja o del Padre del hijo del cual estaba embarazada; los resultados mostraron que el mayor porcentaje correspondió a otro adolescente con el 58%.

Gráfica 28



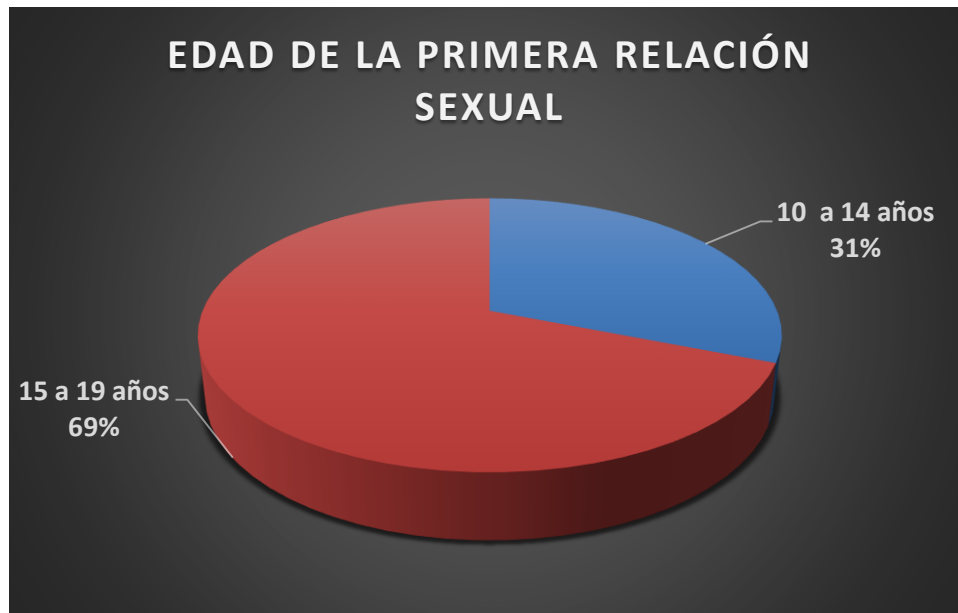
Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

Al medir la escolaridad de la pareja del cual se embarazó mostro que el mayor porcentaje fue el nivel escolar “Secundaria completa” 29%, seguido por “Secundaria incompleta” 19%; lo que correspondió al 48% de las parejas de las participantes como nivel de estudios la secundaria.

Se muestra un 15% s en Bachiller y 14% nivel técnico o profesional como los niveles máximos de estudios encontrados.

Entorno de la Sexualidad

Gráfica 29



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

En la medición del inicio de su vida sexual de las adolescentes o Sexarquía, se observó que el 69% inicio su vida sexual en la adolescencia tardía, el restante 31% sucedió antes de los 15 años.

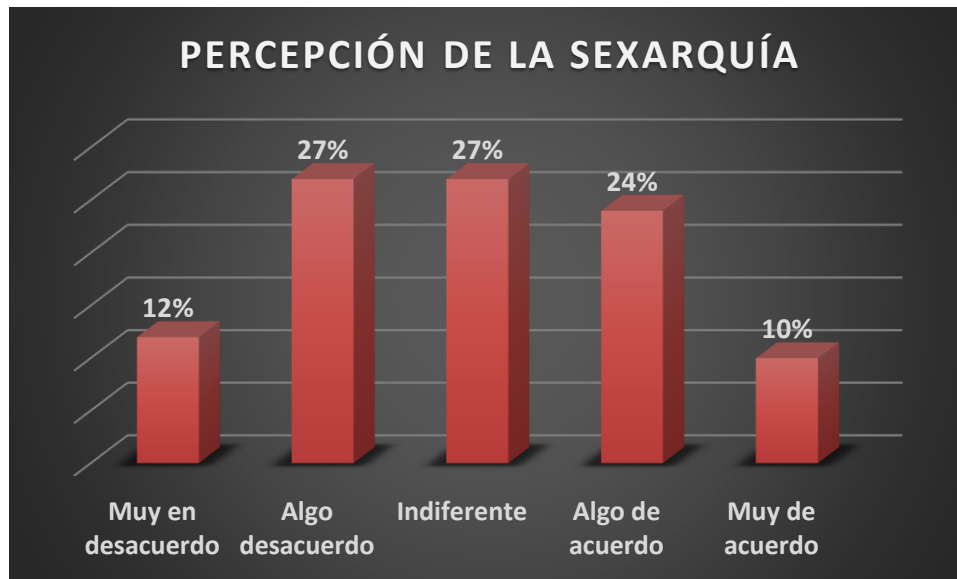
Gráfica 30



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

Los resultados acerca de la utilización de un método anticonceptivo en la primera relación sexual, muestran que el mayor porcentaje de las adolescentes encuestadas no utilizaron algún método. Sin embargo también es de destacar que el 29% utilizó preservativo, lo cual lo posiciona como el método anticonceptivo de predilección en la adolescencia, seguido por la pastilla de emergencia con el 10%.

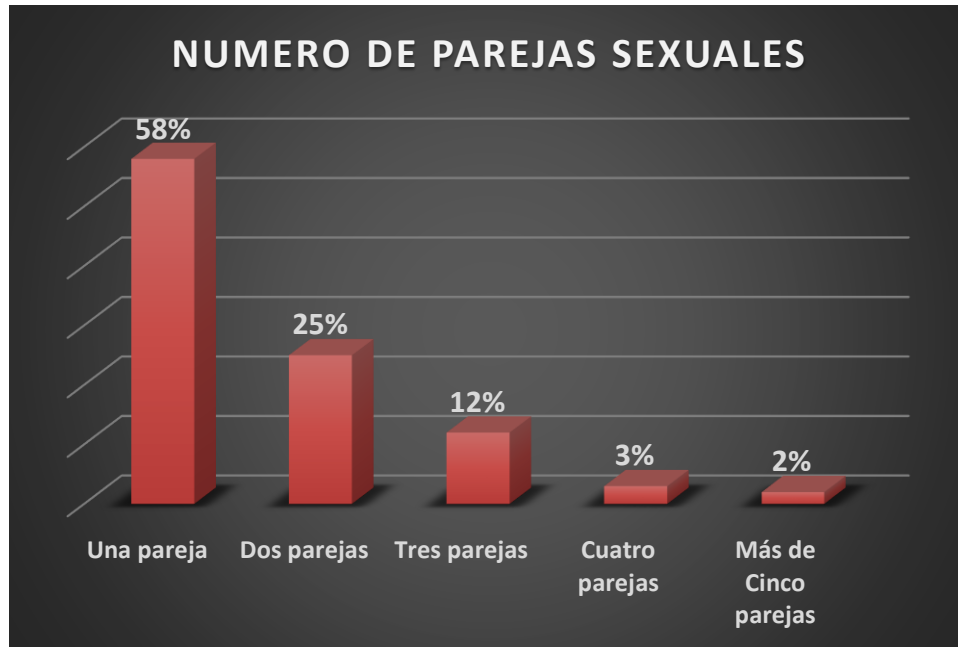
Gráfica 31



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

Este ítem mide la percepción que tiene cada una de las encuestadas con respecto a su primera relación sexual; los resultados muestran que las percepciones de “Indiferente” y “Algo desacuerdo” obtuvieron un 27% respectivamente como los de mayor frecuencia, seguidos por el 24% correspondiente a “Algo de acuerdo”; las dos restantes respuestas son las correspondientes a los extremos opuestos de la percepción, tanto “Muy desacuerdo” y “Muy de acuerdo”

Gráfica 32

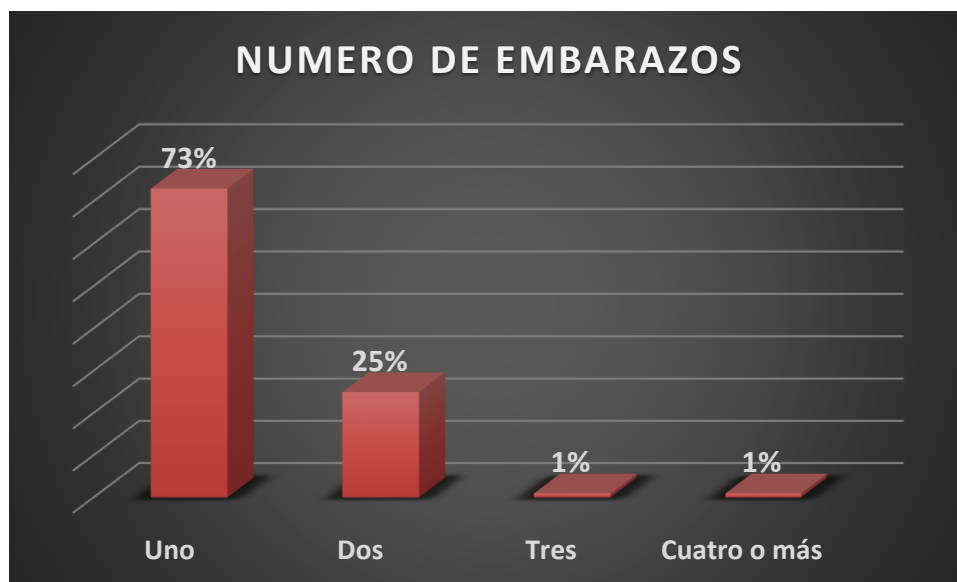


Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

La medición del número de parejas sexuales es una forma de establecer el conocimiento y dominio acerca de los métodos anticonceptivos y de las enfermedades de transmisión sexual, sobre todo desde el punto de vista de la responsabilidad con la que la practican.

