

48



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

TESIS GRUPAL

FACTORES SOCIO-CULTURALES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 DEL I.M.S.S. DE ACAPULCO, GRO.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A N :

MA. MAGDALENA CASTILLO RIVERA

ROSA GARCIA DEL PRADO



DIRECTOR ACADÉMICO, LIC. FEDERICO SACRISTAN RUIZ

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

MEXICO, D.F. Coordinación de Servicio Social

MAYO DEL AÑO 2000



235080



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, 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 donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Pag.
1.- INTRODUCCION	2
2.- OBJETIVO	3
3.- JUSTIFICACION	4
4.- PROCESO DE LA DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS.	5
4.1 DEFINICIÓN DEL TEMA EN ESTUDIO	
4.2 DELIMITACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	8
4.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE ESTUDIO	10
4.4 FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO	12
5.- CONSTRUCCIÓN DEL MARCO TEÓRICO	13
5.1 ELEMENTOS TEÓRICOS QUE FUNDAMENTAN EL PROBLEMA	
5.2 SELECCIÓN DE VARIABLES PRINCIPALES O ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES PARA EL ESTUDIO DEL PROBLEMA.	14
5.3 RELACIONES ENTRE VARIABLE Y ENUNCIADO DE LA HIPÓTESIS.	16
5.4 ESQUEMA DE RELACIONES ENTRE VARIABLES	17
5.5 MARCO TEÓRICO	18
6.- DEFINICIÓN DE VARIABLES	28
6.1 VARIABLES PRINCIPALES	
6.2 CONCEPTUALIZACION Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	29
7.- DISEÑO METODOLÓGICO	31
7.1 TIPO DE ESTUDIO	
7.2 DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN Y MUESTRA	32
7.3 METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
7.4 DEFINICIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.	34
7.5 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	35
8.- RESULTADOS	36-67
9.- CONCLUSIONES	68
10.- RECOMENDACIONES	69-70
ANEXOS (CUESTIONARIO)	71-72
BIBLIOGRAFIA	73-75

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo es el resultado de una motivación que inició hace años para desarrollarme en el campo de la Enfermería. Por ello le doy gracias a Dios por las oportunidades que me dió para cumplir mis metas, a mi madre que vive en mi corazón y que desde el primer momento me brindo su cariño, apoyo moral y físico, hasta que Dios se lo permitió.

En el lugar donde estes mama, te doy todo mi reconocimiento, gratitud y mi amor.

A todos mis seres queridos, que me dieron su apoyo y cariño durante mi carrera profesional

Gracias a todos.

Rosa García del Prado

1. INTRODUCCION

La salud reproductiva, según la OMS es el "Estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos" relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos. Haciendo incapie en que los componentes esenciales que un programa de salud reproductiva, debe incluir: Planificación Familiar; Salud Sexual y Reproductiva de la población adolescente, Salud Perinatal y Salud de la Mujer. Es por ello que se hizo posible durante el proceo de reforma del Sector Salud crear la direccion General de Salud Reproductiva, como la instancia responsable de definir, coordinar y normar las acciones en todas las Instituciones del sistema Nacional de Salud.

Los cambios puberales son procesos de gran importancia, en los que se ven implicados aspectos básicos que afectan la salud sexual y reproductiva con el inicio de las primeras relaciones sexuales y de la capacidad reproductiva, mismos que se presentan cada vez a edades más tempranas, lo cual conlleva la posibilidad entre la población adolescente de padecer riesgos como: Enfermedades de transmisión sexual y embarazos no previstos.

Finalmente, es importante saber que el embarazo en adolescentes se concentra en grupos de poblaciones que tienen condiciones inadecuadas, en los aspectos biológicos, psicológicos, sociales ,culturales y economicos.

2.- OBJETIVO DEL TRABAJO

El objetivo del este trabajo es mostrar la situación que prevalece en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Acapulco Guerrero, sobre la salud reproductiva de los adolescentes y, a partir de los resultados obtenidos elaborar recomendación que propicien el desarrollo de otras investigaciones sobre el tema, haciendo sugerencias para las Instituciones de Salud y Educación, que coadyuven a intensificar los programas de educación sexual y salud reproductiva en los adolescentes.

3.- JUSTIFICACION

Los adolescentes son las personas que tienen entre 15 y 24 años de edad

Las mujeres adolescentes suelen usar métodos anticonceptivos en menor medida que las mujeres mayores de edad. Lo que implica una tasa más elevada de embarazos no deseados.

En general las parejas jóvenes no utilizan métodos anticonceptivos para retrasar o posponer un embarazo.

Las adolescentes que se embarazan tienen mayores riesgos de salud que las mujeres adultas

La OMS estima que las mujeres entre 15 y 19 años tienen mayor riesgo de morir a consecuencia de un embarazo. Así mismo la tasa más alta de enfermedades de transmisión sexual se da en este grupo de adolescentes.

Estos dos grandes problemas de salud de embarazo y enfermedades de transmisión sexual en los adolescentes tienen como fondo común factores: económicos, culturales y sociales.

Por lo anterior, identificamos una importante área de oportunidad para realizar este estudio de investigación, que nos de la pauta para incrementar y coadyuvar en los programas médico pedagógicos y diseñar planes educativos, con un enfoque reflexivo para los grupos de adolescentes expuestos a estos riesgos y disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad por enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

4.- DEFINICIÓN DE PROBLEMA Y OBJETIVOS

4.1 TEMA DE ESTUDIO

Cerca de 2000 mujeres mueren cada año por causas asociadas al embarazo y al parto, y dejan un número mayor de niños huérfanos de madre.

Por razones de salud, ninguna joven debería quedar embarazada antes de los 20 años, ya que una mujer sólo empieza a estar físicamente preparada para tener hijos a partir de esa edad.

El embarazo antes de los 20 años o después de los 35, aumenta los riesgos para la salud de la madre y del recién nacido (RN).

El peligro de morir durante la primera infancia aumenta alrededor del 50% cuando hay nacimientos de menos de 3 años de diferencia.

Los hijos de madres menores de 20 años de edad tienen más posibilidades de nacer antes de tiempo o con un peso demasiado bajo.

Todas las jóvenes deberán tener la oportunidad de madurar y convertirse en mujeres antes de ser madres. Las parejas jóvenes deberán recurrir a la planificación familiar para retrasar el primer embarazo hasta que la futura madre haya cumplido al menos 20 años de edad.

Las mujeres necesitan el apoyo de su pareja, de su familia, de la comunidad y el gobierno para tener los medios y el cuidado de revisión periódica, la realización de tareas adecuadas y alimentación nutricional y disminuir los riesgos del embarazo y del parto.

Por tal motivo se hace necesario estudiar varios aspectos como son:

- ❖ Magnitud de adolescentes embarazadas (menor de 20 años)
- ❖ Factores Biológicos:
 - Edad
 - Embarazo

- ❖ Factores socio-culturales
 - Estructura familiar
 - Estado Civil
- ❖ Factores Sociales por el Embarazo
 - Ocupación
 - Escolaridad

4.2.- DELIMITACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La experiencia del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), acerca del uso de la metodología anticonceptiva y el inicio de la Planificación Familiar, suma alrededor de 2 décadas, con fines de regulación de la fecundidad y de enfatizar la aplicación del enfoque de salud y riesgo reproductivo en la prestación de éstos servicios que coadyuven a la disminución de la morbi-mortalidad materna y perinatal

La racionalidad creciente en la prescripción y el uso de métodos anticonceptivos, se debe sustentar más en las características y condiciones específicas de la vida reproductiva de cada persona y en la presencia o no de factores de riesgo reproductivo

Se necesita crear acciones intensivas educativas para lograr que los adolescentes:

- Valoren la importancia del ejercicio responsable de su sexualidad.
- Reconozcan que la protección anticonceptiva es una medida preventiva para evitar embarazos no deseados o de alto riesgo
- Identificar las medidas para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.
- Conocimiento de los factores de riesgo reproductivo y la utilización de los métodos anticonceptivos.
- Orientación sobre sexualidad y planificación familiar.

Como inicio para una propuesta de Plan Educativo en los aspectos anteriormente mencionados, se decide conocer:

Los principales factores de las adolescentes embarazadas en los aspectos de:

- Conocimiento y orientación sobre los métodos anticonceptivos.
- Conocimiento de los riesgos reproductivos en embarazadas a edades tempranas en el niño y en la madre.
- Conocimiento sobre los efectos sociales, consecuencia de un embarazo no planeado.
- Edad promedio de inicio en actividad sexual en adolescentes.
- Conocimiento sobre transmisión de enfermedades sexuales
- Conocimiento sobre el desarrollo de trabajo de parto y atención del niño

4.3.- PROBLEMA EN ESTUDIO

La Coordinación de Salud Reproductiva Materno-Infantil y Planificación Familiar de la Delegación Guerrero, del I. M. S. S., en 1998 registra una atención de 11 742 mujeres embarazadas, siendo de partos 8 838 (75.2%) y de cesáreas 2 904 (24.7%) respectivamente.(1)

El Hospital General Regional "Vicente Guerrero" de Acapulco, Gro, atendió durante el mismo año 7 813 mujeres embarazadas, siendo 5 942 (76.0%) de parto y 1 871 (23.9%) de cesáreas

En el Servicio de Enfermería Materno-Infantil (E. M. I.), registran un control de Noviembre de 1997 A Noviembre de 1998 de 410 mujeres embarazadas correspondiendo 67 (16.3%) a menores de 20 años.

