



PERINATOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN HUMANA

www.elsevier.es/rprh



REVISIÓN

Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual



A.M. Mora Cancino^a y M. Hernández Valencia^{*,b}

^aHospital General de Ecatepec Dr. José María Rodríguez, Instituto de Salud del Estado de México, Ecatepec, México

^bUnidad de Investigación en Enfermedades Endocrinas, Centro Médico Nacional, Instituto Mexicano del Seguro Social, México D.F.

Recibido el 20 de febrero de 2015; aceptado el 4 de mayo de 2015

PALABRAS CLAVE

Embarazo;
adolescente;
riesgos del embarazo

KEYWORDS

Pregnancy;
Adolescent;
Risks of pregnancy

Resumen En México, el 20% de los nacimientos anuales se presenta en madres menores de 20 años. Su importancia radica en el hecho de que el impacto de los embarazos en adolescentes comienza con los riesgos para la salud de la madre y su hijo. Estos riesgos son mayores a medida que la edad de la gestante es menor y en especial cuando, debido a las condiciones sociales y económicas, el cuidado de la salud es inferior a lo ideal, lo cual es determinante en el desarrollo psicosocial materno posterior. Se ha señalado que los jóvenes con baja escolaridad, con menores expectativas académicas y laborales, y con menor autoestima y asertividad tienden a iniciar a más temprana edad su vida sexual activa, a utilizar menos los anticonceptivos y, en el caso de las jóvenes, a quedarse embarazadas, con el riesgo de llegar al aborto por la falta de condiciones y conocimientos que faciliten una decisión mejor. Por ello es imprescindible tener en cuenta el contexto cultural y las características especiales de la familia para entender de forma preventiva la situación de la adolescente con riesgo de embarazo.

© 2015 Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Pregnancy in adolescence: What it is like in today's society

Abstract In Mexico, 20% of annual births occur in mothers younger than 20 years old. The importance of this is that the impact of pregnancies in adolescents begins with the risks for the mothers' health and their children. The younger the age of the woman, the bigger the risk, especially when the social and economic conditions result in healthcare below the ideal, which is decisive in later maternal psychosocial development. It has been pointed out that youngsters with low-level education, with lower academic and work expectations and with lower self-esteem and assertiveness tend to begin their active sexual life at an earlier age, to use contraceptives less and, in the case of young women, to get pregnant. These young pregnant women are

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mhernandezvalencia@prodigy.net.mx (M. Hernández Valencia).

at risk of aborting because of the lack of conditions and knowledge that might facilitate a better decision. It is consequently indispensable to take the social context and special family characteristics into account to understand preventatively the situation of an adolescent with pregnancy risk.

© 2015 Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Actualmente, la población mundial estimada es de 7,200 millones de personas, de las cuales el 17.5% tiene entre 15 y 24 años, y el 10.0% de estos jóvenes presenta un embarazo, lo que equivale al 10% de todos los nacimientos del mundo. Esto quiere decir que aproximadamente 15 millones de mujeres de 15 a 19 años tienen un parto cada año, por lo que reciben la denominación de embarazo en la adolescencia. Por lo que se refiere a México, por término medio entre 2003 y 2012 ocurrieron 2.59 millones de nacimientos anuales, lo que representa un promedio anual de 448,000 nacimientos anuales en madres que tenían menos de 19 años en el momento del parto, lo que constituye el 20% de los nacimientos anuales a esta edad^{1,2}.

Durante las últimas décadas, la educación sexual formal que se proporcionaba de manera individual estaba circunscrita al entorno familiar, que utilizaba el silencio o la represión como método para no dar información sobre el tema a sus hijos e hijas. Con el transcurso del tiempo y atendiendo las demandas de la sociedad, se inició la difusión de forma colectiva, que se ha extendido con rapidez a las instituciones educativas y a las comunidades bajo la responsabilidad de los sectores gubernamentales correspondientes. Las estadísticas de la década de 1950 en relación con la actividad sexual juvenil, los embarazos no deseados, las relaciones no matrimoniales y otros temas constituyeron la principal preocupación de la educación sexual y fueron la base fundamental para proporcionar información respecto a la sexualidad y el valor que ésta representa ante la sociedad. Hacia 1960 hubo una nueva tendencia en la educación sexual y fue considerada como la simiente para un desarrollo integral de la personalidad y para el mejor establecimiento de las relaciones interpersonales^{3,4}.