Las encuestadas mostraron que el 58% solo tuvieron una sola pareja sexual, y se observa que el porcentaje disminuye en relación al mayor número de parejas sexuales.

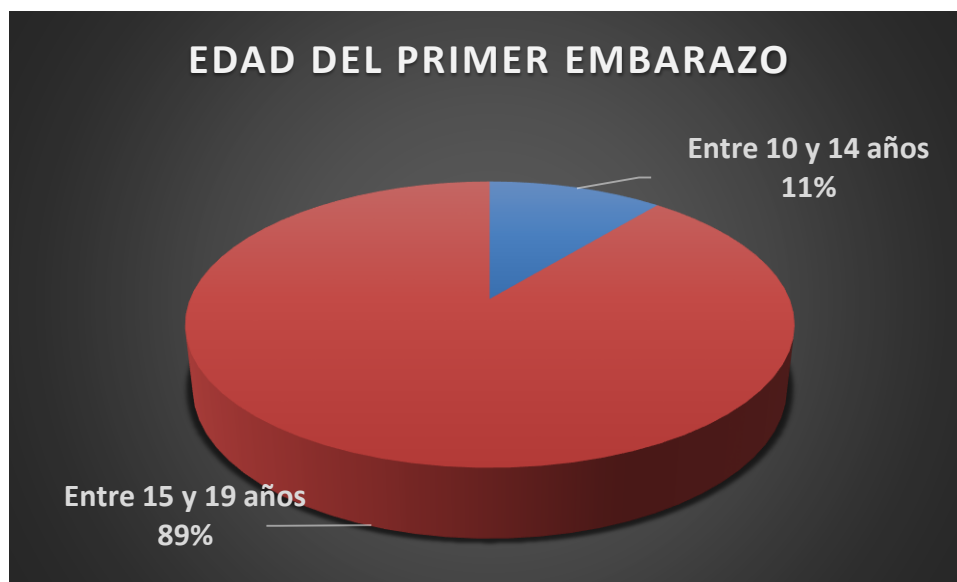
Gráfica 33



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

La medición del número de embarazos en las adolescentes encuestadas es otra forma de medir el dominio sobre anticonceptivos. El 73% de las embarazadas adolescentes encuestadas se encontraban cursando con su primera gestación, sin embargo el restante 27% había estado embarazado con anterioridad.

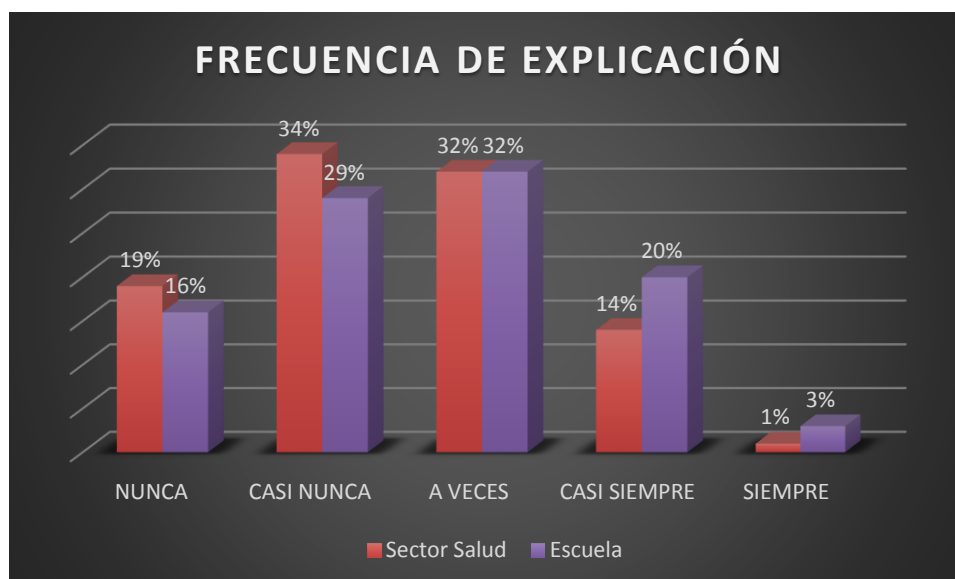
Gráfica 34



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

La medición de la edad del primer embarazo es con la finalidad de establecer el rango de edad en la cual los adolescentes se embarazan con mayor frecuencia, las encuestadas mostraron que el 89% se embaraza en la adolescencia tardía. Sin embargo el 11% cursa con su primera gestación antes cumplir los 15 años.

Gráfica 35.1



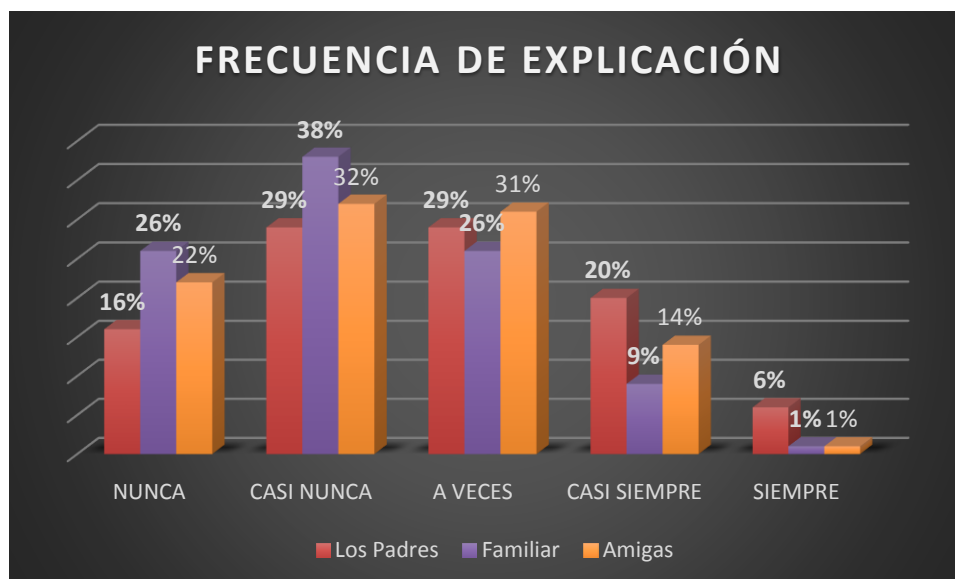
Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

La explicación acerca de métodos anticonceptivos se midió basándose en una escala de percepción, donde las encuestadas establecían la frecuencia con la que se les había explicado acerca de los métodos anticonceptivos.

Se observó que la explicación dada en la Escuela el mayor porcentaje la describió como “A veces” seguida por “Casi nunca”.

En la percepción de la explicación de anticonceptivos impartida por parte del “Sector Salud” la respuesta de mayor frecuencia fue “Casi nunca” seguida de “A veces”; por otro lado la de menor porcentaje de explicación fue la respuesta “Siempre”.

Gráfica 35.2



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

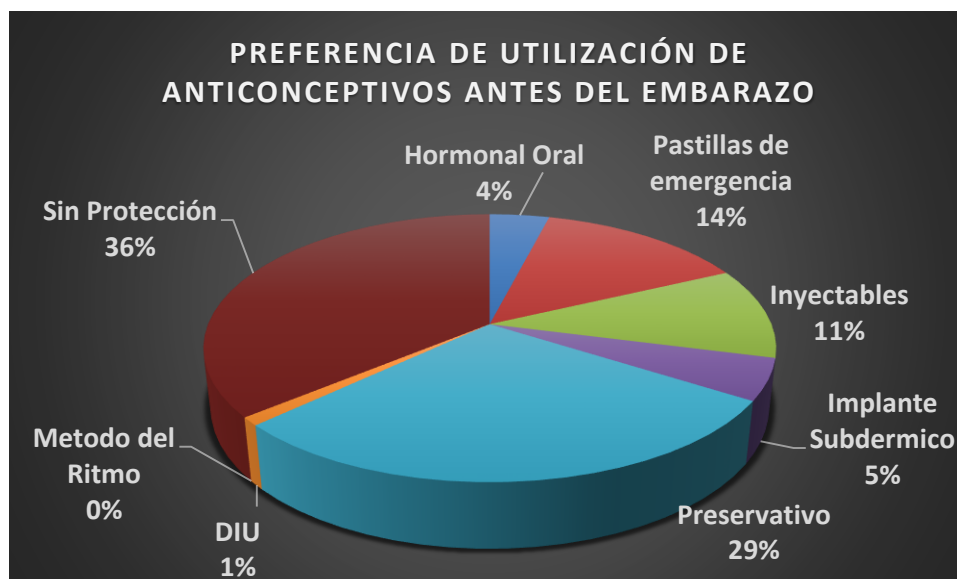
La percepción de que las “Amigas” explican acerca de métodos anticonceptivos fue prácticamente igual para “a veces” y “casi nunca”

La frecuencia de explicación por parte de algún familiar mostró igualmente mayoritariamente “Casi nunca” seguido con los mismos porcentajes “A veces” y “Nunca”

Los Padres según la percepción de las encuestadas muestran como “Casi nunca” y “A veces” como los de mayor frecuencia de explicación de métodos anticonceptivos.