En el Servicio de Toco-cirugía se registraron de Julio a Diciembre de 1998, la atención de 3 354 mujeres, siendo 2 151 (64.0%) partos de los cuales se califican con riesgo 424 (19.7%) sin riesgo 1 719 (80.2%) y 8 no registrados. De Cesáreas se realizaron 943 (28.1%) y abortos 260 (7.7%) (2)

Cabe señalar que el aborto aparece con el 7º lugar de los primeros 10 lugares, motivo de egresos en el año de 1998, y el total de 1 871 se presenta en mujeres de 15 a 59 años; de las cuales, 2 (0.1%) fueron del grupo de 5 a 14 años, 1 827 (97.6%) de 15 a 39 años, y 25 (1.3%) de 40 a 59 años, cabe destacar a 17 (0.9%) que no registró edad.(3)

1 I. M. S.S. Delegación Estatal Guerrero. Informe Delegacional. 1998.

2 H. G. R. "Vicente Guerrero" I. M. S. S. Informe de Salud Reproductiva Materno-Infantil y Planificación Familiar. 1998.

3 H. G. R. "Vicente Guerrero" I. M. S.S. Diagnóstico de Salud (SIMO), 1998.

En el Programa de Puerperio de Bajo Riesgo, se tiene 5 861 (60.64%)de partos atendidos en relación a 5 857 nacidos vivos.

El número de partos normales 3 552 (60.6%) corresponde al indicador nacional de 30% (1)

Pese a los programas de Planificación Familiar la población crece día con día haciendo mayor la crisis global que sufre el país y los problemas de salud continúan en la población materno-infantil, prevaleciendo índices altos de morbilidad por lo que surge la pregunta: ¿Existen factores socioculturales que influyen para que las adolescentes se embaracen?

(1) IDEM página 10.

4.- OBJETIVOS

- Conocer los principales factores Socioculturales que repercuten con el embarazo en la adolescente.

- Identificar si las adolescentes embarazadas conocen los métodos anticonceptivos que le permitan planificar su familia.

5.- CONSTRUCCIÓN DEL MARCO TEÓRICO

5.1.- ELEMENTOS TEÓRICOS QUE FUNDAMENTAN EL PROBLEMA

- **Estadística sobre morbi-mortalidad Materno Infantil, en :**
 - ❖ La Delegación Estatal Guerrero, del I. M S.S

 - ❖ En el Hospital General Regional "Vicente Guerrero", I. M S S General y por servicios.

- **Factores de Riesgo Reproductivo.**

5.2.- VARIABLES PRINCIPALES

VARIABLE: Cualidad, propiedad o característica de las personas o cosas en estudio que puede ser enumerada o medida cuantitativamente, y que varían de un sujeto a otro

Las variables incluidas son aquellos elementos principales o básicos a estudiar en el problema, los cuales son producto de una selección que realiza el investigador (no siempre es posible estudiar el fenómeno considerando todos sus componentes)

Las variables principales se enuncian de manera conceptual y se llevan a un nivel operativo que permite la observación del fenómeno en estudio.

Al explicar la relación de dependencia entre las variables una condiciona de alguna manera a las otras variables. Es por ello que en esa relación de variables independiente. La condición por la primera son las variables dependientes.

5.2.- VARIABLES PRINCIPALES

	Clasificación:
1. Embarazo en adolescentes	Dependiente
2. Factores Socioculturales	Independiente

- Riesgo reproductivo:
 - ❖ Edad
 - ❖ Sexo
 - ❖ Escolaridad
- Uso de métodos anticonceptivos
- Efectos Sociales
 - ❖ Desintegración familiar
 - ❖ Interrupción de estudios
 - ❖ Unión conyugal no deseada
 - ❖ Trastornos emocionales
 - ❖ Madre soltera
 - ❖ Necesidad de trabajo
 - Conocimientos:
 - ❖ Transmisión de enfermedades sexuales
 - ❖ Desarrollo del trabajo de parto
 - ❖ Atención del niño

5.3.- RELACIONES ENTRE VARIABLES E HIPÓTESIS

Una hipótesis es aquella explicación anticipada que le permite al científico acercarse a la realidad.

HIPOTESIS

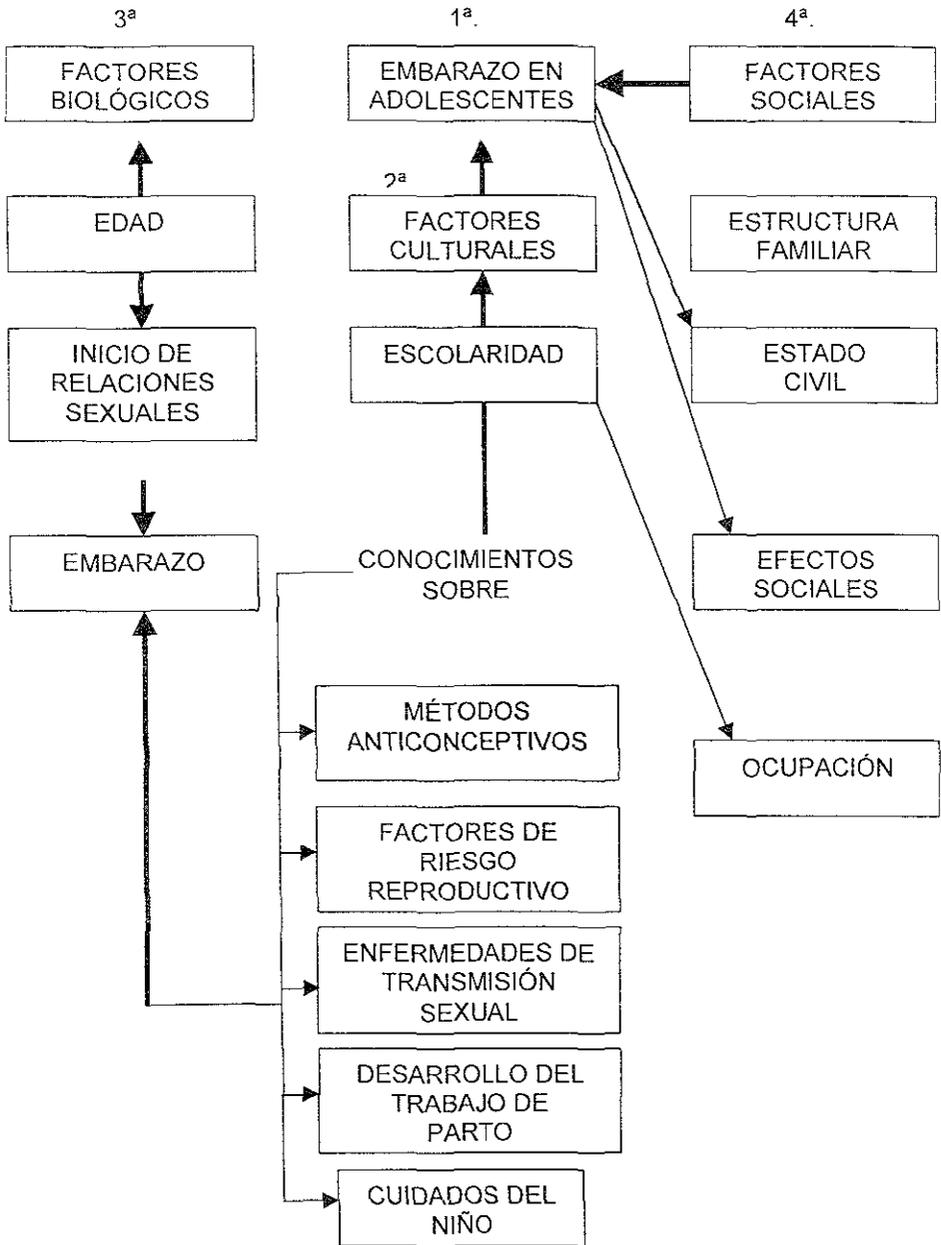
Los factores socioculturales influyen para que las mujeres menores de 20 años se embaracen.

ADOLESCENCIA: Época que sigue a la infancia y que se extiende desde los primeros signos de la pubertad hasta que el cuerpo ha adquirido toda su madurez física.

EMBARAZO: Período comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto

FACTORES SOCIO CULTURALES Es el conjunto de condiciones previstas o imprevistas de naturaleza social y / o cultural que inciden en la interacción de las personalidades individuales y afectan su ritmo normal de funcionamiento. Para este estudio se consideran la edad, estado civil, grado escolar, conocimiento y orientación sobre métodos anticonceptivos, complicaciones del embarazo en menores de 20 años y los efectos sociales que pueden tener, enfermedades de tras misión sexual y sobre el cuidado del hijo.

5.4.- RELACIONES ENTRE VARIABLES



5.5.- MARCO TEÓRICO

Cerca de 2000 mujeres mueren cada año por causas asociadas al embarazo y al parto, y dejan un número mayor de niños huérfanos de madre, estas muertes podrían evitarse si se tuvieran en cuenta los conocimientos actuales sobre la importancia del espaciamiento de los embarazos, ya que cuando es menor de 3 años, el peligro de morir durante la primera infancia aumenta un 50%. Si ninguna mujer menor de 20 años se embarazara, sería lo mejor, ya que físicamente aún no está preparada, aumenta los riesgos de salud en la madre y sus hijos tendrán más posibilidades, de nacer antes de tiempo y con un peso demasiado bajo, con el riesgo de morir antes de cumplir el primer año de vida.

La Planificación Familiar permite a las parejas decidir cuando desean empezar a tener hijos, cuantos quieren tener, en que tiempo y cuando deja de tener más.

