

11226 76



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

FACTORES SOCIOCULTURALES EN LA  
ACEPTACION DEL EMBARAZO EN  
ADOLESCENTES

**T E S I S**  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A  
DRA. JUANA GUERRERO SAMANO

A S E S O R  
DRA. LUCIA CATALINA GONZALEZ GONZALEZ

MEXICO, D.F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

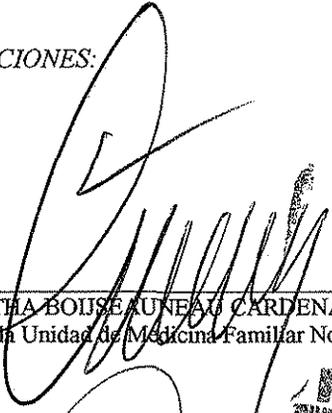
---

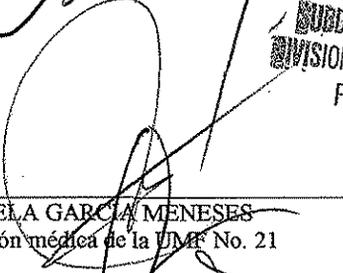
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

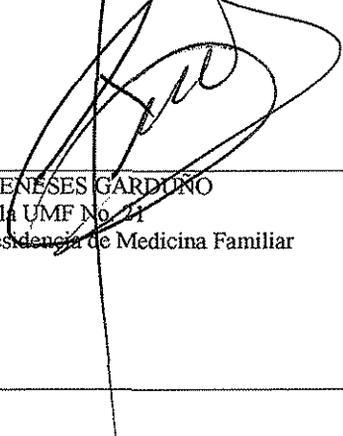
**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD  
EN MEDICINA FAMILIAR**

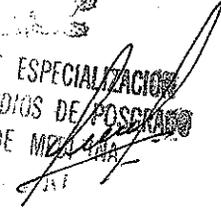
*AUTORIZACIONES:*

  
\_\_\_\_\_  
DRA. MARTHA BOUISE RUELAS CARDENAS  
Directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 21

  
\_\_\_\_\_  
DRA. MARICELA GARCIA MENESES  
Jefe de educación médica de la UMF No. 21

  
\_\_\_\_\_  
DR. JORGE MENESES GARDUÑO  
Subdirector de la UMF No. 21  
Titular de la Residencia de Medicina Familiar



  
SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
MAY 2011



---

*Lucia C. González González*  
DRA. LUCIA CATALINA GONZÁLEZ GONZÁLEZ  
Asesor de tesis  
Epidemióloga de salud comunitaria, IMSS.

*Juana Guerrero Samano*  
DRA. JUANA GUERRERO SAMANO  
Médico Residente de Medicina Familiar  
Unidad de Medicina Familiar No. 21

---

# Í N D I C E

Introducción	1
Marco teórico	4
Planteamiento del problema	11
Justificación	12
Objetivo general	13
Objetivos específicos	14
Material y métodos	15
Criterios de inclusión	16
Variables consideradas	17
Consideraciones ética	20
Resultados	21
Resultados (análisis)	27
Conclusiones	30
Sugerencias	32
Bibliografía	33
Anexos	35

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCION

El embarazo es un estado materno que consiste en llevar un feto en desarrollo dentro del cuerpo, el producto de la concepción desde la fecundación hasta la octava semana del embarazo se denomina embrión; a partir de la octava semana y hasta el parto se llama feto.

La maduración sexual normal es un fenómeno que se inicia en el momento de la concepción y finaliza con el término de la pubertad después de la aparición de los caracteres sexuales secundarios que refuerzan el fenotipo, maduración de los ovarios y formación de óvulos. La edad de aparición de la pubertad es variable en sujetos sanos e intervienen numerosos factores tanto endógenos como exógenos <sup>16</sup>.

La adolescencia como periodo de transición a la edad adulta, es un fenómeno complejo e influenciado por factores biológicos y psicológicos propios de la edad del individuo, además de factores sociales y culturales, como el contexto comunitario de cada persona. La edad de comienzo de la pubertad en la mujer depende de factores genéticos, raza, clima y estado nutricional, entre otros. El primer signo suele ser la aceleración del crecimiento, seguida de la aparición de la prominencia mamaria; el vello pubiano que aparece por lo general después del desarrollo mamario, aunque en ocasiones puede adelantarse. El vello axilar se manifiesta uno o dos años después, del

crecimiento del vello púbico, aunque en algunas niñas puede presentarse antecediendo al mismo. La menarca es un suceso más tardío y se origina después de haber transcurrido el puntomáximo del brote de crecimiento de la estatura. Se han mencionado que la edad de la menarca a variado a través del tiempo, observándose una disminución en los últimos cien años, de una media de 14 años en 1900 a la de 12.5 años en 1970. En un estudio prospectivo en niñas americanas de la clase media se encontró una edad promedio de  $12.8 \pm 1.2$  años, mientras en otro estudio realizado en México los sangrados menstruales iniciaron a los  $12.42 \pm 1.07$  años.