En resumen, las embarazadas adolescentes perciben por lo general como “Casi nunca” las explicaciones impartidas acerca de métodos anticonceptivos, con variaciones entre los diferentes sitios y personas que pudieron haber recibido capacitación.

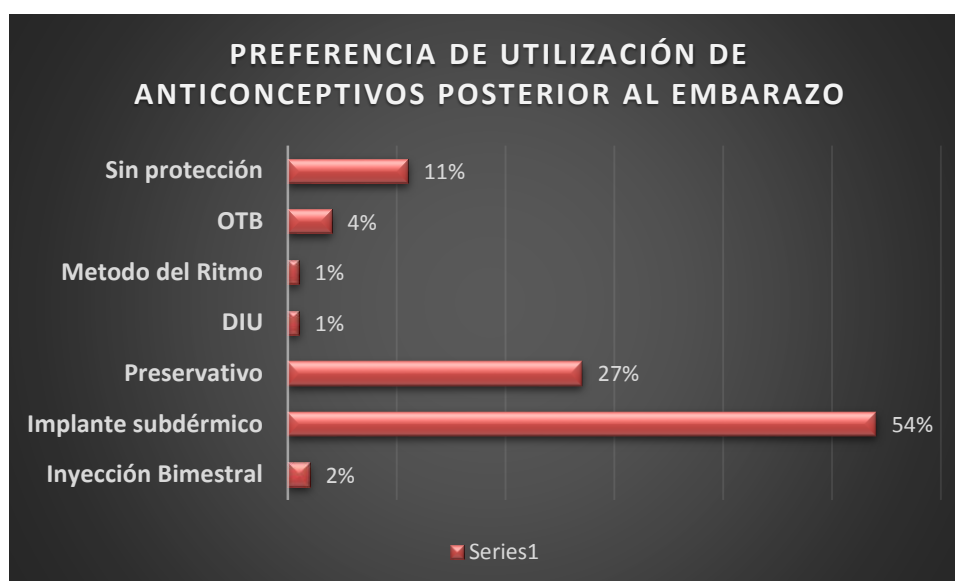
Gráfica 36



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

El método anticonceptivo más utilizado antes de embarazarse fue el preservativo con el 29%, el mismo porcentaje encontrado para el uso de preservativo como método de protección en su primera relación sexual; sin embargo el 36% de las encuestadas no utilizaron método de prevención tanto para el embarazo como para adquirir enfermedades de transmisión sexual.

Gráfica 37



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

La protección anticonceptiva posterior al embarazo, el método que mostró mayor preferencia fue el implante subdérmico con un 54%, seguido por el preservativo con el 27%; sin embargo el 12% decidió no utilizar protección anticonceptiva. Los métodos de planificación familiar que muestran no ser de la preferencia de las adolescentes son las hormonas inyectables y el dispositivo intrauterino.

Gráfica 38



Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

Un 11% de las encuestadas decidieron no utilizar método anticonceptivo posterior al embarazo, así también se encontró con un pequeño porcentaje de encuestadas que decidieron llevar como forma de protección el “método del Ritmo”; a estos dos grupos se les pregunto el motivo por el cual no utilizaría algún método, el 43% refiere por los efectos secundarios de los hormonales o del dispositivo Intrauterino, el 22% refiere razones directamente asociadas a los servicios de salud como la deficiencia en la atención y la dificultad de obtener o de llevar un control de su centro de salud; el 21% menciona aspectos sociales como la prohibición o limitación por parte de su pareja o algún familiar sin especificar quien para utilizarlos; solo el 14% menciona los motivos religiosos como la causante de la no planificación.

Estadística de correlación y significancia

A continuación se analizan las diferentes correlaciones obtenidas entre la variable adolescente embarazada (AE) y las variables determinantes sociales estructurales. Solamente se presentan las que resultaron estadísticamente significativas, es decir, la que tienen un nivel de confianza de al menos un 95%.

Recordemos que AE se le asignaron dos valores 1= temprana, 2=tardía.

Tabla 1. Correlación entre variable Adolescente Embarazada y Escolaridad

		Adolescente Embarazada	Escolaridad
Adolescente Embarazada	Pearson Correlation	1	.287**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	209	209
Escolaridad	Pearson Correlation	.287**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	209	209

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

La relación entre las variables AE y su escolaridad mostró un coeficiente de correlación de Pearson igual a 0.287 y la significancia de 0.000 con una confiabilidad del 99%, lo que indica a pesar de ser baja, existe una correlación directa sobre la escolaridad y el embarazo en la adolescencia, es decir a mayor escolaridad mayor posibilidad de retrasar un embarazo.

Ver Anexo 2, pregunta 2.

Tabla 2. Correlación entre variable adolescente embarazada y la presencia de servicios básicos en el sitio que habitan.

		Adolescente Embarazada	Servicios Básicos
Adolescente Embarazada	Pearson Correlation	1	-.241**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	209	209
Servicios Básicos	Pearson Correlation	-.241**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	209	209

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

La relación entre la variable AE y los servicios básicos de su vivienda obtuvieron un coeficiente de correlación de Pearson de -0.241 y una significancia de 0.000. Este resultado muestra que su correlación es baja e inversa entre las variables, sin embargo tiene una confiabilidad del 99%;

La variable servicios básicos se define con los valores de 1= sin servicios y 2= con servicios, por ello se interpreta como sigue, a la ausencia de algún servicio básico de urbanización como Agua entubada, Drenaje o Luz eléctrica, el embarazo se presenta a edades más tardías. Ver Anexo 2, pregunta 7.

Tabla 3. Correlación entre variable adolescente embarazada y el hacinamiento.

		Adolescente Embarazada	Hacinamiento
Adolescente Embarazada	Pearson Correlation	1	-.156*
	Sig. (2-tailed)		.024
	N	209	209
Hacinamiento	Pearson Correlation	-.156*	1
	Sig. (2-tailed)	.024	
	N	209	209

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

La relación entre la variable AE y el hacinamiento mostro un coeficiente de correlación de Pearson de -0.156 y una significancia de 0.024.

Este resultado muestra una correlación baja e inversa entre las variables, sin embargo tiene una confiabilidad del 95%

La variable hacinamiento se midió de la siguiente forma 1. Con hacinamiento y 2. Sin hacinamiento, por lo que la correlación inversa se interpreta como ante la presencia de hacinamiento se retrasa más el embarazo en el periodo de la adolescencia. Ver Anexo 2, pregunta 9.

Tabla 4. Correlación entre variable Adolescente Embarazada y procedencia del apoyo económico que perciben.

		Adolescente Embarazada	Procedencia del apoyo Económico
Adolescente Embarazada	Pearson Correlation	1	-.135
	Sig. (2-tailed)		.052
	N	209	209
Procedencia del apoyo Económico	Pearson Correlation	-.135	1
	Sig. (2-tailed)	.052	
	N	209	209

Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

La relación entre la variable AE y la variable procedencia del apoyo económico mostro un coeficiente de correlación de Pearson igual a -0.135 y una significancia de 0.52.

Esta resultado se interpreta como de baja correlación e inversa, pero con una confiabilidad del 95%

La variable procedencia del apoyo económico describe por parte de quien recibe dicho apoyo, por lo que a la presencia de menor apoyo económico mayor retardo del embarazo en la adolescencia. Ver Anexo 2 pregunta 12.

Tabla 5. Correlación entre variable adolescente embarazada y la migración de sus Padres.

		Adolescente Embarazada	Migración de los Padres
Adolescente Embarazada	Pearson Correlation	1	.157*
	Sig. (2-tailed)		.023
	N	209	209
Migración Padres	Pearson Correlation	.157*	1
	Sig. (2-tailed)	.023	
	N	209	209

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

La relación entre la variable AE y la migración de los Padres mostro un coeficiente de correlación de Pearson de 0.157 y una significancia de 0.023. Ambas variables mostraron una baja correlación pero directa pero con confiabilidad del 95%

La variable migración de los Padres que midió la migración por parte de alguno o ambos Padres, por lo que los resultados obtenidos se interpretan que ante la presencia de migración de alguno de los Padres se encuentra la presencia de embarazo a edad más temprana. Ver Anexo 2, pregunta 18.

Tabla 6. En resumen se muestran los valores obtenidos de la correlación entre la variable adolescente embarazada y las determinantes sociales estructurales.