Cada año nacen miles de niños no deseados, muchas mujeres arriesgan su vida al exponerse innecesariamente a prácticas clandestinas de aborto, por falta de planeación y vigilancia durante el embarazo y atención inadecuada del parto.

Las mujeres necesitan el apoyo de su pareja, de su familia, de la comunidad y del gobierno, para tener los medios y el cuidado de su embarazo, con revisión periódica, realización de tareas adecuadas y alimentación nutricional y disminuir los riesgos del embarazo y del parto.

Durante dos décadas, una de las prestaciones de servicio del IMSS, es el uso de Metodología Anticonceptiva para regulación de la fecundidad, y la planificación familiar como una indicación médico-preventiva en el cuidado de la salud reproductiva de la población, que coadyuva a la disminución de morbi-mortalidad materna y perinatal (4)

La racionalidad cada vez mayor en la prescripción y el uso de los métodos anticonceptivos se debe sustentar más en las características y condiciones específicas de la vida reproductiva de cada persona y en la presencia o no de factores de riesgo reproductivo, (5)

En el estudio de los factores de riesgo reproductivo, se describen algunas de las características de la conducta reproductiva que además de ser condiciones de tipo biológico, reflejan en forma indirecta el nivel socioeconómico. Los mencionados factores son: edad, multigravidez, intervalo intergenésico y peso corporal, las cuales se consideran así por estar asociada su presencia con el incremento de la morbi-mortalidad materno infantil.

Dentro de los factores mencionado, se considera para el estudio de embarazo en adolescentes (menos de 20 años) la edad, ya que existe el consenso, producto de diversos estudios realizados sobre la mortalidad materna y perinatal, de que el período ideal para la reproducción de la mujer es el comprendido entre los 20 y 29 años, ya que de los 30 a 34 años existe un ligero incremento en el riesgo

4). Dirección General de Fomento a la Salud de la Secretaría de Salud; para la Vida Ediciones América S.A de C. V. México, D. F. Diciembre de 1990.

5) Instituto Mexicano del Seguro Social. Seguridad y Solidaridad Social. Subdirección General Médica: Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Noviembre de 1994

En particular las mujeres que se embarazan con menos de 20 años y de los 35 en adelante, están sometidas a mayores riesgos de mortalidad, ya que en menores de 20 años se aumenta la incidencia de Toxemia Gravídica, prematuridad y síndrome de bajo peso al nacer; es frecuente que las mujeres no acudan con la frecuencia debida a consultas de cuidado prenatal, lo que añade un elemento de peligro para el pronóstico materno y perinatal.

Uno de los avances más importantes en epidemiología, ha sido la utilización del enfoque de riesgo para la atención de la salud, ya que permite identificar a los grupos de población que por poseer ciertas características tiene mayor probabilidad de presentar daño, lesión o muerte.

La prevención de la mortalidad materna puede lograrse eficientemente en los países en vías de desarrollo, utilizando el enfoque de riesgo en sus dos vertientes:

Enfoque de Riesgo Reproductivo: La identificación de factores de riesgo y la prescripción y el uso de métodos anticonceptivos para su prevención.

Enfoque de Riesgo Obstétrico: Identificar a las mujeres embarazadas y portadores de gestaciones de alto riesgo para brindarles una atención más dirigida tanto en recurso humanos y materiales.

En Estados Unidos de 1979 a 1994, revisando el estado de salud de adolescentes, reflejan cambios significativos en morbi-mortalidad entre la juventud de americana, ocurriendo reducción de muertes por vehículos de motor, alcohol, cigarrillos, uso de sustancias ilícitas, gonorrea y sífilis.

La mortalidad en la segunda década de la vida ha disminuido en 13%. Sin embargo, la reducción en las lesiones no intencionadas han sido grandemente compensadas por incremento en homicidio de adolescentes, aumento de pobreza, riesgo de conducta seductora continua para influenciar la morbilidad. Violencia, suicidio y adolescentes embarazadas continúan siendo problemas abrumadores para la gente joven ⁽⁶⁾

Durante el año de 1995 en Canadá, consideran que aproximadamente 40 000 adolescentes pueden quedar embarazadas, siendo un riesgo incrementado por algunas complicaciones obstétricas y de sus niños por algunas complicaciones neonatales, por lo que el médico familiar está en buena posición para prevenir el embarazo en las adolescentes ⁽⁷⁾

En Transkei, Sudáfrica, las adolescentes forman arriba de un cuarto de todas las madres, y el 75% de ellas está sin casarse.

Realizaron un estudio del comportamiento sexual, conocimientos y actitudes hacia la sexualidad entre mujeres adolescentes, encontrando alto nivel de actividad sexual sin protección entre las mujeres escolares. Los factores de riesgo para esto incluye maduración sexual temprana, inicio temprano de citas y pobre conocimiento de la Biología Reproductiva y los anticonceptivos. ⁽⁸⁾

(6) Sells CW, Blum RW. Morbilidad y Mortalidad entre adolescentes norteamericanos: Una revisión de datos y tendencias. *Am-J-Public-Health* 1996; 86:513-9

(7) Miller R. Prevención de embarazo y riesgos asociados en adolescentes. *C-Fam-Physician* 1995; 1525-1531.

(8) Buga G.A. Amoko DH, Ncayiyana DJ. Conducta Sexual de los Adolescentes, conocimientos y actitudes entre mujeres de Transkei, Sudáfrica. *East Afr Med J* 1996;73-95-100.

En una Villa de negros, cerca de Empangeni; se entrevistaron 210 adolescentes en dos escuelas secundarias revelando que las adolescentes tienen un aceptable conocimiento de la anatomía y desarrollo de sus órganos reproductivos y la pubertad; pero les faltó asesoramiento sexual, lo cual resulta en el fracaso para atender las implicaciones de la conducta sexual. Encuentran también un alto nivel de conocimiento sobre las consecuencias del embarazo en la adolescencia. (9)

En un estudio realizado en Bangkok, en jóvenes de 15 a 24 años confirman que la opinión de los jóvenes hacia el aborto sigue con el derecho, excepto para los aspectos de salud del bebé y enfermedades genéticas, por lo que recomiendan soluciones para el progreso del embarazo sobre bases de amabilidad y comprensión del ser humano con cálido apoyo desde dentro y fuera de la familia, también es necesaria la fortaleza de la virtud de la cultura con suficiente educación sexual para las generaciones jóvenes. (10)

Uno de cada 6 certificados de nacimiento en los Estados Unidos, no tiene información sobre la edad de los padres del bebé, y en más de 4 de cada 10 bebés nacidos de mujeres adolescentes, no hay datos disponibles sobre la edad de los padres. En el estudio nacional de salud infantil y materna, en mujeres de 15 a 49 años indican que los padres no reportados en el certificado de nacimiento son considerablemente jóvenes, 5% de los padres fueron menor de 20 años de edad y 20% de 20 a 24 años.

(9) Kunene PJ. Conocimientos de las adolescentes de la sexualidad humana y su visión de adolescentes embarazadas. *Curations* 1995;18:48-52.

(10) Prajayayothin P. Dhamprapha R. Embarazo no deseado. existen soluciones desde la perspectiva de los adultos jóvenes y el derecho al aborto en Bangkok.

El riesgo de salud asociado a problemas de conducta en adolescentes involucrados en embarazo, fue estudiado en 1993 en Massachussets considerándolo como un "Síndrome de riesgo de conducta" y sugieren enfatizar estrategias para prevención del embarazo entre jóvenes y una protección rutinaria de mujeres adolescentes. ⁽¹¹⁾

En la Ciudad de México, se analiza el Impacto Social sobre la vida sexual de las adolescentes y demostró que la comunicación con la madre y la historia de embarazo fr parientes femeninos cercanos son predictivos para iniciación de relaciones sexuales, uso de anticonceptivos y embarazo, examinó las diferencias entre hombres jóvenes que embarazan a su pareja y otros que no la tenían, examinó los niveles de comunicación con los padres acerca del sexo encontrando que es mayor en las madres que en los padres. En conclusión, la familia influye substancialmente en la sexualidad de los adolescentes y conducta anticonceptiva y justifica su incorporación a los programas de educación sexual, así como la comunicación padres-hijos. ⁽¹²⁾ Un método anticonceptivo efectivo puede proporcionar una alternativa para prevenir embarazos en adolescentes que están asociadas a circunstancias sociales de la madre, el pobre estado nutricional antes del embarazo y pobre atención en clínicas prenatales, además del riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, los grupos de alto riesgo deben ser protegidos tempranamente

(11) Spingam RW; DuRant RH. Mujeres embarazadas involucradas en embarazo riesgos de salud asociados y problemas de conducta. *Pediatrics* 1996;98:262-8.

(12) dic S, Palos PA. Impacto de la familia sobre la vida sexual de las adolescentes. *Adolescence* 1995;30:667-75.

La educación familiar en los países semejantes como Suecia y Finlandia reduce los embarazos y abortos adolescentes y el uso de métodos anticonceptivos como protección contra las enfermedades de transmisión sexual deben ser aconsejadas ⁽¹³⁾

En USA; 1995, ha sido recomendado el uso de implantes de (Norplant) Levonorgestrol, como un método anticonceptivo para mujeres adolescentes, y aunque es asociada con irregularidades de sangrado y una modesta ganancia de peso., que pueden evitarse con adecuados consejos de pre-inserción, puede ser un método anticonceptivo exitoso par mujeres adolescentes. ⁽¹⁴⁾

La filmación ultrasónica de 218 mujeres embarazadas de 11 a 16 años, en 1°, 2° y 3^{er} Trimestres, realizados en Bulgaria, 1995. demostraron sangrado, sospecha de parto prematuro, complicaciones del embarazo como pre-eclampsia, sospecha de desproporción pélvico-fetal, y aborto frustrado fue diagnosticado en 10 pacientes en el 1^{er}. Trimestre y en 12 se demostró destrucción del óvulo. ⁽¹⁵⁾

(13) Yang M. Sexualidad de las adolescentes y sus problemas. Ann Acad Med Singapore 1995;24:736-40.