Cambios en el desarrollo corporal

El crecimiento que presenta un individuo desde la niñez es tan rápido en su evolución y tan desconcertante que va pasando por diferentes fases sin tener un estado fijo. En esta edad pueden distinguirse dos períodos: uno denominado “pubertad” y otro, “adolescencia” propiamente dicha. Si comparamos la pubertad con la adolescencia, encontraremos que el primer período hace referencia más directamente al aspecto fisiológico (físico-químico), caracterizado por la transformación “física y sexual” del individuo, y se define por la aptitud para la procreación. El segundo período se centra en la aparición de características y fenómenos afectivos que determinan cambios en toda su personalidad y se

manifiesta en las niñas por la aparición de la primera menstruación (menarquía) y en los niños por las primeras eyaculaciones. La adolescencia es una “época” que abarca varios años. El término adolescencia proviene del verbo latino *adolecere*, que significa crecer, avanzar, desarrollarse, hacerse fuerte y superar la época tutelar. Este término traduce perfectamente lo esencial del fenómeno, que es precisamente el movimiento, la evolución, la transformación y el momento dinámico del desarrollo global que impulsa al ser desde el nacimiento hasta la muerte. La adolescencia constituye la transición hacia la vida adulta y ser mujer implica la asignación sociocultural de los papeles de esposa y madre⁵.

La adolescencia es, fundamentalmente, un período de rápido e intenso crecimiento físico, acompañado de profundos cambios en el cuerpo. Se presenta como un período de transición entre la infancia y la edad adulta; comienza con la pubertad y se extiende desde los 13 o 14 años hasta los 18 años en la mujer y desde los 13 o 14 años hasta los 20 años, aproximadamente, en los hombres. Se incluye un “aproximadamente” ya que son muchas las variables que inciden en su desarrollo, como entorno sociocultural, geográfico, climático, ambiental y procesos de inteligencia, entre otros⁶.

A partir de la pubertad comienza el proceso de cambios físicos que convierte a la niña en un adulto capaz de la reproducción sexual. Esto no quiere decir, sin embargo, que la niña esté preparada para ser madre. Las consecuencias negativas a largo plazo del embarazo adolescente pueden resumirse bajo dos grandes rubros: 1) aquellas que tienen impacto sobre la salud y el crecimiento del niño, y 2) las que corresponden al desarrollo personal y vida futura de la propia adolescente⁷.

Problemas de salud asociados con el embarazo en la adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado el embarazo como una de las prioridades en la atención de las adolescentes ya que repercute tanto en la salud de la madre como en la del niño. La mortalidad materna del grupo de 15 a 19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad con el grupo de 20 a 34 años; en México, la mortalidad en madres menores de 24 años corresponde al 33% del total.

Los riesgos médicos asociados con el embarazo de las madres adolescentes, como patología hipertensiva, anemia, bajo peso al nacer, parto prematuro, así como la nutrición insuficiente, determinan la elevación de la morbilidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la morta-

lidad infantil al compararse con los grupos de edades entre 20 y 29 años. El 80% de los niños hospitalizados por desnutrición grave son hijos de madres adolescentes.

La morbilidad en la gestación de la adolescente se puede clasificar por períodos de la gestación. En la primera mitad destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática. En la segunda mitad del embarazo se encuentran los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con patologías placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, anemia, síntomas de parto prematuro, rotura prematura de membranas, desproporción cefalopélvica por desarrollo incompleto de la pelvis ósea materna y trabajo de parto prolongado.

Los problemas de salud de los hijos de madres adolescentes se relacionan con bajo peso al nacer, valoraciones bajas en el test de Apgar, traumatismo en el momento del nacimiento, problemas neurológicos y riesgo de muerte en el primer año de vida, el cual es dos veces mayor que en otras edades maternas. El hijo de madre adolescente es, sin duda, un niño que causa preocupación ya que se trata de un ser cuyo desarrollo se realiza bajo la dependencia de otro individuo que no ha completado el suyo⁸.