VARIABLE DETERMINANTE ESTRUCTURAL	VALOR DE CORRELACIÓN	SIGNIFICANCIA	INTERPRETACIÓN
Escolaridad	0.287	0.000	Se rechaza Ho
Servicios Básicos	-0.241	0.000	Se rechaza Ho
Hacinamiento	-0.156	0.024	Se rechaza Ho
Apoyo Económico	-0.135	0.052	Se rechaza Ho
Seguridad Social	-0.091	0.189	No se rechaza Ho
Propiedad de la casa donde habita	-0.076	0.272	No se rechaza Ho
Ocupación	-0.053	0.449	No se rechaza Ho
Monto del apoyo económico	0.080	0.251	No se rechaza Ho

Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

En esta tabla se muestra la relación entre las determinantes sociales estructurales escolaridad, servicios básicos de saneamiento en la vivienda, hacinamiento y apoyo económico, y la variable AE, se muestran el nivel de relación y su significancia, por lo que se rechaza la Hipótesis nula.

A continuación se describe la correlación obtenida entre la variable adolescente embarazada y la variable determinante social Intermedio.

Tabla 7. Correlación entre la variable Adolescente Embarazada y la Edad de la primera relación sexual.

		Adolescente Embarazada	Edad de la primera relación sexual
Adolescente Embarazada	Pearson Correlation	1	.429**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	209	209
Edad de la primera relación sexual	Pearson Correlation	.429**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	209	209

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

La relación entre la variable AE y la variable edad de la primera relación sexual mostro un coeficiente de correlación de Pearson de 0.429 y una significancia igual a 0.000.

Las variables mostraron una correlación directa y un nivel de correlación importante, así como con una confiabilidad del 99%; lo cual se interpreta como a menor edad de la primera relación sexual, menor edad de la presentación del embarazo en su adolescencia. Ver Anexo 2, pregunta 25.

Tabla 8. Correlación entre la variable Adolescente Embarazada y la variable Método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual.

		Adolescente Embarazada	Método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual
Adolescente Embarazada	Pearson Correlation	1	-.160*
	Sig. (2-tailed)		.021
	N	209	209
Método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual	Pearson Correlation	-.160*	1
	Sig. (2-tailed)	.021	
	N	209	209

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

La relación entre la variable AE y la variable método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual mostró un coeficiente de correlación de Pearson de - 0.160 y una significancia 0.021.

Las variables mostraron una correlación inversa pero con un nivel de confianza del 95% lo cual se explica como a menor edad del embarazo menor utilización de método anticonceptivo en su primera relación sexual.

Ver Anexo 2, pregunta 26.

Tabla 9. Relación entre la variable adolescente embarazada y el número de parejas sexuales.

		Adolescente Embarazada	Número de parejas sexuales
Adolescente Embarazada	Pearson Correlation	1	.164*
	Sig. (2-tailed)		.018
	N	209	209
Número de parejas sexuales	Pearson Correlation	.164*	1
	Sig. (2-tailed)	.018	
	N	209	209

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

La relación entre la variable AE y la variable número de parejas sexuales la cual mostro un coeficiente de correlación de Pearson de 0.164 y una significancia de 0.018.

Las variables mostraron una correlación directa y una confiabilidad del 95%, lo que se interpreta que a menor número de parejas sexuales, la presentación del embarazo es a menor edad.

Ver Anexo 2, pregunta 28.

Tabla 10. En resumen se muestran los resultados de correlación entre la variable adolescente embarazada y Determinantes sociales Intermedios.

VARIABLE DETERMINANTE INTERMEDIO	VALOR DE CORRELACIÓN	SIGNIFICANCIA	SIGNIFICADO
Edad de la primera relación sexual	0.429	0.000	Se rechaza Ho
Número de parejas sexuales	0.164	0.018	Se rechaza Ho
Método Anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual	-0.160	0.021	Se rechaza Ho
Migración de los Padres	0.157	0.023	Se rechaza Ho
Número de hermanos	-0.062	0.370	No se rechaza Ho
Edad de la madre en su primer embarazo	0.098	0.160	No se rechaza Ho
Método de planificación de la Madre	-0.054	0.435	No se rechaza Ho
Hermana Embarazada de 10 a 14 años	-0.117	0.092	No se rechaza Ho
Hermana embarazada de 15 a 19 años	0.079	0.258	No se rechaza Ho
Motivo por el cual se Embarazó	-0.107	0.123	No se rechaza Ho

Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

En esta tabla se muestra la correlación y significancia que se obtuvo entre las AE y los determinantes sociales intermedios tales como la Edad de la primera relación sexual, número de parejas sexuales, método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual y migración de los Padres; con los cuales se rechazó la Hipótesis nula.

A continuación se muestran los resultados de la correlación entre las variables determinantes sociales estructurales y determinantes sociales intermedios; la realización de esta medición fue con fundamento al marco conceptual donde se describe que el entorno socioeconómico y político en donde habita la población inciden en las circunstancias sociales, culturales y conductuales de la población, dando como resultado un impacto en la población en estudio, ésta interrelación de determinantes sociales nos permitió establecer la relación estadística que existe entre ellas.

Tabla 11. Principales resultados de la correlación entre determinantes sociales estructurales y determinantes sociales intermedios.

VARIABLE DETERMINANTE SOCIAL	VALOR DE CORRELACIÓN	SIGNIFICANCIA	SIGNIFICADO
Escolaridad y edad de la primera relación sexual	0.324	0.000	Se rechaza Ho
Servicios básicos de vivienda y edad del primer embarazo	-0.177	0.011	Se rechaza Ho
Escolaridad y método anticonceptivo en la primera relación sexual	-0.173	0.012	Se rechaza Ho
Hacinamiento y número de parejas sexuales	-0.165	0.017	Se rechaza Ho
Servicios básicos de vivienda y edad de la primera relación sexual	-0.147	0.034	Se rechaza Ho
Apoyo económico y Método anticonceptivo en la primera relación sexual	0.141	0.042	Se rechaza Ho
Servicios básicos de vivienda y Numero de parejas sexuales	-0.139	0.045	Se rechaza Ho
Apoyo económico y número de parejas sexuales	-0.138	0.046	Se rechaza Ho
Escolaridad y Número de hijos a tener	0.134	0.053	No se rechaza Ho
Escolaridad y número de parejas sexuales	0.123	0.075	No se rechaza Ho
Escolaridad y Método anticonceptivo antes del Embarazo	-0.174	0.174	No se rechaza Ho
Escolaridad y Edad correcta para embarazarse	-0.060	0.392	No se rechaza Ho
Escolaridad y Motivo del Embarazo	0.011	0.870	No se rechaza Ho

Fuente: Encuesta realizada por el investigador 2014

DISCUSIÓN

La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socioeconómicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las “causas de las causas”, tales como por ejemplo, las acciones sobre el entorno social (10).

La distribución del ingreso, los efectos distributivos de la política económica, la generación de empleo de calidad influyen de manera determinante en la calidad de las condiciones de vida, con ello en el disfrute de la salud, que excede largamente las políticas sectoriales. El crecimiento económico y desempeño económico y su volatilidad, la elevada desigualdad de la distribución del ingreso, el acceso a infraestructura básica son fundamentales (10).

El informe CONEVAL 2012 considera dos enfoques para la medición de la pobreza en México, el primero se refiere a los derechos fundamentales de las personas en materia de desarrollo social y es medido mediante indicadores de carencia social tales como rezago educativo, acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, acceso a los servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación; el segundo enfoque es medido a través de satisfactores adquiridos mediante los recursos monetarios de la población y representados por las líneas de bienestar y bienestar mínimo. (29)

Los factores que conforman los Determinantes sociales de la salud son diversos, entre los que se encuentran los sociales, económicos, culturales, educativos, los de salud y los políticos entre otros, una forma de medir algunos de estos determinantes en la población es a través del Índice de Desarrollo Humano (IDH), que es la forma establecida por la Organización de las Naciones Unidas; El IDH tiene como objetivo medir el conjunto de capacidades y libertades que tienen los individuos para elegir entre formas de vida alternativa. Para ello se toman en cuenta tres dimensiones básicas para el desarrollo: 1) La posibilidad de gozar de una vida larga y saludable; 2) La capacidad de adquirir conocimientos; 3) La oportunidad de tener recursos que permitan un nivel de vida digno. Es decir mide tres Determinantes sociales como son la Educación, los recursos económicos y la salud de la población. (29)

En este sentido observamos que las Adolescentes embarazadas que participaron de este estudio correspondían a diversos niveles de IDH, el municipio de Atlixco muestra un IDH catalogado como Muy Alto (0.696 – 0.910) medido en forma conjunta, sin embargo cuenta con localidades las cuales tienen un IDH menor. El resto de los municipios de los cuales provenían las Adolescentes embarazadas mostraron un IDH en Atoyatempan nivel bajo para Atoyatempan, Atzizihuacan, Tochimilco y Cohuecan; en nivel medio se

encuentran Huaquechula, Tecuanipan, Tianguismanalco y Santa Isabel Cholula; y en el caso de Izúcar de Matamoros un nivel Alto; por lo que lo encontrado en las encuestadas corresponde a la valoración del Programa de las Naciones Unidas con respecto al Desarrollo Humano de estas poblaciones. (30)

Solo los municipios de Atlixco y Matamoros se consideran con un índice de desarrollo alto, el resto de municipios de los cuales provenían las adolescentes, correspondían a municipios con niveles de IDH bajo; el 64% provenían del municipio de Atlixco, sin embargo, éste es un municipio que cuenta con zonas contrastantes en el aspecto de desarrollo humano; se observa que el 64% vive en hacinamiento, solo el 26% cuenta con todos los servicios básicos de saneamiento y el 58% de las AE terminan viviendo en casa de sus Padres o Suegros. Las condiciones de las viviendas encontrado en un estudio que midió los Determinantes sociales en el Distrito Federal, se observó que el 11.8% habitan en hacinamiento, el 2.7% no cuenta con agua potable, el 1% no cuenta con luz y el 1.8% no tiene drenaje en su vivienda. (30).