(14) Rosenthal SL, Biro FM, Kollar LM, Hilliard PJ, Rauh JL. Experiencia con efectos secundarios y riesgos de salud asociados con el uso de implante de Norplant en adolescentes. Contraception 1995;52:283-5

(15) Porozhanova V, Bozhinova S, Popovski K, Ultrasonido de adolescentes embarazadas. Akush Ginekol Sofia 1995;34 11-3.

En 1996 en Taiwán, realizan una comparación de estrés social entre adolescentes y adultas embarazadas, durante el 3^{er}. Trimestre del embarazo, utilizando la escala de estrés prenatal, datos demográficos y la lista de evaluación de apoyo interpersonal, resultando que la mayoría señala para predecir estrés para la identificación del papel maternal fue el apoyo social y la educación, para buscar paso seguro, su bebé a través del embarazo, labor y parto fue la paridad y educación, para la estructura corporal alterna y funciones corporales. ⁽¹⁶⁾

La división de Obstetricia del Hospital "Madariaga de Posadas", misiones, argentinas, se estudio en enfoque de riesgo para la maternidad temprana con las características edad, paridad y complicaciones debidas a un inadecuado control prenatal, se encontrón que 20% de 2513 partos atendidos fue de adolescentes con promedio de 17 años de edad con un rango de 12-19 y una desviación estándar de 1.5 años, la paridad en rango de 0 de 507 partos con riesgo, 69 fueron considerados con complicaciones por inadecuados cuidados prenatales. Concluyendo que se deben designar estrategias para intervención asistencial a la comunidad, y en grupos de riesgo bien definidos requieren de cuidados médicos preventivos especificos para el proceso reproductivo así como integral ^{(17) (18)}

(16) Chen HM, Chen CH. C de estrés y apoyo social entre mujeres adolescentes y adultas embarazadas, durante el tercer trimestre del embarazo. Kao Hsiung I Hsueh Ko Hsueh Tsa Chi 1996;12:183-92.

(17) Báez AE; Velázquez HA. Un enfoque de riesgo para la maternidad temprana. Rev Cubana Enferm. 1995;11:57-63.

(18) McClure MK, Cohn LD. Percepciones de madres adolescentes y adultas de situaciones riesgosas para sus niños, J. Adolesc Health 1996;18:227-31.

En el Centro de Ciencias de la Salud de La Universidad de Arizona, se realizó un estudio de 1989 a 1993, en menores de 18 años en el momento del parto para examinar la incidencia de Nonatos de muy bajo peso al nacimiento (MBPN), de partos de adolescentes con población obstétrica general. Resultando mayor en las adolescentes: 35 de 1758 (2.0%) vs 169 de 15 099 (1.1%) CP = .002 Por lo que el riesgo relativo de que una adolescente tenga un niño con MBPN fue de 1.7% por lo que se concluye que las adolescentes tienen un número desproporcionado de partos con niños de MBPN. ⁽¹⁹⁾

(19) Miller HS; Lesser KB, Reed KL. Adolescencia e infants de muy bajo peso al nacer Una desproporcionada asociación. *Obstet Ginecol.* 1996;87:83-8.

La magnitud el problema continua. La experiencia en el IMSS, con el uso de la metodología anticonceptiva y planificación familiar suma alrededor de 2 décadas. con fines de regulación de la fecundidad y para el cuidado de la salud reproductiva de la población, que coadyuve en la disminución de morbi-mortalidad materna y perinatal, pese a todos los esfuerzos, los registros en atención de mujeres embarazadas es muy elevado, el número de cesáreas se incrementa días con días, sin escapar las mujeres adolescentes con las consecuencias de complicaciones en ellas mismas y sus hijos Siguen naciendo hijos no deseados, abortos practicados clandestinamente arriesgando la vida por faltar oportunidad de madurar físicamente, de educación y racionalización del uso cada vez mayor de métodos anticonceptivos, de educación y apoyo familiar en el aspecto sexual, por lo que debemos sustentar más los estudios en las características y condiciones específicas de cada persona y en la presencia o no de factores de riesgo reproductivo ^(4,5) Que nos permita diseñar estrategias de intervención en los jóvenes con acciones de salud y capacitación en todos los niveles de atención.

(4,5). IDEM pág. 19

6.- DEFINICIÓN DE VARIABLES

6.1 VARIABLES PRINCIPALES

- Adolescentes embarazadas

- Factores Socio-Culturales
 - Edad
 - Planificación Familiar
 - Riesgo Reproductivo
 - Enfermedades de Transmisión Sexual.
 - Trabajo de Parto
 - Cuidados del niño

6.2.- CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Edad. El embarazo antes de los 20 años o después de los 35 aumentan los riesgos para la salud de la madre y del niño recién nacido.

Adolescentes embarazadas (menores de 20 años). Una mujer solo empieza a estar físicamente preparada para tener hijos a partir de los 20 años de edad, de lo contrario hay riesgo de parto prematuro, recién nacido de muy bajo peso, además de tener más probabilidades de morir antes de cumplir el primer año de vida.

Planificación Familiar. Los conceptos de paternidad responsable y de planificación familiar, involucran factores vinculados a la vida familiar y a la responsabilidad paterna, que van más allá de la regulación de la fecundación. Al hablar de métodos de Planificación Familiar se refieren a métodos de regulación de la fecundidad. Los Métodos de Planificación Familiar se clasifican en: 1.- Métodos Anticonceptivos Temporales, Hormonales, Orales, implantes hormonales subdérmicos. No hormonales: Dispositivo Intrauterino, recursos anticonceptivos de barrera. 2.- Métodos Anticonceptivos Permanentes: Oclusión Tubaria Bilateral, vasectomía. La Planificación Familiar permite a las parejas decidir cuando desean empezar a tener hijos, cuantos quieren tener, en que tiempo y cuando dejan de tener más.

Riesgo Reproductivo. Es el peligro de enfermedad o muerte que tiene la mujer o su futuro hijo en caso de embarazo o en condiciones no ideales. Los Factores de riesgo reproductivo son: edad, multigravidez, intervalo intergenésico y peso corporal, haber tenido algún hijo de muy bajo peso, parto prematuro o difícil, o por cesárea, algún

aborto espontáneo o provocado, o haber dado a luz a un niño muerto; los cuales se consideran así por estar asociados su presencia con el incremento de la morbi-mortalidad materno-infantil.

Enfermedades de Transmisión Sexual. Es elemental que los adolescentes reciban orientación adecuada sobre sexualidad, evitar relaciones sexuales tempranas y con diferentes parejas, conocer los riesgos de contraer enfermedades venéreas o sexuales de los métodos para evitarlas.

Trabajo de Parto. Los riesgos de parto se pueden reducir en gran medida si se efectúan las revisiones periódicas durante el embarazo y contribuir a que su hijo nazca sano si se descubren y controlan a tiempo los factores de riesgo: descubrir la posible presencia de hipertensión, evitar anemia, protección a la madre y al recién nacido con el tétanos, controlar el peso de la madre y medir el crecimiento del hijo en el vientre, preparación a la madre para el parto y aconsejarla sobre la lactancia materna y el cuidado del recién nacido, atención del parto por personal capacitado

Cuidados del niño. Es necesario que los padres, principalmente los jóvenes conozcan el desarrollo normal y crecimiento, así como aquellas manifestaciones de alarma que le permitan atender en forma oportuna y brindar los cuidados esenciales que requiere el recién nacido hasta el 1^{er}. Año de vida y posteriormente a los 5 años, período en el cual el índice de morbi-mortalidad es alto

7.- DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 TIPO DE ESTUDIO

- **EL ESTUDIO ES EL TIPO DESCRIPTIVO TRANSVERSAL Y RETROSPECTIVO.**

- ❖ **DESCRIPTIVO.** No hay control sobre las variables (no intervención por el investigador) Etapa inicial que permite ordenar el resultado de las observaciones de las conductas, las características, los factores, los procedimientos y otras variables de fenómenos y hechos No exige hipótesis explícitas.

- ❖ **TRANSVERSAL.** Cada individuo se estudia en una sola ocasión.

- ❖ **RETROSPECTIVO.** En los estudios retrospectivos la medición de la exposición, por definición ocurre después de que se ha presentado o diagnosticado el evento de interés.

- ◆ **AREA DE ESTUDIO.** Para la selección del estudio se tomaron en cuenta a las embarazadas menores de 20 años que se presentaron en el Hospital General Regional "Vicente Guerrero" del I. M. S. S. en los servicios de Unidad Tocoquirúrgica y Hospitalización de Gineco-Obstetricia.

7.2.- DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN Y MUESTRA.

Se tomó como universo a todas las embarazadas menores de 20 años de edad, que se presentaron al servicio de Toco-cirugía para la atención del parto y las hospitalizadas en el servicio de Gineco -Obstetricia del Hospital General Regional "Vicente Guerrero" del I. M. S. S.; del 20 de Diciembre de 1998 al 20 de Febrero de 1999, durante el turno matutino y vespertino.