El embarazo en la adolescencia está asociado con diversos problemas biológicos, psicológicos y sociales tanto para la madre como para su hijo. Existen indicadores de que, dentro del propio grupo de adolescentes, las menores de 15 años son las que corren mayor riesgo. Algunos de estos riesgos reflejan la inmadurez física y psicosocial de la adolescente ya que al reto que representa el embarazo y la maternidad para el desarrollo personal de cualquier mujer se suma el de la adolescencia⁹.

Por tanto, ésta es en sí una etapa de desarrollo que implica grandes cambios físicos conjuntamente con conflictos psicosociales y de redefinición personal. Sin embargo, otros de los riesgos a que se exponen la adolescente embarazada y su hijo no necesariamente dependen de la edad de la madre en sí, sino que pueden reflejar una serie de condiciones tanto de salud como sociales, económicas, psicológicas y familiares que se atribuyen a la sexualidad precoz y desprotegida de estas jóvenes. Quizá la convergencia de ambos tipos de factores de riesgo, tanto los que no son inherentes al embarazo en la adolescencia como los que se asocian con este fenómeno, determinan que sea tan importante proporcionar una atención e intervención preventiva especial para este grupo de pacientes¹⁰.

Actitud de la embarazada adolescente

Se ha reportado que el embarazo en la adolescente está asociado con otras conductas antisociales, como el uso excesivo de drogas y alcohol, así como actos delictivos, lo que refleja su bajo nivel de aceptación de las normas conductuales de la sociedad. Respecto al estado anímico y el ajuste personal, algunos autores sugieren que el embarazo en la adolescente surge a raíz de sentimientos de rechazo, abandono y soledad, a veces crónicos y, en otros casos, aparentemente en relación con una pérdida (real o percibida) o la enfermedad crónica de un ser querido¹¹.

Las actitudes y expectativas que tiene una madre adolescente en cuanto al rol materno y la crianza de los hijos con-

tribuyen a la calidad de la relación que establece con su hijo. También en este aspecto las madres adolescentes sufren una desventaja en comparación con las madres en edad adulta. Algunos estudios han mostrado que las madres adolescentes tienen menores conocimientos del desarrollo infantil, sus expectativas son menos realistas en cuanto a la conducta infantil, con actitudes más punitivas y menor sensibilidad a las necesidades del niño. Al parecer, estas diferencias son menores en los primeros meses posparto y en el caso de las adolescentes que reciben apoyo por parte de su familia, comparadas con las adolescentes que son rechazadas en su núcleo familiar¹².

Depresión en la adolescente

La adolescente soltera que se queda embarazada se enfrenta a una serie de factores estresantes que pudieran estar asociados con un estado anímico de depresión durante la gestación. Entre estos factores se encuentran el desarrollo propio de la adolescencia que, por ser un período lleno de cambios anatomofisiológicos y adaptativos, modifica sustancialmente la calidad y las expectativas de vida. Además, se ha señalado que el embarazo, especialmente el primero, puede considerarse como una etapa de crisis que, a pesar de ser normal, altera el equilibrio emocional de la mujer. La futura madre tiene que adaptarse a diversos cambios físicos, psicológicos y sociales que alteran su estilo de vida. Si a estos factores estresantes se agrega el hecho de haberse quedado embarazada de soltera, la adolescente pudiera estar sujeta al rechazo de la sociedad, así como al de las personas más cercanas a ella.

Los trastornos sociales y económicos que esto pudiera provocar, en algunos casos, propicia inestabilidad emocional, sentimientos de culpa y frustración al ver limitadas sus oportunidades tanto académicas como de vida.

La incertidumbre de su situación propicia dudas y preocupación, lo cual se asocia con sentimientos de depresión especialmente notable en la adolescente soltera. También es de gran relevancia la calidad del apoyo que la adolescente gestante recibe en particular de la familia de origen y la pareja. Se ha comprobado que el apoyo social es capaz de reducir la vulnerabilidad hacia la depresión, en especial durante el embarazo y el comienzo de la adaptación como madre. El hecho de iniciar una relación conyugal o no a raíz del embarazo es otro factor importante ya que el adolescente que entra en una relación conyugal puede obtener el apoyo y la aprobación de la sociedad, pues el estado civil convierte su gestación en algo lógico, aceptado y esperado¹³.