La sexualidad humana está influenciada por el propio estado hormonal, el ambiente familiar, la cultura y la sociedad. La edad de la mujer para el inicio de las relaciones sexuales también se ha modificado a través del tiempo, con una disminución en las dos décadas pasadas, siendo en el grupo de adolescentes mujeres entre los 15 y 19 años. De acuerdo con los datos de un estudio realizado en el área metropolitana de la ciudad de México, la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales es de 17 años. Como consecuencia del inicio a edad temprana de las relaciones sexuales se encuentra una alta incidencia de embarazos, existiendo informes que revelan que la proporción de embarazos en adolescentes se ha incrementado en los últimos 20 años. En Estados Unidos entre 1960 y 1986 el número de madres adolescentes se incrementó en 60%. El

embarazo de la adolescente es un problema de muchas facetas, tal evento constituye un problema de salud que más allá de los riesgos biológicos, tiene implicaciones de carácter social y cultural con grandes desventajas para la menor embarazada y las consecuentes repercusiones para su hijo.

No obstante la magnitud y trascendencia del embarazo en adolescentes y en términos de la salud pública para el país, se cuenta con pocos estudios a nivel nacional en los que se aborde la investigación sobre los factores familiares que influyen para la presencia de un embarazo.

El presente documento, forma parte de un proyecto de investigación sobre embarazo en adolescentes, y además constituye la parte final del proceso de adiestramiento y evaluación del curso de especialización en Medicina Familiar que imparte el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Los propósitos del estudio es la acreditación del curso de especialización; además de proporcionar al nivel operativo elementos útiles que permitan integrar estrategias preventivas que eviten los factores de riesgo implicados en el padecimiento y de esta manera contribuir a su control epidemiológico.

## MARCO TEORICO

El incremento en la incidencia de embarazos en adolescentes es resultado de factores demográficos y sociales; en la literatura mundial se considera, que el embarazo en la adolescente, casi siempre es un “accidente” y a su vez una sorpresa para la adolescente, su pareja y su familia <sup>1</sup>.

En 1996 se registraron en la República Mexicana más de 10,000 nacimientos de madres adolescentes y en los últimos diez años la tasa ha permanecido estable. Existe un incremento en el inicio de relaciones sexuales tempranas y en sitios marginados los adolescentes con menor nivel de instrucción escolar no usan preservativos.

La Organización Mundial de la Salud ha señalado el embarazo como una de las prioridades en la atención de las adolescentes ya que repercute en la salud de la madre y en el producto <sup>1</sup>; asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), investigó las leyes y políticas nacionales en relación con la salud de los adolescentes refiriendo que en algunos países los adolescentes enfrentan barrera al uso de los servicios en salud reproductiva <sup>2</sup>.

La fertilidad y el embarazo en adolescentes de Europa son significativamente bajos en comparación con lo de la población de Estados Unidos. Suiza reporta una fertilidad de 4.6 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 a 19 años de edad sin que existe diferencia significativa en relación a



las características demográficas <sup>3</sup>.

Se han mencionado ciertas condiciones riesgosas como factores desencadenantes que pueden favorecer el embarazo o que se asocian a él, entre ellas: menor aceptación de los valores tradicionales familiares y poca comunicación con la madre, abandono de la escuela, influencia de las amigas, menarca temprana, baja autoestima, carencias de proyectos de vida, ausencia o insatisfacción de educación sexual, pocos conocimientos sobre anticonceptivos, familia disfuncional, madre o hermana con embarazo en la adolescencia, padre ausente, pobreza, migración, ingreso precoz al trabajo formal y amigas que han iniciado vida sexual. Al principio del embarazo la familia puede reaccionar con rechazo, sorpresa y frustración; sin embargo, el paso siguiente es la aceptación y protección del bebé; puede también exigir el matrimonio de la pareja adolescente, lo que conducirá a nuevos problemas de tipo psicosocial <sup>4,13</sup>.

A pesar de lo “fácil” que parezca diagnosticar el embarazo en la adolescencia, la variedad de signos y síntomas, ha sido tan amplia, que se involucran todos los aparatos y sistemas lo que dificulta diagnosticar en forma rápida y temprana el embarazo. Una vez confirmado el embarazo, en la adolescente existen serias alteraciones emocionales debidas al rechazo de la familia, no-aceptación por la sociedad, abandono de la pareja responsable de hecho, pérdida de sus aspiraciones y del nivel educacional.



Gran número de parejas adolescentes se separan al conocer la existencia del embarazo; sin embargo, la buena relación con la familia de la joven y con ella misma y un aceptable nivel socioeconómico favorecen la permanencia del varón.<sup>2</sup>

Los embarazos en adolescentes se acompañan de mayor morbilidad materna y de neonatos con bajo peso al nacer, prematurez y malformaciones; por tener patrones alimenticios muy pobres en comparación con mujeres adultas<sup>8</sup>.

Actitudes:

A pesar de que la mayor parte de los embarazos en adolescentes son fruto de la inconsciencia, irreflexión e ignorancia se plantea un grave problema para ellas y sus familias, muchas jóvenes son reacias a interrumpir su embarazo una vez producido éste, lo que no implica que desearan quedar embarazadas.

