



Perfil sociográfico de la madre adolescente atendida en el Hospital General de México en el periodo 2000-2001

Reynalda Hernández-Reyes,* América Guadalupe Arroyo-Valerio**

RESUMEN

Las madres adolescentes sólo tienen en común su edad, cada una presenta diferentes características sociográficas, que en conjunto muestran la necesidad de ser atendidas en las instituciones del sector salud por un programa educativo en salud sexual y reproductiva que promueva el conocimiento y el autocuidado para disminuir la incidencia del primer embarazo y aplazar el segundo y subsecuentes en un periodo adecuado para la adolescente y su primer hijo. El presente trabajo tuvo como objetivo conocer el perfil sociográfico de la madre adolescente que fue atendida en el Hospital General de México durante el periodo 2000-2001, obtenida por la trabajadora social bajo un esquema estructurado existente en ese periodo de tiempo, sobre la entrevista social, de manera que se recabaron los datos correspondientes sobre la madre, el recién nacido y la pareja. De los 702 casos de madres adolescentes incluidos para el análisis, se concluye que las madres adolescentes representan 26% de los casos atendidos; el 19% de ellas llevó un control prenatal en el Hospital General de México; en más de 30% se trató de un segundo, tercero o cuarto embarazo. Sólo 4%, al egreso, tiene indicado un método anticonceptivo. Cuentan con educación básica, no trabajan o estudian; en 63% de los casos están casadas o en unión libre y en 40% su pareja también es un adolescente.

Palabras clave: Madre adolescente, perfil sociográfico, trabajo social.

ABSTRACT

The adolescent mothers have in common only their age. Each one shows different sociographic characteristics which all together call to be necessary treated in an Institution of Health Service by means of educational programs upon sexual and reproductive health, promoting knowledge and self-care in order to decrease the frequency of first pregnancy so the subsequent ones occur in adequate time to the adolescent mother and her first child. The goal of this paper was to know the sociodemographic profile of the mothers who were treated in the Hospital General de México during 2000 to 2001, according to the data gotten by the social worker following a well structured scheme used during the period of time above mentioned, trying to have information upon the mother, the newborn and the father. Out of the 702 cases included to this analysis it is concluded that the 26% of the treated cases were classified in the adolescent group. The 19% followed a prenatal control in the Hospital General de México. More than 30% were 2nd, third, or even fourth pregnancies. At discharge only 4% had a contraceptive method indicated. They had basic education but they didn't work neither study. 63% were married or lived together with the newborn's father and in 40% of the cases the couple partner was only an adolescent boy.

Key words: Adolescent mother, sociographic profile, social work.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa de vida, entre los 10 y los 19 años, que permite en el ser humano pasar de la infancia a la edad adulta. Los cambios biológicos, psi-

cológicos y sociales que se dan en esta etapa son diferentes de persona a persona y su evolución dependerá de factores internos y externos propios de cada adolescente. La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como «el periodo de la vida en

* Departamento de Trabajo Social, Hospital General de México (HGM).

** Dirección de Investigación, HGM.
Recibido para publicación: 10/02/09. Aceptado: 12/03/09.

el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica».¹ En México, más de 20 millones de habitantes² son adolescentes y es en esta etapa donde tomarán decisiones importantes que impactarán en el presente y futuro de su vida personal y familiar, así como en la sociedad en donde se desenvuelven; tomarán conciencia de alcanzar los objetivos sociales y familiares para llegar a la madurez.³ Estas decisiones estarán en función de si tienen un proyecto de vida que implique continuar en la escuela, obtener un empleo, iniciar una vida sexual activa, o incluso tener un primer hijo.

Durante la adolescencia, la falta de oportunidades escolares, la deserción escolar, el consumo de alcohol y drogas, la falta de apoyo familiar, el inicio de una vida sexual, condiciones de pobreza y la falta de educación, son causas de riesgo para un embarazo no deseado que tendrá un impacto directo en los aspectos sociales, de salud, de educación y de economía en la mujer.^{4,5} La madre adolescente es la mujer menor de 20 años que ha tenido un hijo;³ cada año, 14 millones de mujeres adolescentes dan a luz en el mundo (OPS, 2000) lo que equivale aproximadamente al 10% de los nacimientos. En América Latina representa 15-20% del total de nacimientos, de los cuales 70% no fueron planeados; en la Unión Europea y Japón los nacimientos oscilan entre 4 y 33 por mil adolescentes entre 15 y 19 años de edad, debido probablemente a la aceptación de métodos anticonceptivos; en México, desde el año 2000 el porcentaje se encuentra alrededor del 17.2%.⁶⁻⁸

El embarazo en la adolescencia es un problema social. Es tarea de los adultos y adolescentes el buscar opciones integrales de atención que permitan conocer y tomar decisiones certeras para promover su salud presente y futura.