En materia de educación observamos que la escolaridad que predomina es el nivel secundaria con el 51% de las participantes, donde el 30% la termina y el 21% no la concluye; sin embargo también pudimos encontrar que solo el 9% continua estudiando aun con el embarazo y el 49% prefiere abandonar sus estudios al saberse embarazada; solo el 18% le gustaría llegar al nivel preparatoria y el 15% llegar a tener una carrera universitaria. En contraste solo se encontró el 1% de analfabetas. En comparación con los niveles de educación, un estudio realizado en el Distrito Federal, encontró que el 7.7% de la población estudiada era analfabetas, que el 4% de los menores de 15 años no asisten a la escuela y que el 31.1% de los mayores de 15 años no concluyeron la educación básica. (31).

Al medir la escolaridad de la pareja del cual se embarazo no mostro mucha diferencia con la obtenida al medir la escolaridad de las encuestadas, ya que en ellos el mayor porcentaje fue el nivel escolar “Secundaria completa”, seguido por “Secundaria incompleta” lo que correspondió al 48% de las parejas de las participantes. Si lo comparamos con el 51% de las adolescentes embarazadas que en conjunto mostraron al nivel escolar “Secundaria incompleta 21% y Secundaria completa 30%”, se observa nuevamente que la escolaridad máxima que predomina es el nivel secundaria.

Los efectos más nocivos del embarazo en la adolescencia están relacionados con la interrupción de la escolaridad y la inserción laboral. El embarazo en esta etapa de la vida es, entonces, un elemento predictor de menor escolaridad, menores posibilidades de capacitación y empleo, y de profundización de la pobreza. (20)

La seguridad social juega un papel importante como parte de los Determinantes sociales, por lo que es un indicador de desarrollo y la protección a la salud; se

encontró que el 5% no contaba con seguridad social al momento del estudio, por lo que al término de su evento obstétrico, al 100% se le otorgo la protección en salud a través del Seguro Popular.

En materia económica, el 78% termina dedicada a las labores del hogar, el 55% sigue dependiendo de sus Padres y solo el 2% trabaja como forma para obtener recursos. En relación al monto que perciben mensualmente, el 70% reciben menos de \$61.38 diarios, lo que equivale a menos de un salario mínimo al día correspondiente a la zona B vigente para el Estado de Puebla.

En el entorno cultural de las AE, se midió la percepción que tienen sobre la edad correcta para embarazarse, con un 16% que piensa que la edad correcta es entre los 15 y 19 años, nadie piensa que la edad correcta sea la de menor de 15 años; por el contrario el 80% piensa que a partir de los 20 años es la edad correcta para embarazarse.

Otro aspecto que midió el entorno cultural de las AE es el número de hijos que desean tener, donde el 40% desea 3 hijos, pero un 5% percibe como que esa no es su decisión sino más bien depende de otra circunstancia o persona. La medición del motivo del embarazo arrojó que el 35% reconoce que fue por no utilizar anticonceptivo y el 30% por haberlo usado incorrectamente. En un estudio realizado en el Distrito Federal en adolescentes varones que midió la percepción sobre el embarazo en este periodo, se encontró que los encuestados piensan que la edad ideal para tener relaciones es antes de los 16 años con 11.6% y el 50.7% entre 16 y 19 años. Que la razón para iniciar su vida sexual en la adolescencia es por aventura o por experimentación con el 45%; en el aspecto del deseo de embarazarse el 58.9% de los hombres piensan que la razón es por enamoramiento, en cambio el 64.1% de las mujeres adolescentes piensan que por deseo de formar una familia con la persona que aman. (22)

Al establecer el entorno familiar de las AE, encontramos que el 45% provienen de familias numerosas con 5 o más hermanos; el 74% de las AE desconoce o refiere que su madre no utilizó ni utiliza algún método anticonceptivo y el 68% menciona que alguno de sus Padres o ambos migraron hacia EEUU y/o Canadá en alguna ocasión.

También en el ámbito familiar, encontramos que el 30% refirió haber vivido una experiencia de abuso sexual, el 32% de maltrato psicológico y el 39% de violencia física. En términos generales, la percepción encontrada con respecto al ambiente familiar fue descrita como ni bueno ni malo con el 39%.

Al medir la presencia de embarazo en la adolescencia en su familia, el 44% respondió haber tenido alguna hermana que se embarazó en este periodo y el 73% menciona que su Madre se embarazó en la adolescencia.

Acerca de la explicación sobre el uso y tipos de anticonceptivos y el embarazo, la percepción de las adolescentes es que los Padres casi nunca o solo a veces explican sobre estos temas, y la percepción que en la escuela es el sitio donde a veces se les imparten temas al respecto. En estudios realizados en Argentina, se han señalado que el embarazo adolescente está influenciado por factores familiares, como es el caso de antecedentes familiares de embarazo en la adolescencia o modelos familiares conflictivos y fuertemente patriarcales, que inducen a que la adolescente busque reparación afectiva y una forma de conseguir seguridad económica y personal. (20)

Con respecto a la expresión de su sexualidad, las adolescentes mostraron en éste estudio que el 31% inicia su vida sexual antes de los 15 años, comparado con algunos países de Centroamérica que es del 50%; (15) el uso de los métodos anticonceptivos es contrastante en relación a su conocimiento, por un lado los adolescentes saben de los diferentes métodos que existen, sin embargo el 59% no utiliza método anticonceptivo en su primera relación sexual y el 36% practica relaciones sexuales de riesgo al no utilizar método de protección en su vida sexual; por otra parte el método anticonceptivo más utilizado en la sexarquía entre los jóvenes es el preservativo con el 29% y también como método de protección en su vida sexual activa con el mismo porcentaje. En América Latina y el Caribe casi el 90% de los jóvenes están familiarizados con al menos un método de anticoncepción, sin embargo, entre el 48 y el 53% de los jóvenes sexualmente activos nunca los utiliza. Entre los que han usado un método anticonceptivo, aproximadamente el 40% lo hace regularmente. (16)

Se observó que el 58% de las adolescentes entrevistadas se embarazan de otro adolescente; con respecto al número de parejas sexuales, el 58% se embaraza de su primera pareja sexual y el 73% cursaba con su primer embarazo; en la distribución por edad del embarazo, se encontró que el 11% se encontraba en la adolescencia temprana. Comparando los resultados, el embarazo no planeado es un problema en la Región de América Latina y el Caribe, ya que el 25% de las mujeres jóvenes son madres antes de los 20 años de edad, y el 45% de estos embarazos son el resultado del mal uso o la falta de anticonceptivos. (15)

Las adolescentes entrevistas refirieron con el 89% haber iniciado su vida sexual después de los 15 años, el 73% cursaba con su primer embarazo y en relación a la planificación familiar posterior al evento obstétrico, el método de preferencia fue con 54% el Implante subdérmico en contraste con el 1% que preferiría el DIU. Solo 12% no acepto llevar método anticonceptivo posterior al embarazo.

La decisión de no utilizar método de protección anticonceptiva posterior a su evento obstétrico, mostro que la principal razón son los efectos secundarios de los métodos, seguida por aspectos atribuibles al sector salud y los aspectos sociales. La ENSANUT 2012, mostró que el 51.9% de las mujeres de 12 a 19

años que ya habían iniciado su vida sexual, habían estado por lo menos embarazadas en una ocasión y el 10.7% estaba cursando un embarazo durante la entrevista. (21)

En relación con la atención prenatal, el 97.3% recibió atención en su último embarazo y el 48% se le proporcionó un método anticonceptivo antes de salir del hospital. De los métodos más solicitados se encuentran el DIU con 74.6%, Hormonales con 17.3% y preservativo con 5.8% (21)

CONCLUSIÓN

Al analizar los determinantes sociales de la salud de la población adolescente, se puede observar que existen importantes inequidades y carencias, lo que nos lleva a establecer que la salud de la población no es exclusivamente responsabilidad del sector salud, sino también de la organización social y de qué tan distributiva es la sociedad respecto al ingreso, la educación y el acceso a la salud.