Autoestima en la adolescente

La autoestima es el sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo que está unido al sentimiento de competencia y valía personal. El concepto que tiene la adolescente de sí misma o autoconcepto no es algo heredado o aprendido del entorno, mediante la valoración que el ser humano hace de su propio comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás.

La importancia de la autoestima radica en el hecho de que impulsa a la persona a actuar, a seguir adelante y la motiva a buscar sus objetivos. Se ha encontrado que la autoestima influye en muchos aspectos de la problemática social actual; entre ellos se ha demostrado que los embarazos adolescentes son, en gran parte, producto de una autoestima baja, por lo que nace la necesidad de intervención en un nivel profundo y psicológico, y no sólo la exclusiva y repetitiva educación basada en la enseñanza de los métodos de planificación familiar y la salud sexual y reproductiva.

La sexualidad se intensifica con la pubertad, ocupa un lugar central en el desarrollo de la adolescente y su orientación tiene a la autoestima como uno de sus pilares fundamentales. Por ejemplo, se ha demostrado que los adolescentes sin actividad sexual o que se inician más tarde en ella tienden a formar niveles de autoestima más altos que sus pares sexualmente activos o que aquellos que se inician en ella tempranamente¹⁴. Según la encuesta poblacional realizada por Profamilia en el año 2005, el inicio de las relaciones sexuales no necesariamente tiene que coincidir con la edad de la primera unión y ésta es, aproximadamente, a los 18.4 años. El 11% del total de mujeres tuvo su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años y el 44%, antes de los 18 años. Sin embargo, la edad de la mujer en la primera unión representa el comienzo de la exposición al riesgo de embarazo y al inicio de la vida reproductiva; por tanto, tiene un efecto importante sobre la fecundidad, en el sentido que cuanto más joven forme pareja la mujer, mayor será su tiempo de exposición y mayor su potencial de hijos a lo largo de su vida reproductiva.

La prolongación de la soltería y el celibato reducen este potencial e influyen en la disminución de los niveles de fecundidad en la población. La importancia de esto radica en el impacto de los embarazos en adolescentes, que comienza con los riesgos para la salud de la madre y su hijo; estos riesgos son mayores a medida que la edad de la gestante es menor y en especial cuando las condiciones sociales y económicas hacen que el cuidado de la salud sea inferior a lo ideal. Además, también se pone en riesgo el desarrollo social educativo y económico de la joven madre, por lo que su hijo nace con grandes desventajas.

El porcentaje de mujeres de 13 a 19 años que ya fueron madres en 2005 alcanzó el 24.5% y es sorprendente que, entre las mujeres de 19 años, el 63% eran madres o estaban embarazadas de su primer hijo. El uso de métodos de planificación familiar se ha reportado hasta el 79.1%, pese que casi el 100% de la población de mujeres adolescentes tiene conocimiento sobre la existencia de estos métodos. La falta de información ni el desconocimiento de los métodos de planificación se han planteado como el principal factor en la generación de la elevada tasa de embarazos a temprana edad, sino otros factores mucho más profundos, sobre los cuales hay que intervenir.

Son múltiples los factores conductuales que incrementan el riesgo de embarazo en adolescentes; a menudo, los jóvenes tienen ideas vagas y distorsionadas acerca de la sexualidad y no esperan que una relación coital termine en un embarazo; son naturalmente impulsivos y es menos probable que actúen de forma planeada, como los adultos, y que acudan a los servicios de salud posteriormente. Buscar y obtener asesoría, consejo y servicios en materia de salud sexual y reproductiva se torna muy difícil para una adolescente sin

experiencia. Se ha demostrado que, en la mayoría de los casos, la base de toda esta problemática es de orden psicológico, por lo que la baja autoestima es sin duda el factor más señalado y comprobado como agente fundamental y de éste nace la inseguridad, el temor al rechazo, las bajas aspiraciones en la vida o un déficit importante en el nivel del control de emociones. A partir de estas circunstancias deriva la mayoría de conductas de riesgo para un embarazo temprano y por ello es necesaria la intervención a nivel profundo en la autoestima de las adolescentes¹⁵.