7.3.- METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

- **Características importantes**

Se diseñó un cuestionario con 21 reactivos que se aplicó a todas las embarazadas menores de 20 años que se presentaron a la unidad Tocoquirúrgica y en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital General Regional "Vicente Guerrero" del I. M. S.S. del 20 de Diciembre de 1998 al 20 de Febrero de 1999, durante los turnos matutino y vespertino.

La entrevista se aplicó directamente por el investigador y de manera privada

- **Tipo de Información**

El cuestionario contiene 21 reactivos, en su mayoría preguntas cerradas, el cual se presenta como anexo 1 para ejemplificación con los factores socioculturales y cada una de sus variables.

- **Prueba del Instrumento.**

Se aplicó una prueba piloto de 6 entrevistas a embarazadas menores de 20 años que se presentaron con la Enfermera del Módulo de Materno Infantil de la U. M. F. No 9 en la tercera semana del mes de Diciembre de 1998

7.4.- DEFINICIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Del 20 de Diciembre de 1998 al 20 de Febrero de 1999, durante el turno matutino y vespertino, se entrevistaron de manera privada a las embarazadas menores de 20 años que se presentaron para la atención del parto a los servicios de Toco cirugía y Hospitalización de Gineco-Obstetricia del Hospital General Regional "Vicente Guerrero" del I. M. S S de Acapulco, Guerrero.

7.5.- ELABORACIÓN DEL PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.

Una vez recolectados los datos, se hizo el análisis exploratorio de tipo descriptivo no probabilística de la información, utilizando la distribución de la frecuencia y los porcentajes para la determinación de las características de la problemática en estudio.

**EDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
ATENDIDAS EN EL HOSP.GRAL. No.1 DEL I. M. S. S.
DE ACAPULCO, GRO.**

CUADRO 1

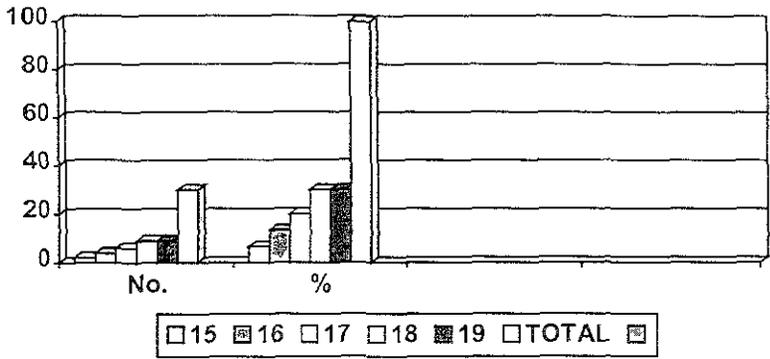
N = 30

EDAD	F o.	%
15	2	6.6
16	4	13.3
17	6	20.0
18	9	30.0
19	9	30.0
TOTAL	30	99.9

Las adolescentes que mostraron mayor frecuencia de embarazo fueron de 18 y 19 años con un 30% respectivamente.

Fuente: Cuestionarios para embarazadas de menos de 20 años, aplicadas del 20 de Diciembre de 1998 al 20 de Febrero de 1999. en el H G R No1 del I. M S.S de Acapulco, Gro. (Anexo 1).

GRAFICA 1
 EDAD



Fuente: Cuestionarios para embarazadas de menos de 20 años, aplicadas del 20 de Diciembre de 1998 al 20 de Febrero de 1999. en el H. G. R. No1 del I. M. S.S. de Acapulco, Gro

**ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL No.1 DEL I. M. S. S.
DE ACAPULCO, GRO.**

CUADRO 2

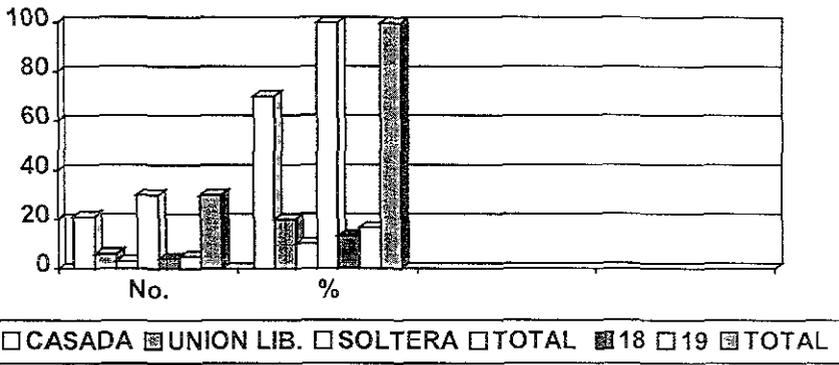
N = 30

ESTADO CIVIL	F o.	%
Casada	21	70
Unión Libre	6	20
Soltera	3	10
Total	30	100.0

El 70% de las adolescentes encuestadas son casadas, un 20% vive en unión libre y el resto son madres solteras de cualquier forma son, adolescentes con riesgos del embarazo.

Fuente Cuestionarios para embarazadas de menos de 20 años, aplicadas del 20 de Diciembre de 1998 al 20 de Febrero de 1999. en el H. G. R. No1 del I. M. S S. de Acapulco, Gro.

GRAFICA 2
ESTADO CIVIL



Fuente. IDEM del cuadro 2

**ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL No.1 DEL I. M. S. S.
DE ACAPULCO, GRO.**

CUADRO 3

N = 30

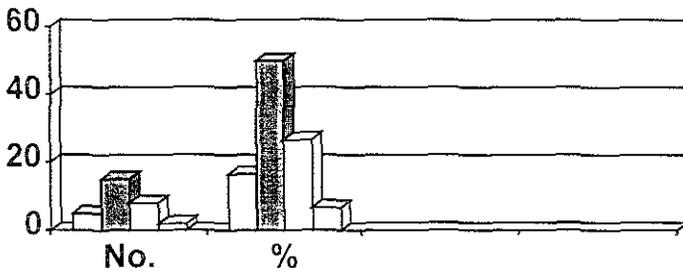
GRADO ESCOLAR	F o.	%
Primaria	5	16.6
Secundario	15	50.0
Preparatoria	8	26.6
Sin estudios, trabajan	2	6.6
T O T A L	30	99.8

El 50% de las encuestadas tienen un nivel escolar de secundaria y el 26% de nivel medio superior, teniendo una relación con el cuadro número 5

Fuente: Cuestionarios para embarazadas de menos de 20 años, aplicadas del 20 de Diciembre de 1998 al 20 de Febrero de 1999, en el H G R. No1 del I. M. S.S de Acapulco, Gro

GRAFICA 3

ESCOLARIDAD



□ PRIMARIA ▒ SECUNDARIA □ PREPARATORIA □ SIN ESTUDIAR, TRABAJAN

Fuente: Idem cuadro 3

CONOCIMIENTOS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No.1 DEL I. M. S. S. DE ACAPULCO, GRO.

CUADRO 4

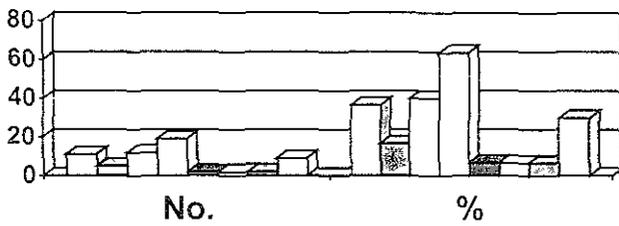
MÉTODO	F o.	%
Ritmo	11	36.6
Coito Interrumpido	5	16.6
Pastillas	12	40.0
Inyecciones	19	63.3
DIU	2	6.6
Preservativos	2	6.6
OTB	2	6.6
Vasectomía	9	20.0

Un 83% de las adolescentes si conocia los métodos anticonceptivos, entre los principales las pastillas con un 40%, las inyecciones con un 63.3%, el DIU en un 6.6%, los preservativos en un 6.6% y el ritmo con un 36.6%.

Fuente: Cuestionarios para embarazadas de menos de 20 años, aplicadas del 20 de Diciembre de 1998 al 20 de Febrero de 1999. en el H. G. R No1 del I M S S de Acapulco, Gro.

GRAFICA 4

CONOCIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS



□ RITMO	▣ COITO INTERRUPTIDO	□ PASTILLAS
□ INYECCIONES	■ DIU	□ PRESERVATIVOS
▣ OTB	□ VASECTOMIA	

Fuente: Idem cuadro 4

**PERSONAS DE QUIÉN RECIBIERON INFORMACIÓN RESPECTO A
METODOLOGÍA ANTICONCEPTIVA LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL No.1 DEL I. M. S. S.
DE ACAPULCO, GRO.**

CUADRO 5

N = 30

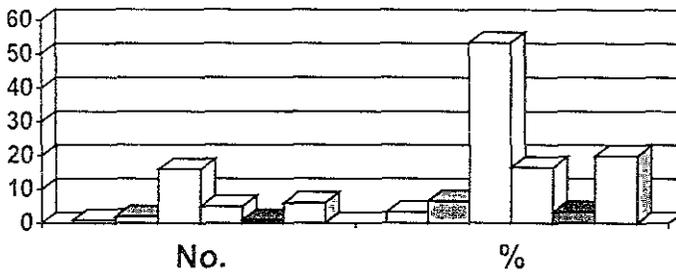
PERSONAS	F o.	%
Padre	1	3.3
Madre	2	6.6
Maestros	16	53.3
Personal de Salud	5	16.6
Orientador	1	3.3
Otros familiares	6	20.0

Recibio orientación e información sobre los métodos anticonceptivos el 73.3% de las adolescentes, recibiendo principalmente de los maestros de escuela con un 53.3%, el personal de salud con un 16.6%, y el resto del 9.9% del padre y de la madre respectivamente.

fuente: Cuestionarios para embarazadas de menos de 20 años, aplicadas del 20 de Diciembre de 1998 al 20 de Febrero de 1999. en el H G R No1 del I M S.S de Acapulco, Gro.