Bajo este marco, la trabajadora social tiene entre sus funciones identificar el perfil social de la madre adolescente, a través de las entrevistas que efectúa⁹ y que tienen como objetivo conocer el entorno social de la adolescente relacionado con el motivo que le lleva a solicitar el servicio de atención médica, lo que le permite identificar factores de riesgo para su salud y que no siempre son reconocidos por la misma. También es función de la trabajadora social realizar gestiones sociales para que las usuarias de las instituciones públicas reciban los servicios que en política social el estado tiene para los grupos prioritarios de salud, como son el grupo de madres adolescentes.

En el Hospital General de México, en abril de 1998, debido a la demanda de servicio, se construyó un nuevo edificio *ex profeso* para dar atención gine-

cológica y obstétrica con tecnología más avanzada, con el objetivo de ser un tercer nivel de atención médica. El servicio se reestructuró para cumplir con los programas de salud reproductiva y fue el primero en ser reconocido por la Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud como «Hospital Amigo del Niño y de la Madre» que en su contenido consideraba 22 subprogramas, entre los cuales se encontraba el de «atención a la salud integral del adolescente» cuyo «programa educativo para madres adolescentes» generó experiencias de intercambio académico y participación interdisciplinaria y multidisciplinaria a la que se sumó el área de trabajo social, quien implementó actividades que se extendieron a todos los turnos y a todas las áreas del servicio (consulta externa, urgencias, hospitalización, perinatología, terapia médica y neonatología), donde se establecieron procedimientos y objetivos sobre la entrevista social, que incluía el perfil sociográfico y económico de la usuaria, así como del seguimiento en el ingreso, hospitalización, egreso, atención del recién nacido y de la pareja; además de educar sobre la salud reproductiva con un enfoque de género, proporcionando orientación para continuar la atención del puerperio y seguimiento del recién nacido en el primer nivel de atención médica. La justificación para realizar el estudio en este periodo de tiempo es porque actualmente el programa ha sido modificado.

Ante el panorama expuesto, el presente, tiene como objetivo el análisis cuidadoso de los datos sociográficos¹⁰ recopilados por la trabajadora social, sobre la madre adolescente, su hijo recién nacido y pareja, atendida en el Hospital General de México, para conocer y analizar cuáles son las características comunes en este grupo de población, que permitan generar e implementar mejores estrategias educativas conforme a las Normas Oficiales Mexicanas en la materia,^{12,13} que les permita tomar decisiones más certeras que impactarán en su salud como mujer adulta y la del recién nacido en sus primeros años de vida, extendiéndose a su pareja con un enfoque de género.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron los registros realizados por las trabajadoras sociales en el Servicio de Ginecología y Obstetricia en el periodo de 2000-2001. Se incluyeron las libretas que fueron utilizadas para registrar el ingreso y el egreso de la madre para la resolución de su embarazo, y la libreta de ingreso y egreso de neonatología. Se tomaron los datos para conocer el perfil sociográfico que incluyó edad, estado civil, escolaridad

y/o actividad laboral, lugar de residencia, atención prenatal, resolución del evento obstétrico, persona que acompaña en el ingreso y egreso; edad de la pareja, escolaridad de la pareja, actividad laboral de la pareja, método anticonceptivo indicado al egreso y estado del recién nacido al egreso.

La información obtenida se concentró y analizó en una hoja de cálculo de Excel versión 2003. Se obtuvieron frecuencias, porcentajes e intervalos de confianza de las variables cualitativas; mientras que de las variables cuantitativas se obtienen promedio y desviación estándar.

RESULTADOS

Se revisaron 8,037 registros de pacientes hospitalizadas en el periodo 2000-2001 en el Servicio de Ginecología y Obstetricia; 3,094 casos tenían un diagnóstico obstétrico y, de éstos, 791 correspondían a madres adolescentes. De los 791 registros se descartaron a 89 por tener el diagnóstico final de egreso de aborto, por lo que sólo se incluyeron 702 (23%), (índice de confianza al 95% [IC95%] 20-26%) casos para el análisis.