Problemas sociales asociados con el embarazo en la adolescente

Para la adolescente, el embarazo está asociado con una desventaja escolar importante, con empleos menos remunerados e insatisfactorios. Cuanto más joven sea la adolescente cuando nace el primer hijo, mayor será la probabilidad del número de hijos posteriores, por lo que las consecuencias socioeconómicas serán más drásticas. A nivel psicosocial, también pueden existir consecuencias negativas, en términos de una reducción de alternativas de vida, de conflictos familiares e insatisfacción personal. En el caso de la adolescente que se une con la pareja a raíz del embarazo, existe mayor riesgo de problemas maritales y de divorcio que en parejas más maduras¹⁶.

Las múltiples formas de expresión de la cultura mexicana en diferentes estratos socioeconómicos matizan de manera especial las repercusiones que el embarazo y la maternidad conllevan para la adolescente. No se puede describir un solo perfil de personalidad en la adolescente y tampoco se encuentra una alta frecuencia de inestabilidad emocional en la adolescente embarazada. Se reporta que suelen poseer características psicosociales que las ponen en desventaja para enfrentarse a los retos implícitos de la maternidad y que probablemente determinarán en gran medida la forma en que ellas evolucionen después del parto¹⁷.

La adolescencia en sí misma implica retos y conflictos según la cultura y el estrato sociocultural. La búsqueda de identidad tan común entre algunas sociedades y subculturas puede ser menor en grupos donde los modelos sociales están más definidos y las alternativas son relativamente limitadas. A pesar de las posibles diferencias culturales, cabe resaltar que, cuando la mujer inicia su maternidad en la adolescencia, esta etapa tendrá un impacto aún más determinante en su desarrollo psicosocial posterior. Se han encontrado características personales de adolescentes embarazadas que distinguen a éstas de otras que no se quedan embarazadas y que utilizan anticonceptivos adecuadamente. Por lo general, después del primer embarazo se aumenta el conocimiento y el uso de anticonceptivos, pero diversas actitudes al respecto probablemente contribuyen a la eficacia de su utilización o no¹⁸.

Tendencias hacia el embarazo en la adolescente

Los adolescentes en México representan el 25% de la población total y entre sus principales problemas de salud desta-

can los accidentes, la farmacodependencia, el embarazo no deseado y los suicidios. El incremento demográfico, los cambios en el estilo de vida y los desequilibrios socioeconómicos han facilitado la presencia de algunas entidades, como problemas de crecimiento y desarrollo, trastornos de conducta, afecciones emocionales, problemas de aprendizaje, embarazo adolescente y crianza de hijos a temprana edad.

A pesar de la disminución de la fertilidad en general, la tasa de embarazos en el grupo de adolescentes permanece estable, lo que se traduce en un aumento relativo del porcentaje de mujeres embarazadas menores de 20 años (tabla 1). Junto con lo anterior, parece que el número de abortos, de divorcios y de madres solteras se incrementa. La tercera parte de los embarazos atendidos en instituciones de salud del país es de mujeres menores de 24 años y el 13%, de menores de 19 años.

En los servicios de medicina de la adolescencia, como en el caso del Hospital Materno Infantil Inguarán, el embarazo en adolescentes ocupó el tercer lugar en 1991 como causa de consulta médica, en 1993 ocupó el segundo lugar y a partir de 1994 ha ocupado el primer lugar. Por ello puede

afirmarse que el embarazo en adolescentes es un problema de salud actual en la población atendida en hospitales de este tipo¹⁹.

El tema de la sexualidad y la salud reproductiva ha cobrado mucho interés entre los profesionales dedicados a la salud pública y mental debido al impacto social que ha producido en las nuevas generaciones, que ha quedado reflejado en los índices de densidad poblacional y en el incremento de enfermedades de transmisión sexual. Anteriormente, los estudios sobre sexualidad eran pocos ya que implicaba hablar de temas a los cuales la sociedad no estaba acostumbrada, como aborto, embarazo no deseado, relaciones sexuales prematrimoniales, anticonceptivos y homosexualidad.