GRAFICA 5

DE QUIÉN RECIBIERON INFORMACIÓN



<input type="checkbox"/> PADRE	<input type="checkbox"/> MADRE	<input type="checkbox"/> MAESTROS
<input type="checkbox"/> PERSONAL DE SALUD	<input type="checkbox"/> ORIENTADOR	<input type="checkbox"/> OTROS FAMILIARES

Fuente: Idem cuadro 5

**CONOCIMIENTO QUE TIENEN, RESPECTO A LAS COMPLICACIONES
DEL EMBARAZO ENTRE LOS 12 Y 19 AÑOS DE EDAD, LAS
ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No.1 DEL
I. M. S. S. DE ACAPULCO, GRO.**

CUADRO 6

N = 30

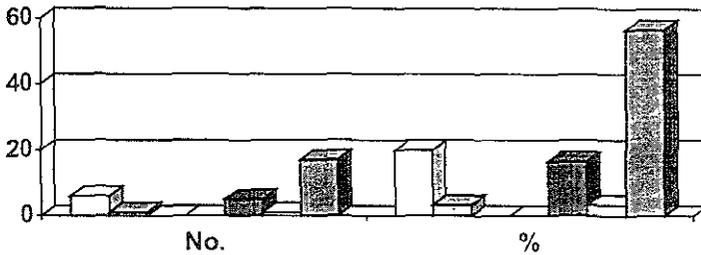
COMPLICACIÓN	F o.	%
Aborto	6	20
Parto Prematuro	1	3.3
Prematuréz del R. N.	0	0
Eclampsia	0	0
Malformación congénita	5	16.6
Desnutrición	1	3.3
No contestaron	17	56.6

Referente a las complicaciones que puede presentar una adolescente embarazada sólo el 33.3% las conoce, refiriendo únicamente los abortos con un 20%, las malformaciones congénitas con el 16.6%, el parto prematuro con el 3.3% y la desnutrición del recién nacido con el 3.3%

Fuente: Cuestionarios para embarazadas de menos de 20 años, aplicadas del 20 de Diciembre de 1998 al 20 de Febrero de 1999. en el H. G. R. No1 del I. M. S S de Acapulco, Gro.

GRAFICA 6

CONOCIMIENTO DE COMPLICACIONES DEL EMBARAZO



- | | |
|--------------------------|-------------------|
| □ ABORTO | ▣ PARTO PREMATURO |
| □ PREMATUREZ | □ ECLAMPSIA |
| ■ MALFORMACIÓN CONGÉNITA | □ DESNUTRICIÓN |
| ▣ NO CONTESTRON | |

Fuente: Idem cuadro 6

COMO REPERCUTIO EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL No.1 DEL I. M. S.S. DE ACAPULCO, GRO.

CUADRO 7

N = 30

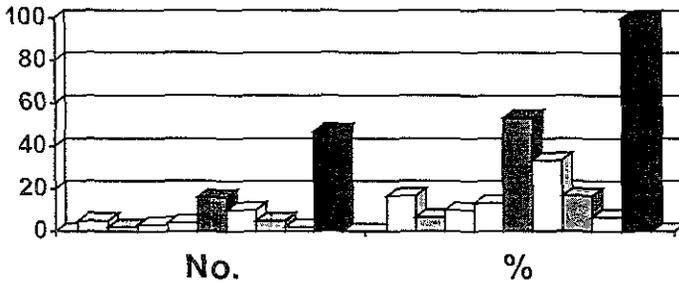
COMO REPERCUTIÓ	F o.	%
Embarazo no deseado	5	16.6
Unión Conyugal no deseada	2	6.6
Madre Soltera	3	10.0
Necesidad de Trabajo	4	13.3
Interrupción de Estudios	16	53.3
Trastornos emocionales	10	33.3
Desintegración Familiar	5	16.6
Suspensión de Trabajo	2	6.6

Únicamente el 40% refiere conocer los efectos sociales que sufren las adolescentes embarazadas, sucediendo en un caso que el 53.3% tuvo que interrumpir sus estudios, el 33% sufrió de trastornos emocionales, en el 16.6% hubo desintegración familiar, en el 16.6% el embarazo no fue deseado, tuvo necesidad de trabajar el 13.3%, permanece como madres soltera el 10% y en unión conyugal no deseaba el 6.6%. El 6.6% por razones de su embarazo fueron suspendidas de su trabajo.

Fuente: Cuestionarios para embarazadas de menos de 20 años, aplicadas del 20 de Diciembre de 1998 al 20 de Febrero de 1999, en el H. G. R. No. 1 del I. M. S.S. de Acapulco, Gro.

GRAFICA 7

CÓMO REPERCUTIÓ EL EMBARAZO



- | | |
|---------------------|-----------------------------|
| □ EMB.NO DESEADO | □ UNION CONYUGAL NO DESEADA |
| □ MADRE SOLTERA | □ NECESIDAD DE TRABAJO |
| ■ INTERRUP.ESTUDIOS | □ TRAST.EMOCIONALES |
| ▨ DESINT.FAMILIAR | □ SUSP.TRABAJO |
| ■ TOTAL | |

Fuente:Idem cuadro 7

PORQUE NO UTILIZARON LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No.1 DEL I. M. S. S. DE ACAPULCO, GRO.

CUADRO 8

N = 30

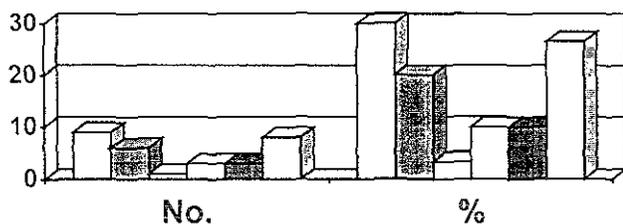
POR QUE NO UTILIZÓ LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	F o.	%
No sé	9	30
No quiso	6	20
Deseaba embarazarse	1	3.3
No entendió las instrucciones	3	10
Falló el método	3	10
No contestaron	8	26.6

Al preguntarles por qué no utilizó los métodos anticonceptivos el 30% contestó "no sé", el 20% por que "no quiso", el 10% por que no entendió las instrucciones de uso, el 10% refirió que le falló el método y solamente el 3.3% por que no deseaba embarazarse.

Fuente: Cuestionarios para embarazadas de menos de 20 años, aplicadas del 20 de Diciembre de 1998 al 20 de Febrero de 1999 en el H G R No. 1 del I M S S de Acapulco. Gro

Grafica 8

PORQUÉ NO UTILIZÓ MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



<input type="checkbox"/> NO SE	<input type="checkbox"/> NO QUIZO
<input type="checkbox"/> DESEABA EMBARAZARSE	<input type="checkbox"/> NO ENTENDIO LAS INSTRUCCIONES
<input checked="" type="checkbox"/> FALLÓ EL MÉTODO	<input type="checkbox"/> NO CONTESTARON

Fuente Idem cuadro 8

**EDAD EN QUE INICIARON RELACIONES SEXUALES LAS
 ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
 GENERAL REGIONAL No.1 DEL
 I. M S .S. DE ACAPULCO, GRO.**

CUADRO 9

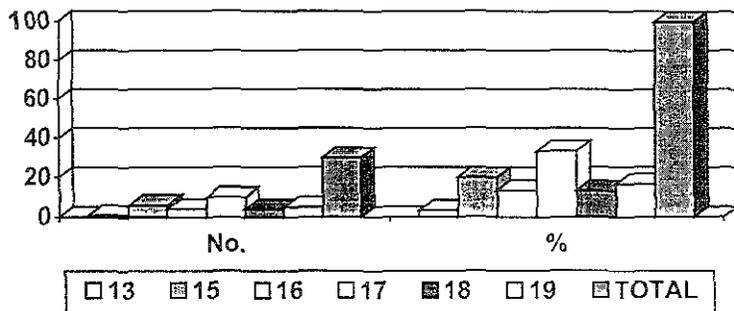
N = 30

EDAD	F o.	%
13	1	3.3
15	6	20.0
16	4	13.3
17	10	33.3
18	4	13.3
19	5	16.6
TOTAL	30	99.9

El inicio de relaciones sexuales hubo mayor frecuencia a la edad de 17 años en un 33.3%, a los 15 años en un 20% y a los 18 años el 16%, a los 16 y 18 años el 13.3% respectivamente y solo el 3.3% a los 15 años. El grado escolar es de secundaria en un 30% y preparatoria el 26.6%.

Fuente: Cuestionarios para embarazadas de menos de 20 años, aplicadas del 20 de Diciembre de 1998 al 20 de Febrero de 1999. en el H. G. R. No 1 del I. M. S.S. de Acapulco, Gro.

GRAFICA 9
EDAD EN QUE INICIO RELACIONES
SEXUALES



Fuente Idem cuadro 9

CONOCIMIENTO QUE TIENEN RESPECTO A LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL No.1 DEL I. M. S. S. DE ACAPULCO, GRO.