La mayoría de los embarazos son no deseados con repercusión económica, social y psicológica; las consecuencias inmediatas son disfunción familiar, aborto inducido, pobres cuidados prenatales, adopción y abandono<sup>11</sup>.

El padre adolescente siente que está enamorado de la joven cuando ésta queda embarazada, pero ve sus problemas con la preocupación de no estar preparado para asumir el rol de padre desconoce que tiene responsabilidades de orden financiero y que debe conseguir empleo, que su libertad se verá

restringida y tendrá a su lado la madre soltera y extendidas a ambos lados las familias. En algunos casos la familia de la joven no oculta su ira y tiende a aislarlo sintiéndose rechazado y encontrando sólo pocos sitios o gente a los cuales recurrir <sup>14</sup>.

#### Repercusiones psicológicas:

Las jóvenes tienden a depender de alguien y a ser pasivas, confusas, de pobre autoestima, con escasa o nula comunicación con sus padres, en especial en lo que se refiere al sexo, están expuestas a un inicio sexual temprano y a un riesgo mayor de quedar embarazadas. No se destacan en el colegio, sobre todo porque no les interesa aspirar a niveles académicos más elevados, muchas de ellas experimentan la soledad de su aislamiento y encuentran en las relaciones sexuales un medio de apoyo y de correspondencia emocional, lo que las ayuda a afirmar su feminidad <sup>12</sup>.

En las jóvenes embarazadas se han notado sentimientos de autodestrucción, ira y agresión hacia todo lo que configura autoridad, falta de respeto en su propio cuerpo, acciones y súplicas desesperadas en busca de atención y ayuda, la madre niña, supera en siete veces el promedio de suicidios registrados en todo el país. La adolescente embarazada suele identificarse con la madre, siendo frecuente que tenga su primer hijo a la misma edad que lo hizo su madre.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Algunas madres adolescentes abandonan la escuela aún cuando en estas les permitan permanecer en ella, la nueva mamá recibe atención por parte de su familia porque está embarazada y llegará un bebé al seno de su familia, su “status” se eleva, de niña o adolescente pasando a ser madre–niña y se espera que sea más responsable.

Prevención:

La enseñanza de la educación sexual, surge la duda cuando se quiere determinar quien y donde se debe de impartir tal enseñanza, sin embargo en las instituciones médicas a las cuales acude la paciente en busca de métodos anticonceptivos es donde se debe de orientar sobre uso y contraindicaciones de estos.

Si bien los padres consideran difícil ponerse a platicar con los adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos, no se oponen, sin embargo no tienen los suficientes conocimientos y aplicaciones por lo que ven con agrado que haya un sistema de enseñanza de la planificación familiar en unidades médicas que es donde los derivan.

Los médicos como integrantes de la comunidad deben de educar a la gente joven, padres y educadores en forma grupal o individual, en consultorios; dichas pláticas debe incluir conocimientos de anatomía, fisiología, posibilidad latente de adquirir diversas patologías de transmisión sexual y métodos de

contracepción, formar parte de una conversación - evaluación y reafirmando los conocimientos al término de la plática.

El embarazo en la adolescente expresa en parte, el fracaso de la sociedad, del hogar, la escuela, la iglesia y las autoridades de salud, en la proporción de una adecuada enseñanza sexual. La falta de comunicación franca con los padres no permite expresar las actitudes, temores y ansiedades existiendo represión y humillación.

Las adolescentes necesitan contar con otros adultos con quienes comunicarse, saben que sus padres tienen opiniones reprobatorias y por ello exploran otros puntos de vista, a la vez que silencian sus propios errores, dado que esta comunicación no existe o es muy restringida, lo que aprenden la mayoría de los adolescentes acerca del sexo es a través de sus hermanos o sus compañeros y cuando decide iniciar su vida sexual lo hace por propia elección sin que lo sepan sus padres <sup>15</sup>.

Las relaciones intrafamiliares adecuadas son fundamentales como sistema de apoyo en el cuidado y sostén económico de las madres adolescentes y sus hijos, pero no son suficientes para impedir el inicio de las relaciones sexuales en etapas tempranas <sup>17</sup>.

Es conveniente que los programas de prevención del embarazo en adolescentes, incluyan también como universo de trabajo a los padres de



adolescentes, con el fin de facilitar y promover el uso de métodos anticonceptivos y postergar así la edad del embarazo <sup>18</sup>.

El impacto que ha tenido la efectividad de los programas de prevención en embarazo adolescente, se engloban en 5 programas: a) diferimiento del compromiso sexual, b) reducción de factores de riesgo, c) programa dirigido a comunidad y escuelas, d) centros de integración y 5) pláticas para adolescentes; Específicamente se encontró que estos programas cambian significativamente la conducta de los adolescentes <sup>19</sup>.