La Comisión de Determinantes sociales de la salud generó tres recomendaciones dirigidas a los gobiernos para combatir la inequidad en salud. Los gobiernos en primer término debían enfocarse en mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos. En segundo lugar, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y en tercer lugar, medir la magnitud de la inequidad, monitorearla, analizarla y evaluar el efecto de las intervenciones. Es por esa razón que la medición de los determinantes sociales en los que la población se desarrolla es importante para la generación de oportunidades de atenderlas y sobre todo de contribuir a combatir sus efectos sobre la salud. (30)

Con respecto a los Determinantes sociales de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Integral El León, se mostró que en términos generales, los determinantes estructurales como la escolaridad, de la vivienda (servicios básicos de saneamiento y hacinamiento) y el de ingresos como el apoyo económico, tienen relación con el embarazo en las adolescentes, ya que estas condiciones juegan un papel importante en la vida sexual de los adolescentes, no solo de las mujeres de esa edad, sino también de los hombres en esta etapa de su vida, ya que se trata de un problema de ambos géneros.

En el análisis individual, la escolaridad de las adolescentes evidencia la importancia que tiene en la formación de conceptos de superación y de obtención de mejores niveles de vida, expresado por el retraso de su vida sexual pero sobre todo de la prevención de un embarazo en circunstancias desfavorables como lo es en ésta etapa de su vida; con base a los resultados estadísticos en este trabajo se concluye que a menor escolaridad mayor posibilidad de producirse un embarazo en la adolescencia.

Estos hallazgos también nos llevan a concluir que la educación escolarizada juega un papel trascendente en el retraso del inicio de la vida sexual de los adolescentes y el método que utilizan en esa primera relación sexual; lo encontrado evidencia que el sitio donde más información reciben los adolescentes es en la escuela, sin embargo el hecho de que los embarazos en esta etapa de la vida se sigan presentando puede demostrar que la capacitación de los educadores no es la suficiente, los contenidos no son abordados de manera correcta o la frecuencia de la impartición es escasa. Por otra parte, solo se está limitando a la capacitación de estos temas a los adolescentes

escolarizados o solo se imparten en niveles educativos más elevados como podrían ser la preparatoria.

Con respecto a las condiciones de las viviendas donde habitan, se observa que interviene de manera inversa, como un determinante social que se manifiesta de formas distintas en los estilos de vida de la población, por lo que la ausencia de los servicios básicos de urbanización se puede traducir en malas condiciones de sanidad, de confort, de convivencia familiar plena e incluso de aspectos de intimidad. Sin embargo, lo hallado en este estudio, muestra que ante la ausencia de alguno de los servicios básicos de saneamiento o ante la presencia de hacinamiento disminuye la posibilidad de presentarse un embarazo en la adolescencia. Esto suena contradictorio, ya que parecería que las carencias son una forma de protección ante el embarazo antes de los 20 años; lo que se concluye es que los adolescentes perciben las malas condiciones de sus viviendas y el hacinamiento como una condición adversa en los aspectos de desarrollo biopsicosocial y económica que no pretenden repetir.

Las condiciones económicas también influyen en los estilos de vida de la población, lo que conlleva a prácticas y costumbres desfavorables en materia de salud. El bajo nivel de ingreso de las adolescentes encontrado en este estudio muestra las carencias económicas en las que se desenvuelven; sin embargo, estadísticamente no mostro relación directa; en cambio, la procedencia del apoyo económico si fue significativa, es decir, las adolescentes embarazadas continúan teniendo dependencia económica de sus Padres o de los Padres de sus parejas, por lo que en el ámbito de su economía no representa una mejora en la calidad de vida el hecho de embarazarse para cambiar su situación, además la gran mayoría termina viviendo en las mismas condiciones que antes de embarazarse, muy probablemente en hacinamiento, con las mismas carencias en las viviendas y con la misma dependencia económica. En otras palabras, ha mayor dependencia económica, mayor es el retardo del embarazo; esto también se muestra paradójico ya que desde otra perspectiva se esperaría que las condiciones económicas de las adolescentes, las obligaran a salir de su casa en busca de mejores condiciones en términos generales; pero por otro lado, se observa que estas condiciones en las que las adolescentes se desenvuelven pudieran incidir en su decisión de embarazarse.

Los determinantes sociales intermedios también mostraron correlación con las adolescentes embarazadas, en particular la edad de la primera relación sexual, el número de parejas sexuales, el método anticonceptivo utilizado en la sexarquía y la migración de los Padres donde se observa relación inversa y una confiabilidad importante.

La primera relación sexual en la adolescencia marca la forma de la expresión de su sexualidad con posibles repercusiones, tanto en aspectos de paternidad como en la adquisición de infecciones de transmisión sexual; pero tiene

interpretaciones distintas en relación al género del adolescente, por un lado los hombres lo relacionan con aspectos de virilidad al iniciar su vida sexual edades más tempranas y en relación al mayor número de parejas; por otro lado, las mujeres adolescentes lo asocian más al aspecto sentimental que al meramente sexual, por lo que la interpretación y análisis de los resultados en temas de sexualidad deben ser abordados desde el punto de vista del género. Es por ello que la interpretación de los resultados donde se muestra que la mayor parte de las adolescentes se embarazan de su primera pareja sexual, lo que evidencia desconocimiento en materia de métodos anticonceptivos pero también un fuerte aspecto sentimental; otro dato importante es que la mayor parte de ellas, se embaraza de otro adolescente; lo que nuevamente demuestra que también los hombres desconocen acerca de temas de protección anticonceptiva. La conclusión ante los resultados obtenidos, nos lleva a establecer que no existe un verdadero y confiable conocimiento por parte de los adolescentes tanto de hombres como de mujeres acerca de temas de sexualidad y de anticoncepción, solo saben de manera superficial acerca de estos temas, pero no los suficientes que les permitan hacer uso de dicha protección.

En el ámbito familiar, la migración de los Padres interviene en el embarazo de las adolescentes, más de la mitad menciona que en su núcleo familiar alguno o ambos Padres han tenido que emigrar en busca de trabajo para mejorar sus condiciones económicas. Esto establece una relación importante entre la integración familiar, el cuidado y educación de los Padres y su situación económica y laboral; por lo que la ausencia de los Padres de familia tiene repercusiones en aspectos sociales, culturales y sexuales en el resto de la familia. Otro aspecto a destacar en el ámbito familiar, es que las adolescentes consideraron que los Padres no hablan de temas de sexualidad con ellas, además describen su ambiente familiar como regular y algunas de ellas incluso mencionaron abuso físico, sexual y psicológico dentro de su familia. Por lo que la familia se convierte en un determinante social trascendental.

Los determinantes sociales estructurales intervienen en las circunstancias en las que la población se desarrolla, estos aspectos son contemplados en los determinantes intermedios tales como las condiciones de vida, de trabajo, factores conductuales, biológicos y psicosociales; por lo que establecer su relación resulta importante para entender el comportamiento de las adolescentes.

El nivel económico de la población es otro de los determinantes sociales que intervienen en sus estilos y condiciones de vida de la población, lo hallado en el presente estudio muestra que el apoyo económico tiene relación directa con el método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual y en el número de parejas sexuales; por lo que el nivel de ingresos de las familias de las adolescentes es también un importante determinante en la vida sexual de las jóvenes.

El embarazo de un adolescente se percibe como el impacto final de una cadena de circunstancias que la llevaron a tomar una decisión equivocada; es así como la sociedad, las instituciones gubernamentales e incluso la misma familia percibe al embarazo en la adolescencia, sin embargo no hemos logrado intervenir en esa cadena de factores que hacen que los adolescentes se sigan embarazando, aun peor que sigan siendo un grupo de alto riesgo obstétrico y sobre todo que sean un problema de salud pública.

El estudio de los Determinantes sociales de la salud de las adolescentes embarazadas, es una evidencia más, que establece las condiciones en las que este grupo de la población se encuentra; por lo hallado en este estudio podemos ver que es un ciclo de vida el cual se repite, ya que los determinantes principalmente sociales y familiares no cambian, se convierten en círculos viciosos que se transmiten de Padres a hijos y así sucesivamente; puedo concluir con certeza que el resultado final de ese proceso de influencias que ejercen los Determinantes sociales no es el embarazo en los adolescentes, sino más bien es el principio de las nuevas Determinantes sociales de la población adolescente y en general de todos nosotros.

PROPUESTAS

En relación a la importancia que tiene la escolaridad en este grupo de edad, la propuesta concreta es la incorporación en los planes de estudio desde la primaria y hasta la universidad de programas educativos con enfoque de prevención de riesgos relacionados con la sexualidad de los adolescentes, esta acción podrá contribuir a revertir el embarazo en esta etapa de la vida de la población; sin embargo también se lograra la concientización sobre temas como las infecciones de transmisión sexual y sus prácticas sexuales de riesgo e incluso la disminución de la deserción escolar y el aumento de las expectativas de vida de los adolescentes y sus familias. Estos programas educativos deberán estar a cargo de Instituciones de Salud y no de Instituciones Educativas, ya que por lo encontrado en el presente estudio, aunque los adolescentes refieren como el sitio donde se les habla más acerca de temas de sexualidad y anticoncepción es la escuela, los resultados de embarazos en esta etapa de la vida se continúan presentando, por lo que la impartición de personal capacitado en estos temas, podrá contribuir más a la educación correcta hacia los adolescentes.