CUADRO 10

N = 30

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	F o.	%
Sífilis	11	36.6
SIDA	25	83.3
Gonorrea	8	26.6

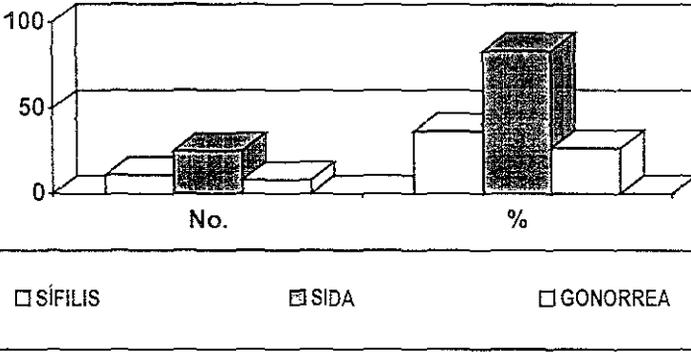
Saben que existen las Enfermedades de Transmisión Sexual el 86.6%.

Específicamente SIDA el 83.3%, Sífilis el 36% y Gonorrea el 26.6%

Fuente Cuestionarios para embarazadas de menos de 20 años, aplicadas del 20 de Diciembre de 1998 al 20 de Febrero de 1999, en el H. G. R. No 1 del I. M. S.S. de Acapulco, Gro.

GRAFICA 10

CONOCIMIENTO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL



Fuente: Idem cuadro 10

**NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL No.1 DEL I. M. S. S.
DE ACAPULCO, GRO.**

CUADRO 11

N = 30

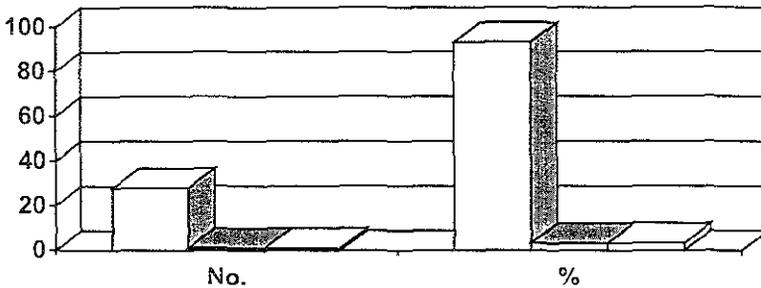
No. DE PAREJAS SEXUALES	F o.	%
1	28	93.3
2	1	3.3
+ de 2	1	3.3

El 93.3% manifestó tener una sola pareja sexual, y solo el 2 y más de 2 el 3.3% respectivamente.

Fuente: Cuestionarios para embarazadas de menos de 20 años, aplicadas del 20 de Diciembre de 1998 al 20 de Febrero de 1999. en el H. G. R. No. 1 del I. M. S.S de Acapulco, Gro.

GRAFICA 11

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES



□ 1

▒ 2

□ + DE 2

Fuente: Idem cuadro 11

**ESTA DE ACUERDO CON EL EMBARAZO LA PAREJA
DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No.1
DEL I. M. S. S. DE ACAPULCO, GRO.**

CUADRO 12

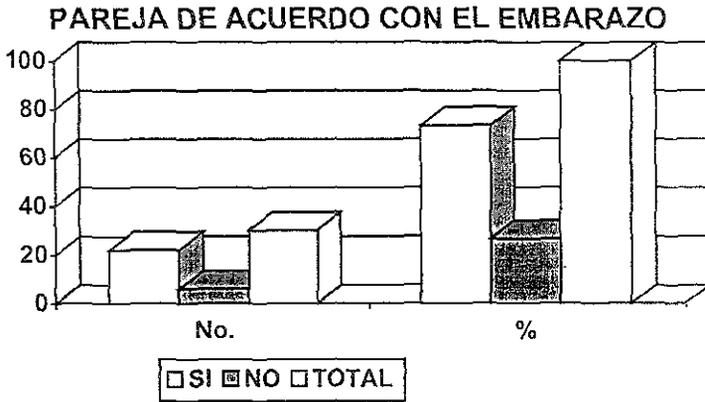
N = 30

PAREJA DE ACUERDO CON EL EMBARAZO	F o.	%
SI	22	73.3
NO	8	26.6
TOTAL	30	99.9

El 73.3% refirió que su pareja está de acuerdo con el embarazo, contra 26.6 que no está de acuerdo, solo manifestó haberlo planeado el 4.3%

Fuente: Cuestionarios para embarazadas de menos de 20 años, aplicadas del 20 de Diciembre de 1998 al 20 de Febrero de 1999, en el H. G. R. No. 1 del I. M. S.S de Acapulco, Gro.

GRAFICA 12



Fuente: Idem cuadro 12

**FUE PLANEADO EL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No.1
DEL I. M. S. S. DE ACAPULCO, GRO.**

CUADRO 13

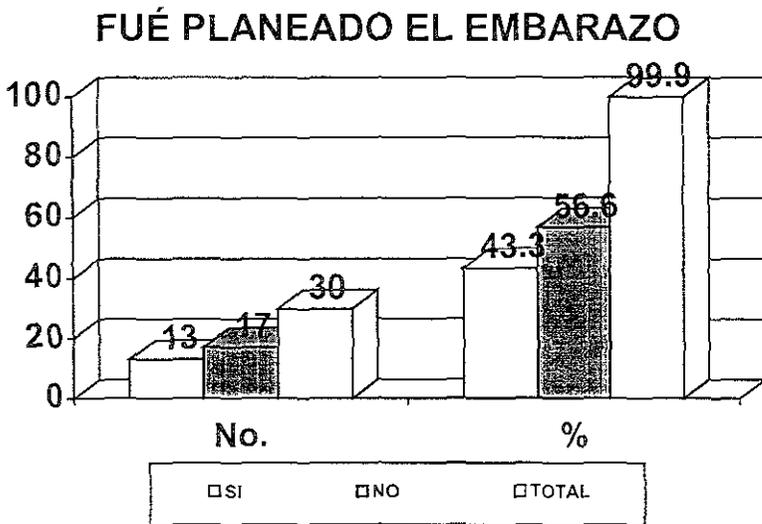
N = 30

FUE PLANEADO EL EMBARAZO	F o.	%
SI	13	43.3
NO	17	56.6
TOTAL	30	99.9

Se destaca que el 56% de las adolescentes tuvo un embarazo no deseado y 43.3% restante aparentemente fue planeado.

Fuente. Cuestionarios para embarazadas de menos de 20 años, aplicadas del 20 de Diciembre de 1998 al 20 de Febrero de 1999. en el H G R. No 1 del I. M. S S de Acapulco, Gro

GRAFICA 13



Fuente: Idem cuadro 13

**CONOCEN EL DESARROLLO DEL TRABAJO DE PARTO LAS
 ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
 GENERAL REGIONAL No.1
 DEL I. M S. S. DE ACAPULCO, GRO.**

CUADRO 14

N = 30

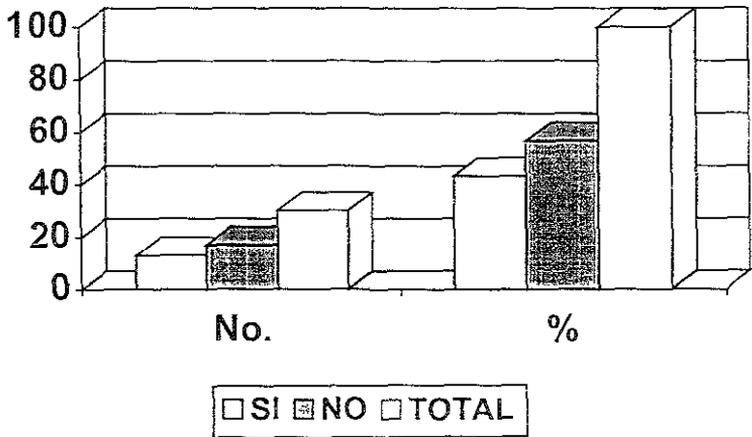
CONOCE EL DESARROLLO DEL TRABAJO DE PARTO	F o.	%
SI	13	43.3
NO	17	56.6
TOTAL	30	99.9

El 56% no conoce el desarrollo del trabajo de parto y el 43.3% no ha recibido orientación e información sobre el cuidado de su hijo.

Fuente: Cuestionarios para embarazadas de menos de 20 años, aplicadas del 20 de Diciembre de 1998 al 20 de Febrero de 1999. en el H. G. R No 1 del I. M. S. S. de Acapulco, Gro.

GRAFICA 14

CONOCE EL DESARROLLO DEL TRABAJO DE PARTO



Fuente: Idem cuadro 14

TIENEN ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE SU HIJO LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL No.1 DEL I. M S. S. DE ACAPULCO, GRO.

CUADRO 15

N = 30

TIENE ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE SU HIJO	F o.	%
Si	11	36.6
No	19	63.3
TOTAL	30	99.9

Viven con su pareja en casa propia el 30%, rentada el 6.6%, con familiares el 53.3%,

Sin pareja y con familiares solo el 10%

Fuente: Cuestionarios para embarazadas de menos de 20 años, aplicadas del 20 de Diciembre de 1998 al 20 de Febrero de 1999. en el H. G. R No. 1 del I. M S S. de Acapulco, Gro.