Existen desafíos sobre educación sexual a nivel de enseñanza básica; los puntos que evalúa son: mejoramiento de la educación profesional, algunas instituciones requieren profesores con ciertas disciplinas, tales como educación a la salud, educación en enfermedades de transmisión sexual, educación sexual y establecer un comité local consejero dirigido a la educación sexual <sup>20</sup>.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en adolescentes es de alto riesgo, porque se asocia a una situación socioeconómica desfavorable que conduce a la desnutrición, desarrollo insuficiente del feto, falta de control prenatal, viviendas inadecuadas, hacinamiento, promiscuidad, y a veces incesto. En 1999 en la UMF No. 21 se registraron 173 embarazos de primera vez en adolescentes de 15 a 19 años de edad y 488 consultas de control prenatal subsecuentes en la misma población.

Por lo que es importante conocer ¿cuáles son los factores socioculturales que influyen en la aceptación del embarazo en la adolescente?.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## JUSTIFICACION

La adolescencia es la etapa en la que se inician los cambios biológicos y psicológicos del ser humano, por lo que considero importante identificar cuales son los factores que se asocian al embarazo y su aceptación.

## OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores socioculturales en la aceptación del embarazo en adolescentes.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar la presencia de embarazo no deseado
2. Identificar las repercusiones que tiene en su familia la adolescente embarazada
3. Identificar los factores asociados a la aceptación del embarazo en adolescentes.

## MATERIAL Y METODOS

A las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años de edad se les proporcionarán un cuestionario el cual contestaran completamente, posteriormente se evaluarán y con los datos que se obtengan se vaciarán en una hoja de concentración.

No es necesario un procedimiento para obtener la muestra, ya que se aceptarán a **todas** las pacientes adolescentes embarazadas de 15 a 19 años de edad que acudan al servicio de urgencias o a consulta prenatal de la Unidad de Medicina Familiar N°. 21, Delegación 4, del Instituto Mexicano del Seguro Social en México D.F.

Se analizarán las encuestas de las madres adolescentes cuya edad gestacional esté comprendida entre la semana 6 a las 40 semanas de gestación durante el período comprendido entre junio y noviembre del 2000.

Se empleará una prueba de ensayo la cual se hará 15 días antes de que se inicie la etapa de recolección de datos, en donde se explicará a los adolescentes cuales son los objetivos y se les capacitará para la aplicación de la encuesta.

Los textos, cuadros y gráficas serán procesados en una computadora PC a través de los siguientes programas Word y SPSS análisis estadístico. Finalmente la información recabada será analizada con la bibliografía existente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### CRITERIOS DE INCLUSION

1. Embarazadas de 15 a 19 años que acuden a consulta prenatal o a consulta de urgencia en la Unidad de Medicina Familiar No. 21.
2. Embarazo de 6 a 40 semanas.
3. Dar su consentimiento para ser incluidas en el estudio.
4. Contestar totalmente el cuestionario.

### CRITERIOS DE EXCLUSION

Adolescentes con retraso mental

### TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

VARIABLES CONSIDERADAS:

<u>INDEPENDIENTES</u>			
		<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición operacional</i>
Independiente cuantitativa continua	Edad:	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Se tomará en años cumplidos
Independiente cualitativa nominal	Estado civil:	Condición de cada individuo en relación con derechos y obligaciones civiles	De acuerdo a sí es casada, unión libre, viuda, separada, soltera o divorciada
Independiente cualitativa. Ordinal	Escolaridad	Duración de los estudios en un centro docente	Se tomará de acuerdo al último año de estudios
Independiente cualitativa nominal.	Ocupación:	Trabajo que impide emplear el tiempo en otras cosas	Se tomará según a que se dediquen: hogar, trabajo, escuela o escuela y trabajo

Independiente cualitativa nominal	Lugar de origen:	Población, localidad o pueblo de nacimiento	Se tomará de acuerdo al sitio de nacimiento
Independiente cualitativa ordinal	Lugar ocupado al nacer:	Sitio ocupado dentro de la familia al nacer	Se tomará de acuerdo al lugar progresivo de nacimiento dentro de la familia
Independiente cuantitativa continua	Menarca:	Edad en la que se presenta la primera menstruación	Se tomará la edad en años cumplidos la aparición de la primera menstruación
Independiente cuantitativa discreta	Fecha de última regla:	Fecha en que se presenta la última menstruación	Se tomará con fecha de día, mes y año
Independiente cuantitativa continua	Edad de inicio de vida sexual:	Edad que inicia a tener relaciones sexuales	Se tomará en años cumplidos

Independiente cuantitativa continua	Embarazo:	Dícese de la mujer o hembra fecundada	Se tomarán las semanas de gestación, hasta la fecha de aplicación del cuestionario
	Factores sociocultu- rales	Son todas aquellas tradiciones y costumbres que se encuentran en una sociedad y que influyen en la aceptación del embarazo.	Se tabularán de acuerdo a la precodificación
DEPENDIEN TE	Aceptación	Aprobación voluntaria de una conducta propia	Embarazo aceptado o no aceptado