De los 702 registros que correspondieron a madres adolescentes se encontró la siguiente información: la edad de las pacientes fluctuó entre 12 y 19 años de

edad (promedio de 17 ± 1.5 años); el estado civil al momento del evento fue: casada o en unión libre 443 (63%) (IC95% 59-67%) casos y solteras 259 (37%) (IC95% 33-41%). Con respecto a la escolaridad, en 236 (34%) (IC95% 30-38%) casos fue primaria, en 344 (49%) (IC95% 45-53%) secundaria, en 91 (13%) (IC95% 9-17%) preparatoria o equivalente, y en 22 (3%) no fue posible determinar (*Cuadro I*). La ocupación al momento del ingreso fue: 654 (93%) (IC95% 87-99%) casos se dedicaban a las labores del hogar; en 25 (3.5%) (IC95% 2.5-4.5) casos estudiaban; y en 23 casos (3.5%) (IC95% 2.5-3.5%) trabajaban. Se encontró que 36 (14%) (IC95% 10-18%) mujeres de las 259 solteras trabajaban o estudiaban, mientras que sólo 12 (2%) (IC95% 1-3%) de las 443 casadas o en unión libre trabajaban. El lugar de procedencia de las madres adolescentes fue en 515 (73%) (IC95% 70-76%) casos del Distrito Federal, 175 (25%) (IC95% 22-28%) del Estado de México y 12 (2%) más de otros estados aledaños al Distrito Federal. El evento obstétrico en 533 (75%) (IC95% 72-78%) se resolvió por parto y en 169 (24%) (IC95% 20-26%) por cesárea. En el caso de 441 (63%) (IC95% 59-67%) pacientes se trató de su primer embarazo, en 258 (36.6%) (IC95% 32-40%) de un segundo o tercer embarazo y en tres (0.4%) de un cuarto embarazo (*Cuadro II*). Recibieron

Cuadro I. Escolaridad y estado civil.

Escolaridad	Solteras	Casadas o en unión libre	Total	
			n	%
Primaria	85	151	236	34.0
Secundaria	131	213	344	49.0
Preparatoria /equiv.	32	59	91	13.0
No se sabe	11	11	22	4.0
Total	259	434	702	100.0

Cuadro II. Número de embarazos y estado civil.

Número de embarazos	Solteras	Casadas o en unión libre	Total	
			n	%
Primero	181	260	441	63.0
Segundo	70	160	230	33.0
Tercero	7	21	28	3.6
Cuarto	1	2	3	0.4
Total	259	443	702	100.0

Cuadro III. Lugar de la atención prenatal.

<i>Lugar de atención prenatal</i>	<i>Solteras</i>	<i>Casadas o en unión libre</i>	<i>Total</i>	
			<i>n</i>	<i>%</i>
Hospital General de México	44	92	136	19.5
Centro de salud	80	150	230	33.0
Ninguno	43	64	107	15.5
Otros servicios	21	54	75	11.0
No registrado	71	83	154	22.0
Total	259	443	702	100.0

atención prenatal 441 (63%) (IC95% 59-67%) mujeres, en 154 (22%) no se pudo determinar y 107 (15%) (IC95% 9-17%) no recibieron. El control prenatal en 136 (19%) casos (IC95% 16-22%) fue en el Hospital General (*Cuadro III*). Con respecto a los recién nacidos, en 627 (89%) (IC95% 88-92%) casos egresaron con sus madres, en 57 (8%) (IC95% 6-10%) fueron hospitalizados y en 15 (2%) (IC95% 1-3%) fallecieron. De las 259 madres adolescentes solteras, la persona que las acompañó al momento del ingreso fue en 217 (84%) (IC95% 81-87%) casos algún familiar y en 35 (16%) (IC95% 13-19%) el patrón o un conocido. El egreso fue similar. En el caso de las 443 madres adolescentes casadas o en unión libre 411 (93%) (IC95% 91-95%) casos ingresaron con la pareja y 32 (7%) (IC95% 5-9%) con algún familiar o conocido; al egreso 394 (89%) (IC95% 88-90%) lo hicieron con la pareja y 49 (11%) (IC95% 10-12%) con algún familiar o conocido. Al egreso hospitalario, de las madres adolescentes, 26 (4%) casos (IC95% 3-5%) tenían indicado algún método anticonceptivo (obstrucción tubárica bilateral 12 casos y 14 casos con dispositivo intrauterino).