A pesar de que aún se mantienen patrones ideológicos y conductuales que obstaculizan su divulgación, en los últimos años y debido a la gran preocupación de diversos sectores por la propagación de enfermedades y embarazos no deseados las instituciones gubernamentales y no gubernamentales han abordado con mayor interés su estudio. Estas investigaciones sociodemográficas, epidemiológicas y psico-

Tabla 1 Nacimientos ocurridos por año, número de nacimientos de madres adolescentes (≤ 19 años), tasa y porcentaje de los nacimientos en este grupo de madres

Año	Total nacimientos	Hombres	Mujeres	No especificados	Adolescentes	Tasa	%
1990	2 735 312	1 378 259	1 356 261	792	466 554	27.9	18.0
1991	2 756 447	1 389 667	1 365 868	912	483 646	27.5	18.4
1992	2 797 397	1 410 179	1 386 794	424	447 355	27.1	16.7
1993	2 839 686	1 425 959	1 412 862	865	454 920	26.8	16.8
1994	2 904 389	1 462 458	1 441 367	564	461 919	26.3	16.9
1995	2 750 444	1 387 458	1 362 547	439	432 617	25.9	16.5
1996	2 707 718	1 365 863	1 341 619	236	424 529	25.4	16.4
1997	2 698 425	1 359 672	1 338 539	214	420 603	24.8	16.3
1998	2 668 428	1 345 837	1 322 244	347	422 751	24.3	16.5
1999	2 769 089	1 384 810	1 384 000	279	440 541	23.9	16.9
2000	2 798 339	1 398 877	1 398 703	759	445 775	23.4	17.1
2001	2 767 610	1 390 066	1 377 151	393	439 014	23.0	17.2
2002	2 699 084	1 345 504	1 350 142	3 438	431 637	22.6	17.2
2003	2 655 894	1 307 080	1 348 354	460	413 369	22.2	16.8
2004	2 625 056	1 302 411	1 322 074	571	420 249	21.8	17.2
2005	2 567 906	1 284 304	1 283 009	593	422 348	21.5	17.4
2006	2 505 939	1 254 600	1 250 937	402	409 357	21.1	17.2
2007	2 655 083	1 330 390	1 324 087	606	457 051	20.8	17.8
2008	2 636 110	1 320 177	1 315 435	498	457 929	20.4	18.3
2009	2 577 214	1 296 770	1 279 883	561	463 559	20.1	18.8
2010	2 643 908	1 326 612	1 317 023	273	475 784	19.7	18.8
2011	2 586 287	1 300 026	1 285 962	299	472 987	19.4	19.2
2012	2 498 880	1 262 938	1 235 719	223	468 116	19.2	19.4
2013	2 478 889	1 255 206	1 223 530	153	466 881	19.0	19.4

Fuente: INEGI: Estadística de natalidad

- Para 1990 a 2009: CONAPO. *Indicadores demográficos básicos 1990-2010*. www.conapo.gob.mx (Actualización enero de 2014).
- Para el cálculo se usó la edad de la madre al momento del nacimiento (menores de 20 años). Incluye los nacimientos ocurridos en el extranjero. Además, excluye la edad de la madre no especificada.
- Tasa: (Nacidos vivos por cada 1 000 habitantes).

sociales han estado orientadas a estudiar las prácticas sexuales y la fecundidad. Además, estos estudios han arrojado datos importantes sobre la edad a la cual los jóvenes inician su vida sexual, los principales métodos anticonceptivos empleados, así como las actitudes y las creencias que tienen los jóvenes en relación con su sexualidad.

En México, los datos disponibles de diversas encuestas muestran que la actividad sexual premarital es relativamente común. De esta forma se señala 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 utilizar menos los anticonceptivos y, en el caso de las jóvenes, a quedarse embarazadas con el riesgo de llegar al aborto ante la falta de condiciones y conocimientos que faciliten una mejor decisión. Diversos datos estadísticos señalan que tanto hombres como mujeres empiezan a tener relaciones sexuales entre los 15 y los 19 años, y desafortunadamente con pocos conocimientos sobre su sexualidad.