## CONSIDERACIONES ETICAS

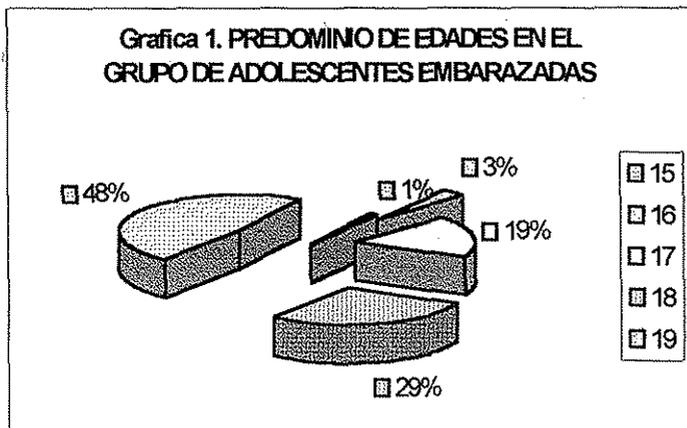
Por ser un estudio de tipo observacional solo se solicitará el consentimiento verbal de acuerdo a las convenciones de Helsinki y su posterior ratificación en Tokio 1975 y de acuerdo al titulo quinto (art. 96 a art. 103) de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos. No daña la integridad física y moral de las personas.

## RESULTADOS

Se estudiaron 90 pacientes embarazadas entre 15 y 19 años de edad; en la tabla 1 y en la gráfica 1 se puede observar el número de embarazadas y el predominio de edades el cual fué de 19 años, así como el porcentaje; se obtuvo una media de la edad de 18.9.

GRUPOS	NUMERO	%
15 Años	1	1.11
16 Años	3	3.3
17 Años	17	18.9
18 Años	26	28.9
19 Años	43	47.8
TOTAL	90	100

\*Fuente: Encuesta realizada en UMF No. 21



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

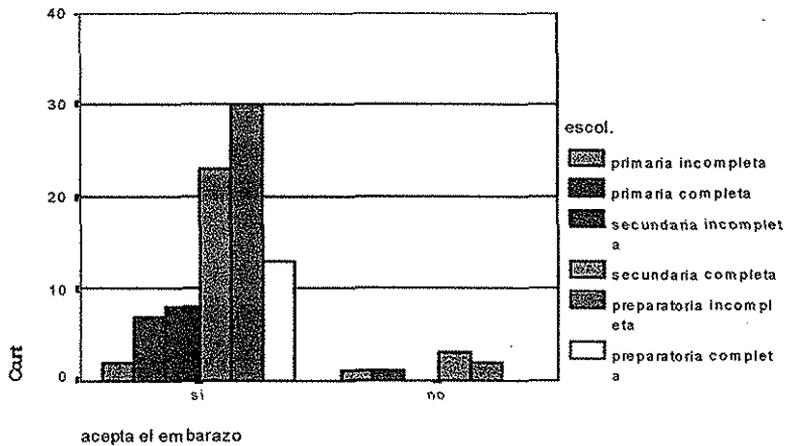
**GRADO DE ESCOLARIDAD:**

Se determinó el número de embarazadas por escolaridad encontrándose con primaria 11, secundaria 34 y preparatoria 45 con un predominio de preparatoria incompleta (35.6%)

**Tabla 2. Grado de escolaridad en embarazadas adolescentes**

	Completa		Incompleta		Total	
	Número	%	Número	%	Numero	%
Primaria	8	8.9	3	3.3	11	12.2
Secundaria	26	28.9	8	8.9	34	37.8
Preparatoria	13	14.4	32	35.6	45	50
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>52.2</b>	<b>43</b>	<b>47.8</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

\*Fuente: Encuesta realizada en UMF 21



Gráfica 2. Muestra la relación entre el grado de escolaridad y la aceptación del embarazo adolescentes.

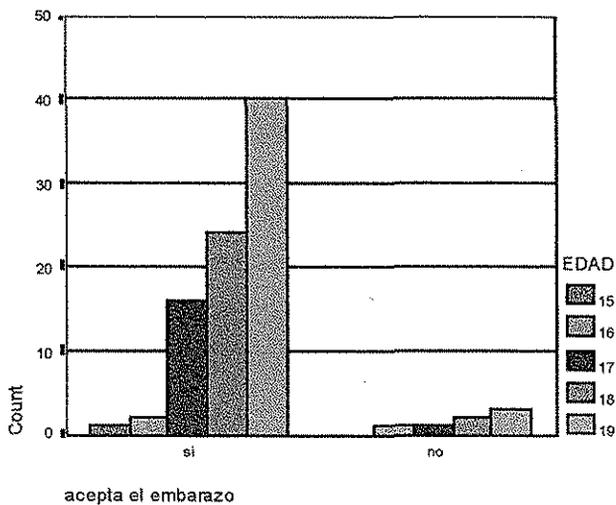
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**NO ACEPTABAN EL EMBARAZO.**

Se encontró que de las 90 embarazadas 7 adolescentes no aceptaban el embarazo las cuales se representan en la *tabla 3*.

Edad	Semanas de gestación	%
19 años	8	2.3
19 años	23	2.3
16 años	24	33.3
18 años	27	3.8
17 años	37	5.9
18 años	37	3.8
19 años	37	2.3

\*Fuente: Encuesta realizada en embarazadas de la UMF No. 21



Gráfica 3. Relación entre edad y aceptación del embarazo en adolescentes.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## OCUPACION:

La ocupación también fue determinada encontrándose un porcentaje importante que se dedican a trabajar siendo el 50%, el 42.3 % se dedican al hogar y el resto acuden a la escuela y también trabajan.