Con respecto a las 443 madres adolescentes casadas o en unión libre, en 175 (40%) casos (IC95% 35-45%) la pareja también era adolescente, con edades entre los 15 a 19 años de edad, en los 267 (60%) casos restantes (IC95% 55-65%) fueron mayores con edades entre los 20 y 44 años. La escolaridad de la pareja en 157 (35%) casos (IC95% 31-39%) fue de primaria, en 222 (50%) (IC95% 45-55%) fue de secundaria y en 64 (15%) (IC95% 14-16%) de preparatoria. Al momento del ingreso de la madre adolescente, la pareja en 432 (98%) casos (IC95% 97-99%) tenía un empleo u oficio y 11 (2%) no (IC95% 1-3%). El ingreso mensual en 30 (6%) casos era menor a un mil pesos; en 293 (88%) de los casos era de hasta dos mil pesos mensuales; en 111 (25%) era de entre dos

mil uno hasta cuatro mil pesos mensuales y en nueve (2%) fue de más de cuatro mil pesos mensuales. El salario mínimo vigente en el 2001 era de \$ 1,210.50 pesos mensuales.

DISCUSIÓN

Las características sociográficas de la madre adolescente que se ha atendido en el Hospital General de México lleva a notar las similitudes que han propuesto otros autores,³⁻⁶ como es el hecho de que hasta 26% de los embarazos atendidos son de madres adolescentes, mientras que a nivel nacional en los últimos años se ha mantenido en 17%. En la muestra que se presenta se pueden identificar factores de riesgo reproductivo propios de la población atendida en el Hospital General de México, el principal es la ausencia de atención durante el embarazo en 15% de los casos, sin tomar en cuenta aquellas en las que no se identificó si tuvieron o no atención prenatal.

En el caso de las madres que sí tuvieron atención prenatal, ésta sólo se brindó en el Hospital General de México a 136 casos, lo que hace que la madre únicamente acuda para la resolución del embarazo y, por lo tanto, no hay un seguimiento real previo y posterior al mismo, así como del recién nacido conforme lo indican las disposiciones generales para el cuidado durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.¹²

La falta de oportunidades y de educación que presenta esta población la coloca en la menos favorecida, sin un proyecto de vida las adolescentes están unidas en pareja, llevando una vida sexual activa y un primer hijo antes de los 18 años de edad con la posibilidad de un nuevo embarazo por no egresar con un método anticonceptivo y un seguimiento real en el sector salud.

En el caso del presente estudio, 85% de las madres y de la pareja tienen educación básica que sólo les permite tener una capacitación para la vida diaria (Ley de Educación); y en 40% de los casos, la pareja también es adolescente. La falta de una ocupación fuera del hogar de la madre adolescente durante el embarazo, tanto en solteras como en casadas (93%), se justifica por el embarazo y por la atención del recién nacido; sin embargo, esto implica mayor gasto que la familia no puede obtener, lo que se complica en el caso de las madres solteras, ya que tendrán que dejar a su hijo con algún familiar y/o conocido para salir a trabajar, reduciendo la posibilidad de superación personal.⁴

La falta de oportunidades, posterior al primer embarazo, pueden ser sobre aspectos como son el no continuar estudiando, carencia de información en salud reproductiva, desconocimiento para elegir un método anticonceptivo, falta de seguimiento en un primer nivel de atención médica, desempleo, nula participación de la pareja en la crianza del hijo y dependencia de la familia de origen y/o política, lo que lleva a los ahora padres adolescentes a la marginación. La presencia de un segundo, tercero o cuarto embarazo (37%) probablemente sea debido a la falta de educación reproductiva cuando ya se ha tenido una vida sexual activa, lo que muestra que los programas de planificación familiar en esta población no han tenido el impacto que se requiere. Esto se ve reflejado en el hecho de que sólo el 4% de los casos egresó con un método anticonceptivo posterior al evento obstétrico, lo cual trae como repercusión la exposición a un segundo embarazo en un corto tiempo y el efecto sobre el cuidado del recién nacido en su primer año de vida, donde el personal de salud sólo intervino con la resolución del evento obstétrico de manera emergente.³⁻⁶ El estudio muestra que las adolescentes que no cuentan con la participación formal de una pareja tendrán que esperar para llevar al hijo ante el registro civil y puede propiciar la no atención inmediata médica del recién nacido conforme a la Norma para un adecuado crecimiento y desarrollo. De igual forma, el Código Civil indica que para registrar a un recién nacido, si los padres son menores de edad, deben acudir los padres de éstos; situación que en ocasiones es compleja, ya que no cuentan con el apoyo de ellos como se observa en los casos en que es ingresada y egresada del hospital por patrones o conocidos en el presente estudio.