En una encuesta realizada por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (Conasida) sobre la sexualidad en Ciudad de México se encontró que la media de edad de la primera penetración vaginal fue 17.4 años y que en generaciones previas, como aquéllas nacidas durante la década de 1970, el promedio fue 16.4 años. En la encuesta nacional de jóvenes de educación media y media superior realizada por el Consejo Nacional de Población (Conapo) se encontró que los jóvenes empiezan a tener relaciones a los 16 años en el caso de las mujeres y entre los 14 y 15 años en el de los hombres. Por lo que respecta a la persona con quien inician su vida sexual, las mujeres generalmente informaron que habían tenido su primera y sus posteriores relaciones sexuales con su novio o enamorado²⁰. La Secretaría de Salud encontró que el 42% de los hombres y el 23% de las mujeres habían tenido relaciones sexuales antes de los 16 años.

Se ha descrito que el embarazo en adolescentes es en la actualidad uno de los principales problemas de salud pública en América Latina y el Caribe. En México, el Conapo, a través del Programa Nacional de Población 1995-2000, encontró que las mujeres menores de 20 años con condiciones socioeconómicas desfavorables eran quienes más frecuentemente experimentaban las repercusiones negativas de un embarazo temprano. Adicionalmente a estas características, la importancia que desempeñan los roles en la cultura mexicana refuerzan la idea de que la sexualidad en las mujeres debe estar ligada a la reproducción y la pasividad²¹.

El embarazo en la adolescencia también puede acarrear como consecuencia problemas sociales como la pérdida de autonomía, la interrupción de relaciones sociales, el aplazamiento o estancamiento en el desarrollo personal y el abandono escolar.

Otro factor asociado con la fecundidad adolescente es el medio en que crece y se desarrolla la mujer. Se observa de forma regular que los embarazos de madres adolescentes son más frecuentes en comunidades menos escolarizadas y en áreas rurales. Una posible razón sea que las uniones matrimoniales ocurren a más temprana edad. Así, por cada mujer urbana que se une antes de los 18 años, dos lo hacen en el medio rural y por cada mujer con educación primaria completa que se une antes de los 16 años (7.7%), casi tres con educación primaria incompleta lo hacen (20.2%), y casi cinco, sin ninguna instrucción (35%). La tasa de fecundidad

de mujeres adolescentes de áreas rurales que se ha reportado es 126 por cada 1,000, mientras que en las áreas metropolitanas se ha obtenido una tasa de 77 por cada 1,000.

A pesar de que el número de personas que usan un método anticonceptivo ha aumentado, las barreras culturales y los mitos aún continúan siendo muy grandes. Por ejemplo, entre los métodos más usados se encuentra el condón y la responsabilidad sobre la decisión de usarlo ha correspondido tradicionalmente al hombre ya que él mantiene el control sobre las relaciones sexuales. Esta situación atribuye una mayor desventaja a la mujer ya que la falta de uso de algún método anticonceptivo constituye un posible riesgo para su salud, sobre todo por las consecuencias que esto trae consigo, como el embarazo temprano, no deseado, no planeado, no aceptado y la posibilidad de contraer enfermedades sexuales. Las adolescentes sexualmente activas quedan embarazadas en el 36% en un plazo inferior a 2 años después del inicio de su actividad sexual²².

Discusión

El interés en los apoyos familiares e interpersonales, especialmente la relación con el compañero, surge a través de dos vertientes. Por un lado, se ha reportado que la adolescente que se queda embarazada tempranamente suele haberse criado en circunstancias familiares poco favorables, como desintegración familiar, imagen paterna distante y/o negativa, pérdida de figuras significativas, así como conflicto y rigidez intrafamiliares. Por otro lado, se ha observado que también pueden tener éxito en su adaptación a la maternidad y a su propio futuro, pero esto dependerá del apoyo social que reciban de su familia y/o su pareja. Por ello surge la necesidad de conocer cuáles son los factores sociales que más influyen en el embarazo de la madre adolescente ya que aún se encuentra en una etapa que depende afectiva y económicamente de su familia, y además es imprescindible tener en cuenta el contexto cultural y las características especiales de la familia para entender mejor la situación de la adolescente.