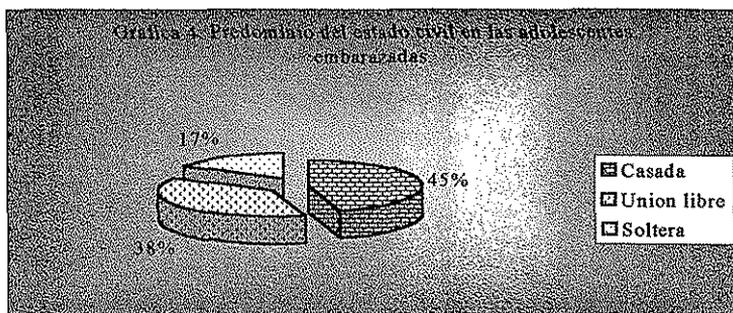
Tabla 4. Ocupación en embarazadas adolescentes.

	Hogar	Trabajo	Escuela	Escuela y trabajo	TOTAL
Número	38	45	3	4	90
Porcentaje	42.3	50	3.3	4.4	100

\*Fuente: Encuesta realizada en embarazadas de la UMF 21

## ESTADO CIVIL

Se encontró el estado civil distribuido de la siguiente manera: casadas 41, unión libre 34, y solteras 15, ninguna divorciada ni viuda. Los datos totales y porcentajes se describen en la Gráfica 4.



\*Fuente: Encuesta realizada en embarazadas adolescentes en la UMF No. 21  
24

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CONOCIMIENTO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.

El número de embarazadas que tienen conocimiento de planificación familiar fue de 76 (84.4%) y 14 (15.6%) no tienen conocimiento de métodos de planificación familiar.

Tabla 5. Adolescentes embarazadas con conocimientos de métodos de planificación familiar

	Conocían métodos	No conocían métodos	TOTAL
Número	76	14	90
Porcentaje	84.4	15.6	100

Fuente: Encuesta realizada en adolescentes embarazadas de la UMF 21

## USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.

El número de embarazadas que ha utilizado método anticonceptivo previo al embarazo es un gran porcentaje 52.2%, pero las que no lo han utilizado es un 47.8%.

Tabla 6. Adolescentes embarazadas que han utilizado

	Han utilizado	No ha utilizado	TOTAL
Número	47	43	90
Porcentaje	52.2	47.8	100

\*Fuente: Encuesta realizada en embarazadas adolescentes de la UMF 21

## CONDUCTA ANTE EL EMBARAZO

Se encontró que la adolescente embarazada en un mayor porcentaje 25.6%, no aceptaba al producto, 15.6% no lo aceptaba la pareja de la embarazada y un 12.2% no aceptaban el producto la familia.

Tabla 7. Conducta de la adolescente embarazada, su pareja y su familia ante el embarazo

	Aceptado		No aceptado		Total	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Por la adolescente	83	92.8	7	7.77	90	100
Por la pareja	76	84.4	14	15.6	90	100
Por la familia	79	87.8	11	12.2	90	100

\*Fuente: Encuesta realizada en adolescentes embarazadas de la UMF 21

## RESULTADOS

### Análisis:

Se estudiaron 90 embarazadas entre 15 y 19 años de edad con una media de 18.9 años predominando las de 19 años (47.8%); la escolaridad de mayor frecuencia que se encontró fue de preparatoria incompleta (35.6%); del total el 50% trabaja y sólo el 3.3% estudia y trabaja; en lo que respecta al estado civil el 45.6% son casadas, el 16.7% son solteras y el resto están en unión libre. El 84.4% son originarias del Distrito Federal y el resto son de provincia. En cuanto a duración en tiempo de noviazgo no hubo diferencia evidente entre la aceptación del embarazo y el tiempo de noviazgo, ya que 4 embarazos no aceptados habían tenido menos de un año de noviazgo y 3 embarazos no aceptados el tiempo de noviazgo fue más de 1 año. Es importante referir que el 33% son irregulares en el ritmo menstrual.

Es importante referir que el 84.4% se encuentran informadas sobre métodos de planificación familiar; 52.2% han utilizado alguna vez algún método de planificación y 47.8% no han utilizado ningún método. La edad más frecuente en que iniciaron su vida sexual activa es de 17 años de edad (27.8%). Se encontró que en el 5.6% existe promiscuidad así mismo 22.2% ya habían tenido embarazos con anterioridad.

El 56.7% no planeo el embarazo, en el 25.6% no quería embarazarse,

el 15.6% la pareja no aceptaba el embarazo y en el 12.2% la familia no aceptaba el embarazo.

La conducta que se tomo con mayor frecuencia fue platicar con la pareja un 50%, en 2° lugar fue platicar con los padres (40%) y el 8.9% no sabe que hacer; pensaron abortar el 23.3%, intentaron el aborto 12.2% y el 11.12% los padres sugieren el aborto. Es importante recalcar que en el 7.8% de las embarazadas no aceptaban el embarazo.