La capacitación sobre estos temas deberá incluir a los padres de familia, por lo que el enfoque deberá ser hacia el adiestramiento de los Padres para hablar de estos temas con su hijos, además de impactar también en la planificación familiar de los mismo Padres, el objetivo principal será romper esa barrera que se encontró en el presente estudio, en el que la explicación de salud reproductiva de los adolescentes por parte de sus Padres es escasa; ya que de nada serviría incrementar el conocimiento de los adolescentes sin capacitar a sus Padres.

Por lo que la creación de un Programa de capacitación escolar por parte de los centros de Salud, en el que se incluyan temas de importancia para los estudiantes, este programa será dirigido tanto a los adolescentes como a sus Padres, por lo que tendrá que contener un calendario de escuelas a visitar, temas a impartir, público al cual estará enfocado Padres, adolescentes o incluso Profesores.

El acercamiento a los servicios de salud, deberá contener un vínculo más allá que la sola capacitación tradicional en las escuelas; la estrategia también incluirá a las redes sociales (Facebook, Twitter, etc.) como aliado y forma de mantener a los adolescentes más cercanos a los servicios de salud. Éste medio de comunicación deberá estar disponible a todo aquel adolescente que quiera realizar una consulta en materia de salud reproductiva, agendar una consulta médica, que necesite orientación sexual, apoyo psicológico, notificación de posible agresión sexual, psicológica o verbal o apoyo para la utilización de métodos anticonceptivos, entre otras; pero siempre guardando la confidencialidad de los solicitantes. Además acercar a los adolescentes a los

servicios de salud, evitando los procesos administrativos que pueden ser vistos como barrera para acercarse a los servicios de salud.

La dotación de métodos de planificación familiar, en especial de preservativos a las escuelas y sitios públicos deberá ser una acción constante, y no solo cuando haya excedentes de métodos, con proximidad a caducar o en “semanas nacionales del adolescente”

Si bien, existen adolescentes no escolarizados, este grupo también debe ser tomado en cuenta, por lo que la estrategia para acercar los servicios de salud y sobre todo compartir los temas ya descritos, será su impartición dirigida a éste grupo de adolescentes, para lo cual, se utilizarán medios de difusión masiva como la Radio, la televisión local, redes sociales y eventos masivos para su difusión.

En el ámbito económico, la propuesta hacia los adolescentes es incentivarlos a continuar con sus estudios, mostrando que el resultado de embarazarse en este periodo de su vida, solo complicará más su condición social y económica. Motivarlos mostrando que el nivel de escolaridad puede ser la vía para mejorar su estrato económico; esto con la finalidad, primero de retrasar su inicio de vida sexual, segundo la utilización de métodos anticonceptivos y de protección contra enfermedades de transmisión sexual, tercero retrasar lo más posible un embarazo y cuarto elevar el nivel escolar de los adolescentes.

En el ámbito macroeconómico, las recomendaciones son encaminadas a mejorar las condiciones de vida de las familias, por supuesto que esto depende de muchos factores, sin embargo, a través de estudios como éste, se logra evidenciar que la situación económica de la población es un determinante social en la sexualidad de los adolescentes.

La educación no escolar, es decir aquella que reciben los adolescentes por parte de los Padres es trascendental para obtener los resultados deseados, el fomento y la promoción de los valores familiares es otra estrategia que se deberá implementar; la impartición de talleres con temas alusivos a la familia, el otorgamiento de asesoría psicológica a familias con problemas de violencia, desunión, migración e incluso marginación, mejorará el ambiente familiar y con ello los adolescentes convivirán en un ambiente que les permita desarrollarse mejor y aumentar sus expectativas de superación.

La identificación de los determinantes sociales de los adolescentes nos permite observar un panorama general a los problemas de este grupo de edad, por lo que establecerlos debería ser parte del proceso de atención de en salud de todos los grupos vulnerables, para así prever los problemas a los cuales nos enfrentaremos como sector salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, "Subsanar las desigualdades en una generación" OMS 2009. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa
2. Alfaro A.; Uso de las concepciones teóricas sobre determinantes sociales de la Salud; Análisis de los determinantes de la Salud en Costa Rica, 2005. www.saludpublica.ucr.ac.cr/libro/03
3. Lalonde M. "A new perspective on the Health of Canadians" Minister of National Health and Welfare, Canada 1974
4. Alfaro A.; Uso de las concepciones teóricas sobre determinantes sociales de la Salud; Análisis de los determinantes de la Salud en Costa Rica, 2005. www.saludpublica.ucr.ac.cr/libro/03
5. More R. Economía política de los determinantes sociales de la salud; Perú 2009. <http://www.bvsde.paho.org/textcom/sct/048025>
6. Frenk J. Bobadilla J. et. Cols. "Elementos para una teoría de la transición en Salud" Salud Publica México, Vol. 33 (5): pág. 448- 462, 1991 <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001120>
7. Cerrando la brecha: Políticas de acción sobre DSS, Conferencia Mundial sobre los DSS, OMS , Río de Janeiro, Brasil, 2011
8. Hernández T; "Acciones sobre DSS en Venezuela, Revista cubana de Salud Pública; 36(4) 366- 371; 2010
9. Reporte final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
10. Sojo A. Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y política para la salud; División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe; CEPAL, 2011.
11. Borrell C. Desigualdades y servicios de Salud; Saude e Sociedade v. 15, No.2; pp. 9- 22, Barcelona España; Mayo – Agosto 2006).
12. Informe de evaluación de la política de desarrollo social en México 2012, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Nacional CONEVAL 2012.
13. Pan American Health Organization. Regional strategy for improving adolescent and youth health. Presented in the 48th Directing Council, Washington, DC, Agosto, 2008. [CD48/8 (Eng.)].
14. El desarrollo humano y los objetivos de Desarrollo del Milenio en Puebla. www.mx.undp.org
15. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Juventud y cohesión social en Iberoamérica: un modelo para armar. Santiago, Chile: United Nations; 2008.
16. Guttmacher Institute. Early childbearing in Nicaragua: a continuing challenge. In Brief 2006 Series, No. 3 (newsletter).
17. [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/salud_sexual_FINAL\[1\].pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/salud_sexual_FINAL[1].pdf)

- Lauglo M. La salud sexual y reproductiva del joven y del adolescente: oportunidades, enfoques y opciones. Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente, 2008.
18. Instituto Nacional de Estadística (INE). Fecundidad Juvenil en Chile 2000; 1-12.
 19. Marta Molina S, Cristina Ferrada N, Ruth Pérez V, Luis Cid S., Víctor Casanueva E., Apolinaria García C.; Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. Revista Médica de Chile v.132 n.1 Santiago 2004, 65 - 70
 20. Arroyo H. et. col.; Compilado por Diana Pasqualini y Alfredo Llorens. Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral, 1a ed. - Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2010. OPS/OMS – Facultad de Medicina // Universidad de Buenos Aires.
 21. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, ENSANUT, México 2012.
 22. Quiroz J. et Cols. “Entre contradicciones y riesgos: opiniones de varones adolescentes mexicanos sobre el embarazo temprano y su asociación con el comportamiento sexual”; Salud Pública México 2014; 56:180 – 188.
 23. Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios SAEH, Área de Estadística, Hospital Integral El León, 2009-2013.
 24. http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html
 25. Colín Y., Villagómez P., Evolución de la maternidad en México, 1974 – 2009; CONAPO La situación Demográfica en México, 2010.
 26. <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>
 27. Programas de Becas de Apoyo a la Educación Básica de madres Jóvenes y jóvenes embarazadas, PROMAJOVEN, Informe 2012) <http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Paginas/InformeEvaluacion.aspx>
 28. <http://www.rae.es/rae.html>
 29. Informe CONEVAL para el Estado de Puebla 2012 <http://www.coneval.gob.mx/coordinacion/entidades/Documents/Puebla/principal/21informe2012.pdf>
 30. Evaluación de DSS en la políticas públicas http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9148:the-importance-of-the-social-determinants-of-health-in-public-policies&Itemid=932&lang=es
 31. Silberman M, Moreno L., Kavas V., González E., “Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal. Una experiencia desde los centros de salud pública” Revista de la Facultad de Medicina, México Vol. 56 no. 4 julio agosto 2013.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE INVESTIGACION MÉDICA

Título del tema: Determinantes Sociales de la Salud de las adolescentes embarazadas que acuden al Hospital Integral El León Atlixco.

Investigador: Abraham Acosta Pérez **Fecha:** _____

Se te está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participas o no, debes conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados:

Tu decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para ti, en caso de no aceptar la invitación.

No representa algún gasto económico para ti, ni recibirás pago por tu participación.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el investigador.