GRAFICA 15



Fuente: Idem cuadro 15

**CON QUIEN VIVEN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL No.1 DEL I. M S.S.
DE ACAPULCO, GRO.**

CUADRO 16

N = 30

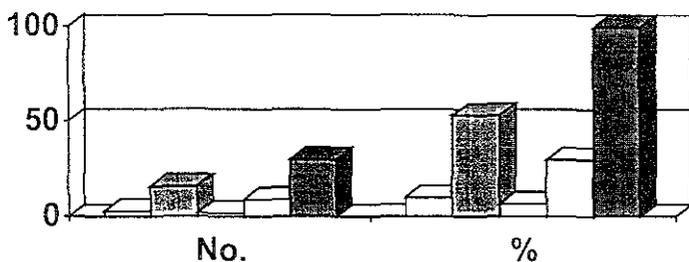
CON QUIÉN VIVE	F o.	%
Parientes	3	10
Familiares c /pareja	16	53.3
Renta casa c/ pareja	2	6.6
Casa propia c/ pareja	9	30
TOTAL	30	

Viven con su pareja en casa propia el 30%, rentada el 6.6%, con familiares el 53.3%,

Sin pareja y con familiares solo el 10%

Fuente: Cuestionarios para embarazadas de menos de 20 años, aplicadas del 20 de Diciembre de 1998 al 20 de Febrero de 1999. en el H. G R. No. 1 del I. M S.S de Acapulco, Gro.

GRAFICA 16
 CON QUIÉN VIVEN



□ PARENTES	▣ FAM.C/PAREJA
□ RENTA CASA C/PAREJA	□ CASA PROPIA C/PAREJA
■ TOTAL	

Fuente Idem cuadro 16

9.- CONCLUSIONES

- Se comprueba que los factores socioculturales están interrelacionados e influyen en los adolescentes para el inicio de las relaciones sexuales tempranas, con mayor frecuencia a los 17 años; y se embaracen a edades de 18 y 19 años principalmente.
- A pesar de que el 83 de las adolescentes conocía los métodos anticonceptivos, con orientación al respecto el 73.3% recibíendola por sus maestros de escuela y tienen mayor información sobre las enfermedades de transmisión sexual, mantiene relaciones sexuales pero no los usan enfrentándose al embarazo y los efectos sociales del mismo.
- El desconocimiento de las complicaciones en la embarazada y el riesgo de tener un hijo con problemas, influye para mantener relaciones sexuales sin protección
- La inmadurez que reflejan las adolescentes al iniciar una vida sexual activa y embarazarse sin desearlo; los hace enfrentarse a dificultades, tanto en el núcleo familiar por falta de apoyo y comprensión, como la superación personal, ya que se ve obligada a interrumpir sus estudios, aunado a conflictos emocionales que puedan repercutir su salud y en la del niño.
- Además el desconocimiento que presentan ante el desarrollo del trabajo de parto y el cuidado del niño es una posibilidad de complicaciones y subsecuentemente en el incremento de la mortalidad del país.

10.- RECOMENDACIONES

1. Todas las organizaciones públicas, privadas y sociales, los medios de comunicación social y los padres de familia, deben contribuir transmitiendo información de promoción y cuidados de la salud materno-infantil
2. Elaborar y aplicar Programas de Educación Sexual y Planificación Familiar para que en las escuelas se difundan por maestros, profesores y educandos para el fortalecimiento del desarrollo integral y mantener una actitud sexual responsable, convirtiéndolos a la vez como promotores de la salud de sus familias y comunidad
3. Todos los padres deben mantener una comunicación permanente e informar a sus hijos sobre medidas que pueden adoptar para contraer enfermedades sexuales, y mantener una actitud de responsabilidad y apoyo para el adolescente en problemas
4. Todo el Sector deben intensificar y promover programas permanentes de educación sexual, métodos anticonceptivos, prevención de enfermedades sexuales y riesgo reproductivo, para fortalecer las responsabilidades individual, familiar y colectiva, contribuyendo en la disminución materno-infantil.
5. Intensificar en las unidades médicas el control de embarazadas con información sobre el desarrollo de trabajo de parto, detección de factores de riesgo reproductivo, aplicando medidas de prevención de complicaciones en la madre y el hijo
6. Promover cursos a las embarazadas sobre el cuidado de los niños y manifestaciones de alarma que le permitan actuar oportunamente en situaciones peligrosas.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

10.1.- DE INVESTIGACIÓN

1. Diseñar estrategias que midan el efecto de la aplicación de programas de educación sexual y planificación familiar en escuelas de nivel medio superior.
2. Medir el grado de aceptación y conocimientos de los padres de hijos que inician la pubertad sobre educación sexual y métodos anticonceptivos
3. Diseñar estrategias de integración familiar que faciliten la comunicación y la comprensión entre padres e hijos.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
LICENCIATURA DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA 7º Y 8º
SEMESTRE S. U. A.**

**CUESTIONARIO PARA EMBARAZADAS
DE MENOS DE 20 AÑOS**

DATOS GENERALES:

Edad: _____ Estado Civil: _____ Grado Escolar: _____
Adscrita a la U. M. F. _____

1- ¿ Conoce usted los métodos anticonceptivos?

SI () NO ()

2- ¿Cuáles métodos anticonceptivos conoce?

DIU () RITMO () INYECCIONES () VASECTOMÍA ()
COITO INTERRUMPIDO () PRESERVATIVOS ()

3.- ¿Ha recibido orientación e información sobre los métodos anticonceptivos?

SI () NO ()

4.- ¿De las siguientes personas de quién ha recibido información y orientación sobre los métodos anticonceptivos?

PADRE () MAESTRO DE ESCUELA () PERSONAL DE SALUD ()
OTROS FAMILIARES () ORIENTADOR ()
AMIGOS()

5- ¿Conoce usted las complicaciones que se pueden presentar en una embarazada de entre los 12 y 19 años?

SI () NO ()

6.- ¿Cuáles complicaciones del embarazo entre los 12 y 19 años conoce?.

SI () NO ()

7- ¿Conoce usted los efectos sociales de un embarazo entre la edad de los 12 a 19 años?

8 - Su embarazo como repercutió en su casa, escuela o trabajo?

9.- ¿Por qué no utilizó los métodos anticonceptivos? (Pregunta 3 SI)

10. ¿A que edad inició sus relaciones sexuales?

11. ¿Conoce usted que existen enfermedades de transmisión sexual?

SI () NO ()

12. ¿Cuáles enfermedades de transmisión sexual conoce?

13. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?

14. ¿Su pareja está de acuerdo con el embarazo?

SI () NO ()

15. ¿Su embarazo lo planeó?

SI () NO ()

16. ¿Conoce usted el desarrollo del trabajo de parto?

SI () NO ()

17. ¿Sabe sobre el cuidado de su hijo?

SI () NO ()

18. ¿Con quién vive usted?

PARIENTES () CASA PROPIA () SOLA () AMIGOS ()

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica. A C Riesgo Reproductivo I. 1ª Edición, México, 1986
2. Báez AE; Velásquez HA. Un enfoque de riesgo para la maternidad temprana. Rev Cubana Enferm 1995;11:57-63.
3. Buga GA, Amoko DH, Ncayiyana DJ. Conducta Sexual de los Adolescentes, conocimientos y actitudes entre mujeres en Transkei, Sudáfrica. East. Afr. Med J 1996;73:95-100.
4. Chen HM, Chen CH. Comparación de estrés y apoyo social entre mujeres adolescentes y adultas embarazadas, durante el tercer trimestre del embarazo. Kao Hsiung I Hsueh Ko Hsueh Tsa Chi 1996;12:183-92
5. Dirección General de Fomento a la Salud de la Secretaría de Salud; para la vida. Ediciones América S.A. de C. V. México, D. F. Diciembre de 1990.
6. Instituto Mexicano del Seguro Social. Seguridad y Solidaridad Social. Subdirección General Médica. Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Noviembre de 1994.

7. Kunene PJ. Conocimientos de las adolescentes de la sexualidad humana y su visión de adolescentes embarazadas. *Curations* 1995;18:48-52.
8. Landry DJ, Forrest JD. ¿Qué tan grandes son los padres norteamericanos? *Fam Plann perspect* 1995; 27:159-61, 165
- 9 McClure MK, Cohn LD. Percepciones de madres adolescentes y adultas de situaciones riesgosas para sus niños, *J. Adolesc Health* 1996;18:227-31.
- 10 Miller HS; Lesser KB, Reed KL. Adolescencia e infantes de muy bajo peso al nacer una desproporcionada asociación. *Obstet Ginecol.* 1996,87:83-8.
- 11.Miller R. Prevención de embarazo y riesgos asociados en Adolescentes *Can-Fam-Physician* 1995-1525-1531.
- 12.Pick S, Palos PA Impacto de la Familia sobre la vida sexual de las adolescentes *Adolescence* 1995;30:667-75.
- 13.Porozhanova V, Bozhinova S, Popovski K, Ultrasonido de adolescentes embarazadas. *Akush Genekol Sofia* 1995;34:11-3.
- 14.Prajayayothin P, Dhamprapha R. Embarazo no deseado: existen soluciones desde la perspectivas de los adultos jóvenes y el derecho al aborto en Bangkok.

5. Rosenthal SL, Biro FM, Kollar LM, Hillard PJ, Rauh JL. Experiencia con efectos secundarios y riesgos de salud asociados con el uso de implante del Norplant en adolescentes. *Contraception* 1995;52:283-5.
6. Sell CW, Blum R W. Morbilidad y Mortalidad entre Adolescentes Norteamericanos Una revisión de Datos y tendencias (Ver comentarios) *Am-J-Public-Health* 1996,86:513-9.
17. Spingarn RW; DuRant RH. Mujeres Embarazadas Involucradas en embarazos riesgo de salud asociados y problemas de conducta. *Pediatrics* 1996-1998:262-8.
18. Yang M. Sexualidad de las adolescentes y sus problemas. *Ann Acad Med Singapore* 1995;24:736-40.