El 76.7% viven con el esposo; 20% viven con los padres y el 3.3% viven solas. En lo que respecta a la relación a la dinámica familiar el 4.4% no estaban a gusto con la ayuda de la familia, en un 73.3% casi siempre platican con su pareja y el 1.1% casi nunca lo hace. En lo que respecta a la toma de decisiones el 75.6% se toman en pareja y en el 24.4% sólo a veces lo hacen. En relación a la convivencia de fin de semana el 4.4 % casi nunca están con su pareja; así mismo un 10% siente que sólo a veces su esposo o familia la quiere. Como datos complementarios se encontró que en el 26.7% de las embarazadas encuestadas existe el antecedente de madres soltera en la familia; así mismo, se observó que las parejas cuentan con un grado de escolaridad alta (preparatoria) y que además el método que dijeron preferir para planificar fue el Dispositivo Intrauterino.

En cuanto al noviazgo no hubo diferencia evidente entre la aceptación del embarazo y el tiempo de noviazgo el 47% de la muestra tuvo un noviazgo de más de un año y sólo el 6.4% de estos no aceptaban el embarazo.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

## CONCLUSIONES:

En 79 de las pacientes estudiadas se concluyó que aceptaron el embarazo, y que no habían tomado como solución a este el aborto. Como era de esperarse en el 11% de las pacientes estudiadas, existió rechazo o la no aceptación del grupo familiar al embarazo en la adolescente, así mismo se encontró que existía antecedente de embarazo temprano en otros miembros de la familia. En pocos casos se registro la salida del núcleo familiar para convivir o buscar apoyo con otros miembros.

Se puede concluir que las semanas de gestación no tienen relación con la aceptación o no del producto y que a pesar de la orientación durante el control prenatal, lo que puede pasar desapercibida por la embarazada, originando el desinterés de esta, y por ende un mal pronóstico en el cuidado del producto. La madre soltera está mal preparada para la crianza, desarrollo y estabilidad psíquica de su hijo; la cual necesita ayuda para resolver sus conflictos emocionales, a fin de que no busquen en la maternidad la solución de estos.

El embarazo en adolescentes en gran proporción se debe a la falta de orientación sexual, y a buscar una salida “fácil” a su deseo de cambiar o “mejorar” su situación.

Se ha visto que el embarazo y parto habitualmente transcurren en absoluto en forma normal.

Por lo tanto es conveniente que los programas de prevención del embarazo en adolescentes, incluyan también como universo de trabajo a los padres de adolescentes, con la finalidad de facilitar y promover el uso de métodos anticonceptivos que permitan postergar los embarazos en edades tempranas así como, mejorar la educación sobre su sexualidad y prevenir las relaciones sexuales desprotegidas así como las enfermedades de transmisión sexual.

## SUGERENCIAS

- ✓ Elaborar e implantar un programa de educación para la salud en adolescentes con un especial énfasis en la sexualidad y en la comunicación intrafamiliar.
- ✓ Que el médico familiar y trabajo social sean los principales promotores de dicho programa.
- ✓ Verificar que el personal médico y paramédico conozcan el programa y lo difundan.
- ✓ Realizar cursos sobre planificación familiar, sexualidad y adolescencia a los padres de familia.
- ✓ Verificar que como parte de la práctica médica se realice la orientación necesaria al adolescente.
- ✓ Realizar cursos para adolescentes en relación a los signos y síntomas de alarma durante el embarazo, su higiene personal así como el cuidado y atención del producto.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## BIBLIOGRAFIA

1. Sumano AE; Embarazo en la adolescencia. *Bol Med Hosp Infant mex* 1998; 55(8): 433-434.
2. Rodríguez GR; Legislation and policy for adolescent health in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Pública* 1999;5(2) 125-235
- 3.- Narring F, Michaud PA and Sharma V. Demographic and behavioral factors associated with adolescent pregnancy in Switzerland. *Family Planning Perspectives* 1996;28(5) 232-236
4. Fernández PF, Castro GMA, Fuentes AS, et al. Características sociofamiliares y morbilidad materno - infantil del embarazo en adolescentes. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1 1998; 55(8): 452-457.
5. Taylor D, Chavez G, Chabra A, Boggess J. Risk factors for adult paternity in births to adolescents. 1997;89(2) 199-205
6. Mendizábal RJA, Anzures LB; La familia y el adolescente. *Rev Med hosp Gen Mex* 1999; 62(3): 191-197
7. Kowalesky L, Mott LF, Sex, contraception and childbearing among high-risk youth: do different factors influence males and females? 1998;30(4):163-169.
8. Berenson BA, Wiemann MC, Rowe FT, Richert IV; Inadequate weight gain among pregnant adolescents: risk factors and relationship to infant birth weight *Am J Obstet Gynecol* 1997;176(6): 1220-1227.
9. Villanueva LA, Pérez FMM, Martínez AH, García LE; Características obstétricas de la adolescente embarazada *Gin y Obst Mex* 1999; 67: 356-360
10. Gould BF, Herrchenm B, Pham T, Bera S and Brindis C; Small-area analysis: Targeting High-risk areas for adolescent pregnancy prevention programs 1998; 30(4): 173-176.