Si en algún momento usted decide no continuar con la encuesta está en su derecho.

Que eres menor de edad y que tienes derecho de solicitar autorización por parte de tu padre o tutor para participar en este trabajo.

Yo _____ declaro que he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria; he sido informado y entiendo que este trabajo es con fines de investigación. Por lo que decido participar en este estudio de investigación.

Firma del participante

Testigo

Firma del Padre o Tutor

Testigo

Anexo 2. Encuesta

Hola que tal, está es una encuesta que nos permitirá medir los Determinantes sociales de las adolescentes embarazadas; a continuación se te presentan algunas preguntas de opción múltiple, las cuales podrás elegir según correspondan a tu realidad. De antemano agradezco tu participación.

1.- Edad

1. 10 a 14 años () 2. 15 a 19 años ()

COMPONENTES ESTRUCTURALES

Entorno Social

2.- Escolaridad máxima

1. No sabe leer ni escribir () 2. Primaria incompleta ()
3. Primaria completa () 4. Secundaria incompleta ()
5. Secundaria completa () 6. Bachiller () 7. Técnica o profesional ()

3.- Lugar donde vive:

Colonia o Localidad _____ Municipio _____

4.- Estado civil

1. Madre soltera () 2. Unión libre () 3. Casada () 4. Divorciada ()

5.- Idioma o lengua materna

1. Español () 2. Dialecto () 3. Español y Dialecto ()

6.- Religión o creencia

1. Católica () 2. Cristiana () 3. Mormona ()
4. Testigo de Jehová () 5. Otra ()

7.- La casa donde vives tiene: (Puede marcar varias opciones)

Drenaje () Luz eléctrica () 5. Agua ()

8.- ¿Quién es el dueño o el propietario de la casa donde vives?

1. Es de tu pareja () 2. Es rentada () 3. Es prestada ()
4. Es de tus Padres () 5. Es de tus suegros () 6. Es propia ()

9.- Hacinamiento

a) Cuantas personas viven en la casa donde tú vives _____

b) Cuantos cuartos tiene la casa donde tú vives (incluye recamara, baño, cocina) _____

1. Con hacinamiento 2. Sin hacinamiento

10.- ¿Tienes seguridad social?

1. No () 2. Si ()

Entorno Económico

11.- ¿Cuál es tu ocupación?

1. Al Hogar () 2. Empleada () 3. Estudiante ()
4. Campesina () 5. Trabajo y Estudio ()

12.- ¿Por parte de quien recibes un gasto o apoyo económico?

1. De nadie () 2. Padres () 3. Pareja ()
4. Tus Suegros () 5. Empleo ()

13.- ¿Cuánto recibes aproximadamente al mes?

1. Menos de \$1,841 () 2. Entre \$1,842 a \$3,683 ()
2. Entre \$3,684 a \$5,524 () 3. Más de \$5,524 ()

COMPONENTE INTERMEDIARIO

Entorno Familiar

14.- ¿Cuántos hermanos(as) son en tu familia, contándote a ti?

1. Hija única () 2. Dos hermanos () 3. Tres hermanos ()
4. Cuatro a Cinco hermanos () 5. Seis hermanos o más ()

15.- ¿Qué edad tenía tu Mamá en su primer embarazo?

1. De 10 a 14 años () 2. De 15 a 19 años ()
3. De 20 a 30 años () 4. Más de 30 años ()

En caso de desconocer la respuesta, se procede a hacer las siguientes preguntas:

Edad de tu Mamá actualmente () Edad del hijo más grande de tu Mamá ()

16.- ¿Tu mamá ha utilizado o está utilizando algún método de planificación Familiar (como DIU, OTB, Inyecciones, Pastillas)?

1. No, nunca () 2. No sabe () 3. Si, Alguna vez ()

17.- ¿Cuál es el estado civil actual de tus Padres?

- 1.- Separados o divorciados () 2.- Unión Libre ()
3.- Casados () 4.- Viudez ()

18.- ¿Actualmente alguno de tus Padres Migró a EEUU o Canadá?

1. Madre () 2. Padre () 3. Ambos () 4. Ninguno ()

19. ¿De las siguientes opciones responde si alguna vez tú recibiste las siguientes situaciones en tu familia?

¿Violencia Física? 1) Si _____ 2) No _____

¿Maltrato psicológico? 1) Si _____ 2) No _____

¿Abuso sexual? 1) Si _____ 2) No _____

20. ¿Cuál fue la respuesta de tus Padres al decirles que estabas embarazada?

1. Muy en desacuerdo () 2. Algo en desacuerdo ()
3. Indiferentes () 4. Algo de Acuerdo () 5. Muy de acuerdo ()

21. ¿Cómo considerabas el ambiente familiar en tu casa, con tus Padres y hermanos?

1. Muy Malo () 2. Algo Malo () 3. Ni Malo ni Bueno ()
4. Algo Bueno () 5. Muy Bueno ()

22. ¿A qué edad se embarazó tu(s) hermana(s)? (Puede marcar varias opciones)

1. No tiene hermanas () 2. Ninguna se ha embarazado ()
3. Entre 10 a 14 años () 4. Entre 15 a 19 años ()
5. Más de 20 años ()

23.- ¿Cuántos años tiene el Padre de tu bebé?

1. De 10 a 14 años () 2. Entre 15 y 19 años ()

3. Entre 20 y 30 años () 4. Mayor a 30 años ()

24.- ¿Hasta qué grado estudió el Padre de tu bebé?

1. No sabe leer ni escribir () 2. Primaria incompleta ()
3. Primaria completa () 4. Secundaria incompleta ()
5. Secundaria completa () 6. Bachiller ()
7. Técnica o profesional () 8. No sabe ()

Entorno de la Sexualidad

25.- ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

1. Entre 10 a 14 años () 2. De 15 a 19 años ()

26.- En tu primera relación sexual, ¿Qué método anticonceptivo utilizaste?

1. Pastillas () 2. Pastillas Emergencia () 3. Inyecciones ()
4. Método del Ritmo () 5. Preservativo ()
6. Implante Subdérmico () 7. DIU () 8. Ninguno ()

27. ¿Cómo describirías tu primera relación sexual?

1. Muy en desacuerdo () 2. Algo en desacuerdo () 3. Indiferente ()
4. Algo de Acuerdo () 5. Muy de acuerdo ()

28.- ¿Con cuantas parejas has tenido relaciones sexuales?

1. Solo una () 2. Dos () 3. Tres ()
4. Cuatro () 5. Más de Cinco ()

29.- ¿Cuántos embarazos llevas contando éste?

1. Uno () 2. Dos () 3. Tres () 4. Cuatro o más ()

30. Edad en tu primer embarazo

1. Entre 10 a 14 años () 2. Entre 15 a 19 años ()

31.- Antes de tu primer embarazo, ¿Con que frecuencia te explicaron acerca de los métodos de planificación familiar o anticonceptivos?

	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Tus Padres					
Algún familiar					
Amigas					
Centro de Salud					
Escuela					

32.- ¿Qué métodos de planificación familiar usaste antes de tu primer embarazo?

1. Pastillas () 2. Pastillas Emergencia () 3. Inyecciones ()
4. Método del Ritmo () 5. Preservativo ()
6. Implante Subdérmico () 7. DIU () 8. Ninguno ()

33.- ¿De los siguientes métodos de planificación con cuales estarías de acuerdo o en desacuerdo utilizar después que nazca tú bebe?

1. Inyección bimestral () 2. Implante Subdérmico ()
3. Preservativo () 4. Dispositivo Intrauterino ()
5. Método del ritmo () 6. OTB () 7. Ninguno ()

34. Si tu decisión es no utilizar Método de Planificación Familiar después que nazca tu bebé, ¿Cuál es la razón por la que no utilizaras método para planificar?

1. Por los efectos secundarios que provocan ()
2. Por motivos religiosos ()
3. Por qué no quiere tu pareja, tu suegra o alguien más ()
4. Por qué no cuentas con Centro de Salud cercano que te lo proporcione o Falta de atención por parte de tu centro de salud ()

Entorno cultural

35.- De las siguientes edades, ¿Cual crees que es la correcta para embarazarse?

1. Entre 10 a 14 años () 2. De 15 a 19 años () 3. De 20 a 24 años ()
4. De 25 a 30 años () 5. Más de 30 años ()

36.- ¿Cuántos hijos te gustaría tener en total en tu vida?

1. Uno () 2. Dos () 3. Tres ()
4. Cuatro o más () 5. Los que quiera mi pareja o me mande Dios ()

37. ¿Hasta qué grado de estudio te gustaría llegar en tu vida?

1. Primaria completa () 2. Secundaria completa ()
3. Preparatoria completa () 4. Carrera u oficio ()
5. No continuara estudiando ()

38. ¿Cuál crees tú que fue el motivo por el cual te embarazaste?

1. No usaste MPF () 2. Usaste MPF pero falló ()
3. Por ser forzada a tener relaciones () 4. Por salirte de tu casa ()
5. Por voluntad propia ()