Agradecimientos

Se reconoce la motivación realizada por la Universidad Autónoma de Guadalajara (CUCSH) para la consecución de este trabajo. Agradecemos al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) por el apoyo al Dr. Marcelino Hernández Valencia.

Bibliografía

1. INEGI-STPS. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2014. Cambios de población en México. México: INEGI, primer trimestre de 2014.
2. Velásquez CG. 57,481,307 mujeres mexicanas. *Rev Mex Med Reprod* 2011;4:139-41.
3. Barbieri RL. Update in female reproduction: A life-cycle approach. *J Clin Endocrinol Metab* 2008;93:2439-46.

4. Fernández-Paredes F, Castro-García MA, Ávila-Reyes MA, Martín-Blanco EM, Godínez-González ME, Fuentes-Aguirre A. Características sociofamiliares y consecuencias en la salud materno-infantil del embarazo en edad precoz. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1996;53:84-8.
5. Learman L, Huang A, Nakagawa S, Gregorich S, Kuppermann M. Development and validation of a sexual functioning measure for use in diverse women's health outcome studies. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:710-1.
6. Fonseca H, Graydanus D. Sexuality in the child, teen, and young adult: Concepts for the clinician. *Prim Care* 2007;34:275-92.
7. Cuevas CB, Xolocostli MMA. Problemática del embarazo en adolescentes: una aproximación. *Salud de la comunidad* 2007;3:3-10.
8. Vázquez-Pizaña E, Rojo-Quiñones AR. Complicaciones del embarazo en adolescentes y en mayores de 20 años. *Bol Clin Hosp Edo San* 2000;17:36-42.
9. García H, Avendaño-Becerra NP, Islas-Rodríguez MT. Morbilidad neonatal y materna en mujeres adolescentes y mujeres adultas. Estudio comparativo. *Rev Invest Clin* 2008;60:94-100.
10. Ortiz SR, Anaya ONI, Sepúlveda RC, Torres TSJ, Camacho LPA. Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio transversal. *Med Unab* 2005;8:71-7.
11. McNeely C, Show M, Beuhring T, Sieving R, Millar B, Blue R. Mothers influence on the timing of the first sex among 14 and 15 years old. *J Adolesc Health* 2002;31:256-65.
12. Sanfilippo J, Lara-Torre E. Adolescent gynecology. *Obstet Gynecol* 2009;113:935-47.
13. Aldana E, Atkin LC. Depresión durante el embarazo en adolescentes. *Perinatol Reprod Hum* 1997;11:184-9.
14. Castaño TD, Restrepo SA, Portilla ND, Ramírez HD. Autoestima y sexualidad en adolescentes: validación de una escala. *Invest Andina* 2008;10:57-66.
15. Alvarado R, Martínez POA, Baquero UMM, Valencia CM, Ruiz SAM. Problemática en torno al embarazo en adolescentes de 14 a 19 años, en Tocaima. *Rev Cienc Salud Bogota* 2007;5:40-52.
16. Fleiz-Bautista C, Villatoro-Velásquez, Medina-Mora ME, Alcántara-Molinar EN, Navarro-Guzmán C, Blanco-Jaimes J. Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México. *Salud Ment* 1999;22:14-9.
17. Furzan JA, Yuburí A, Eizaga S, García-Benavides J. Embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso: un análisis multivariado de factores predictivos de riesgo. *Gac Med Caracas* 2010;118:119-26.
18. López RF, Moral RJ. Sexo, autoeficacia y actitud hacia conductas sexuales de riesgo en población adolescente. *Med Univer* 2003;5:3-11.
19. Hernández-Valencia M. Tendencias de la reproducción femenina y riesgos asociados con el embarazo. *Rev Mex Med Reprod* 2011;3:101-4.
20. Ayala-Castellanos MM, Vizmanos-Lamotte B, Portillo-Dávalos RA. Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara, México. *Ginecol Obstet Mex* 2001;79:86-92.
21. Monterrosa-Castro A, Arias-Martínez M. Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: comportamiento entre 1993 y 2005. Hospital de maternidad "Rafael Calvo", Cartagena Colombia. *Rev Colomb Ginecol Obstet* 2007;58:108-15.
22. Copado MDY. La sexualidad en las etapas de la mujer. *Gineco* 2011;18:19-33.