11. Pinto e Silva J.L., Pregnancy during adolescence: wanted vs. Unwanted 1998;S151-S156.
12. Espinosa MA, Anzures LB; *Adolescentes Rev Med Hosp Gen Mex* 1999; 62(3): 210-215.
13. Saito M.I., Sex education in school: preventing unwanted pregnancy in adolescents 1998; S157-S160.
14. Card JC, Niego S, Mallari A, Farrell S, The program archive on sexuality, health & adolescence: promising "prevention programs in a box". *Family planning perspectives* 1996;28(5):210-220.
15. Espinosa MA, Anzures LB; Suicidio, homicidio y drogadicción en niños y adolescentes *Rev Med hosp Gen Mex* 1999; 62(3): 183-190
16. Ajuria GML, Dorantes ALM; Pubertad normal y maduración sexual precoz en niñas. Experiencia en el Hospital Infantil de México Federico Gómez de 1979 a 1997. *Bol Med hosp Infant Mex* 1999; 56(7): 401-409
17. Stevens SC, McAnarney RE, Further evidence of reproductive immaturity among gynecologically young pregnant adolescents. *Fertility and sterility* 1995;64(6).1109-1112.
18. Ravert AA, martin J, Family stress, perception of pregnancy, and age of first menarche among pregnant adolescents. *Adolescence* 1997; 32(126):261-269.
19. Frost JJ, Forrest DJ, Understanding the impact of effective teenage pregnancy preventio programs *Family Planning Perspectives* 1995;27(5):188-195
20. Donovan P, School-based sexuality education:the issues and challenges *Family Planning Perspectives* 1998;30(4):188-193.



16. ¿Desde que edad tienes relaciones sexuales?: /_/_/ años	16 /_/_/
17. ¿Cuántas parejas sexuales tienes? (1) Una (2) Dos (3) Tres	17 /_/_/
18. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido? (1) Una (2) Dos (3) Tres (4) Más de tres	18 /_/_/
19. ¿Te has embarazado antes?: (1) Sí (2) No	19 /_/_/
20. ¿Cuántas veces te has embarazado?: _____ (1) Partos _____ (2) Abortos _____ (3) Cesáreas _____	20 /_/_/ 20.1 /_/_/ 20.2 /_/_/ 20.3 /_/_/
21. ¿A qué edad te embarazaste por primera vez? /_/_/ años	21 /_/_/_/
22. ¿Querías embarazarte?: (1) Sí (2) No	22 /_/_/
23. ¿Tu pareja aceptó el embarazo?: (1) Sí (2) No	23 /_/_/
24. ¿Tu familia aceptó el embarazo?: (1) Sí (2) No	24 /_/_/
25. ¿Este embarazo fue planeado? (1) Sí (2) No	25 /_/_/
26. ¿Qué conducta tomaste al saberte embarazada? (1) Comentarle con mis padres (2) Salirme de casa, (3) No desear vivir (4) No saber que hacer (5) Comentarle con mi pareja	26 /_/_/
27. ¿Pensaste en el abortar alguna vez?: (1) Sí (2) No	27 /_/_/
28. ¿Tus padres alguna vez te sugirieron el aborto como una solución?: (1) Sí (2) No	28 /_/_/
29. ¿Intentaste abortarlo? (1) Sí (2) No	29 /_/_/
30. ¿Qué <u>utilizaste</u> para NO seguir con el embarazo?: (1) Pastillas, (2) Inyecciones, (3) Thé, (4) Otros (especifica): _____	30 /_/_/
31. ¿Ahora deseas tu embarazo?: (1) Sí (2) No	31 /_/_/
32. ¿Qué tipo de cuidados necesita un recién nacido (mencione tres)?: (1) _____ (2) _____ (3) _____	32 /_/_/
33. ¿Actualmente con quién vives?: (1) Sola, (2) Esposo, (3) Padres, (4) Parientes, (5) Amigos (6) Otros; especifica: _____	33 /_/_/
34. ¿Estás a gusto con la ayuda que recibes de tu familia, cuando tienes algún problema?: (1) Casi siempre (2) A veces (3) Casi nunca	34 /_/_/

35. ¿Platican entre ustedes los problemas que tienen en casa? (1) Casi siempre (2) A veces (3) Casi nunca	35 /__/
36. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa? (1) Casi siempre (2) A veces (3) Casi nunca	36 /__/
37. ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa? (1) Casi siempre (2) A veces (3) Casi nunca	37 /__/
38. ¿Sientes que tu familia te quiere?: (1) Casi siempre (2) A veces (3) Casi nunca	38 /__/
40. Edad de tu última pareja : /__/_ años	40 /__/
41. ¿Ultimo año que estudió?: (1) Primaria (2) Secundaria (3) Preparatoria (4) Licenciatura	41 /__/
42. En tu familia alguien fue madre soltera: (1) Sí (No)	42 /__/
43. ¿Qué utilizarías para <i>NO</i> embarazarte? _____	43 /__/
39. ¿A que edad se embarazó por primera vez tu mamá?: /__/_/ años	39 /__/