En general, este panorama nos muestra las amenazas en salud que este grupo de la población presentará en corto plazo para el recién nacido y en mediano y largo plazo en los padres adolescentes, ya

que carecen de información básica sobre el autocuidado en salud reproductiva, de igual forma muestra las oportunidades de establecer líneas de investigación al respecto con un enfoque multidisciplinario, así como generar y establecer programas de capacitación para el personal de salud que transmita a la población usuaria los componentes de la salud reproductiva con enfoque de género.¹³

Ante este panorama, durante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo,¹⁴ se establecieron programas para atender los componentes de la salud reproductiva que llevan implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y a tener acceso a métodos de planificación de su elección que sean seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles, para regular su fecundidad. Los avances en la salud reproductiva de los adolescentes a nivel mundial^{13,14} han incrementado la información y educación dentro del proceso de atención a la salud para promover los derechos sexuales y reproductivos, tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo; esta situación, que por razón natural existe, requiere acciones en el rubro de la salud reproductiva que impacte en las decisiones del grupo adolescente.^{14,15}

La Organización de las Naciones Unidas ha recomendado a México que examine la situación de la población adolescente con prioridad y le garantice el acceso a los servicios de salud sexual reproductiva y se preste atención a las necesidades de información de los adolescentes, incluso mediante la aplicación de programas que conduzcan a incrementar los conocimientos en la materia.^{7,16}

CONCLUSIONES

La madre adolescente que es atendida en el Hospital General de México representa el 23% de los casos. El perfil sociográfico muestra que tienen, en su mayoría, educación básica, no trabajan o estudian al momento del parto; en 37% de los casos ya se trata de un segundo, tercero o cuarto embarazo; sólo 4% son egresadas con algún método anticonceptivo. En 40% de los casos, la pareja también es adolescente con nivel básico de educación. La ausencia de un programa educativo en salud sexual y reproductiva evita proporcionar acciones sistematizadas que coadyuven al conocimiento y autocuidado de la madre adolescente en su propia salud, así como para establecer la coordinación interinstitucional necesaria que contribuya al seguimiento de la madre adolescente y posponga un segundo embarazo de manera inmediata.

AGRADECIMIENTOS

A: Castro López Ana Laura, García Venegas Marlem y Tenango Morales Lucía Guadalupe, pasantes de Licenciatura en Trabajo Social del Instituto Politécnico Nacional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Salud de los adolescentes. Washington, USA: OPS/OMS; 1995.
2. Consejo Nacional de Población. Situación de las y los jóvenes en México. Diagnóstico sociodemográfico. México: CONAPO; 2002.
3. Hidalgo VMI, González RMP, Montón AJL. Actividades preventivas en la adolescencia. *Form Med Contin Aten Prim* 2006; 13: 19-37.
4. Klein J, and the Committee on Adolescence. Adolescent Pregnancy: Current Trends and Issues. *Pediatrics* 2005; 116 (1): 281-286.
5. Díaz-Sánchez V. El embarazo de las adolescentes en México. *Gac Med Mex* 2003; 139 (supl 1): S23-S28.
6. Padrón AG. Embarazo en adolescentes. Estudio sociodemográfico de 218 pacientes. *Rev Med Hosp Gen MEx* 2005; 68 (1): 13-19.
7. Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General de las Naciones Unidas: Mujeres, Igualdad de Género, Desarrollo y Paz para el Siglo XXI. USA: ONU; 2000.
8. Instituto Nacional de estadística, Geografía e Informática. II Censo de Población y Vivienda. México: INEGI; 2005.
9. National Association of Social Workers. Practice Update from the National Association of Social Workers. Washington, USA: Association of Social Workers; 2001.
10. Kume H. Herramientas estadísticas para el mejoramiento de la calidad. Colombia: Editorial Norma; 1996.
11. Secretaría de Salud NOM-005-SSA2. De los Servicios de Planificación Familiar. México: SSA; 1993.
12. Secretaría de Salud NOM-007-SSA2- Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México. SSA; 1993.
13. Organización Mundial de la Salud. Salud reproductiva. 57ª Asamblea Mundial de la Salud. Washington, USA: OMS; 2004.
14. Consejo Nacional de Población. Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2003. México: CONAPO; 2004. p. 248.
15. Santelli JS, Ott MA, Lyon M, Rogers J, Summers D, Schleifer N. Abstinence and Abstinence-Only Education: A Review of US Policies and Programs. *J Adolescent Health* 2006; 38: 72-81.
16. Secretaría de Relaciones Exteriores. Compilación de Recomendaciones a México de los Mecanismos Internacionales y los Comités de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y de la Organización de los Estados Americanos. México: SRE; 2003.

Correspondencia:

Dra. América Guadalupe Arroyo Valerio
Hospital General de México
Dirección de Investigación
Dr. Balmis 148
Col. Doctores
06726 México, D.F.
E-mail: americainv@salud.gob.mx