

11226



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADEMICA

Necesidad insatisfecha en adolescentes al final de  
un embarazo no planeado y características  
de la familia.

TRABAJO DE INVESTIGACION  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

PEDRO JULIAN ESPINOSA TORRES



IMSS

SALAMANCA, GTO.

2005

m344280



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.

*Necesidad insatisfecha en adolescentes al final de un embarazo no planeado y características de la familia*

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**PEDRO JULIAN ESPINOSA TORRES**

AUTORIZACIONES:

~~DR. MIGUEL ANGEL RAMÍREZ LOPEZ  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA  
MÉDICOS GENERALES EN SALAMANCA, GTO.~~

~~DR. MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ LÓPEZ  
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA  
MÉDICOS GENERALES EN SALAMANCA, GTO.~~

DR JORGE PATRICIO MEZA RODRÍGUEZ  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN  
E INVESTIGACIÓN MEDICA  
ASESOR DE TEMA DE TESIS

SALAMANCA , GTO.

2005

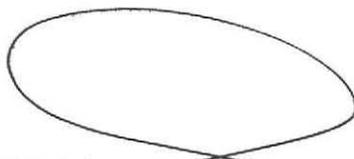
Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.  
NOMBRE: ESPINOSA TORRES  
PEDRO JULIAN  
FECHA: 20-05-05  
FIRMA: 

**Necesidad insatisfecha en adolescentes al final de un embarazo no planeado y  
características de la familia.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**PEDRO JULIAN ESPINOSA TORRES**



**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.



**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

## AGRADECIMIENTOS

Quiero hacer un especial agradecimiento al Dr. Jorge Patricio Meza Rodríguez y al Dr. Miguel Ángel Ramírez López por su amistad, su grandeza, sencillez y disponibilidad.

A mis padres por su apoyo  
con respeto y admiración, para el logro de esta meta

A mi esposa  
por su brillante idea  
para la terminación de esta nuestra meta

A mis hijos Abril y Alejandro  
como ejemplo  
para su vida futura

A mis hermanos  
Por su respeto y admiración .

y a todas aquellas personas que colaboraron para la culminación de este trabajo  
Gracias.

**TITULO Necesidad insatisfecha en adolescentes al final de un embarazo no planeado y características de la familia.**

## INDICE

<b>Titulo.....</b>	<b>1</b>
<b>Indice.....</b>	<b>2</b>
<b>Marco teórico.....</b>	<b>3 - 10</b>
<b>Planteamiento del problema.....</b>	<b>11-13</b>
<b>Pregunta de investigación.....</b>	<b>14</b>
<b>Justificación.....</b>	<b>15</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>16</b>
<b>Hipótesis.....</b>	<b>17</b>
<b>Metodología.....</b>	<b>18 - 20</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>21 - 25</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>26- 28</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>29</b>
<b>Referencias Bibliografías.....</b>	<b>30-32</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>33</b>

## **Marco teórico**

En 1999 Anrudh J cita que en los años 70, se medía la necesidad en planificación familiar de acuerdo con el conocimiento que tenía la mujer de los métodos de planificación familiar; la brecha entre el conocimiento o conciencia de la mujer y su práctica anticonceptiva era tomada como una indicación de la necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar. (1)

Sin embargo el termino necesidad insatisfecha como tal apareció en 1977 cuando Bruce Stokes citó datos sobre estudios de conocimientos actitudes y practicas en países en desarrollo y las encuestas de fecundidad en los Estados Unidos. (2)

### ***El concepto de necesidad insatisfecha en fecundidad***

Actualmente, la medición de la necesidad incorpora las **intenciones** expresadas por la mujer con respecto a la reproducción y algunas veces, con respecto al **uso de anticonceptivos y tiempo de reproducción**, desde estas perspectivas, el concepto de necesidad insatisfecha señala la distancia que media entre las intenciones de la mujer respecto de la reproducción y su comportamiento anticonceptivo que incluye razones o causas que de alguna manera interviene en sus expectativas sobre el tiempo e intención que tiene una mujer para planear sus embarazos y limitar el número de hijos, esta distancia representa un desafío a los programas de planificación familiar para alcanzar y atender a los millones de mujeres cuya actitud hacia la reproducción se asemeja a la de las usuarias de anticonceptivos pero que por alguna razón no practican la anticoncepción. (1, 3)

De acuerdo a las encuestas demográficas y de salud (EDS) en México el 53% de las mujeres casadas en edad fértil (MCEF) practican la anticoncepción y se estima que hubo una reducción en necesidad insatisfecha 29.8% en 1995 al 26.7% en 1997 (3,4).

Con el objeto de identificar sus causas, Lee Santos, estudió una muestra de 173 mujeres en edad fértil; encontrando como principales: el acceso limitado o poco eficiente de los servicios sanitarios, desconocimiento de los métodos anticonceptivos, temores a los efectos secundarios y existencia de barreras (obstáculos familiares) (5).

### ***Datos demográficos***

En 1996, América Latina y el Caribe tenían una población de 51 millones de jóvenes entre 15 y 19 años de edad y se proyectó que para el año 2000 a 52 millones, un 49% de mujeres adolescentes en la región representan más de la quinta parte de la población total.

En países como México, Honduras, Guatemala y Nicaragua casi un cuarto de la población pertenece al grupo de edad entre los 15 y 19 años, mientras que en Bolivia, República Dominicana, Ecuador, Panamá y Paraguay, más de la quinta parte de la población está representada por adolescentes (*Alan Guttmacher Institute, 1990-2000*) (6).

### ***Edad fértil y matrimonio***

En México la edad promedio de primera unión matrimonial es de 20 años para las mujeres y de 23.2 años para los varones (*INEGI, 1995*) (6) esto es muy significativo porque ante la falta de planificación familiar se agrega la probabilidad de tener un primer hijo entre un 30% al 50%, la proporción de las mujeres casadas es más alta en el área rural que en el área urbana (3-5).

### ***Fecundidad y embarazo adolescente***

La tasa de fecundidad específica de mujeres entre 15 y 19 años es alrededor de 140 nacimientos por 1,000 mujeres en el Salvador y Guatemala, y de 100 por 1,000 mujeres entre 15 y 19 años en Costa Rica, Honduras, México, Panamá y Venezuela. Solamente en Brasil, Chile y Colombia las tasas de fertilidad específicas están cerca de 60 por 1,000 mujeres entre 15 y 19 años, (2, 3)

### ***Embarazos no planificados***

Los niveles de embarazos no planificados entre las adolescentes en América Latina y el Caribe varían desde el 23% al 50%. De acuerdo con la información obtenida de las Encuestas Demográficas y de Salud, entre un 35% y 52% de los embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años no eran planificados en Bolivia, Brasil, República Dominicana, El Salvador, Perú y Trinidad y Tobago, mientras que Guatemala y Ecuador presentaron menor proporción 23% y el 30% respectivamente. (1-3).

### ***Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual***

Son muy pocas las parejas solteras que utilizan métodos anticonceptivos en el momento de la primera relación sexual. En una encuesta sobre el uso de métodos anticonceptivos en mujeres entre 15 y 24 años de edad en América Latina y el Caribe, reportaron prevalencia variable en uso de métodos anticonceptivos un 4% en Quito hasta un 43% en Jamaica. En el caso de los varones entre 15 y 24 años, el porcentaje de uso de algún método anticonceptivo con la pareja en la primera relación sexual varía del 14% en Quito y Guayaquil al 31% en la ciudad de México. (Morris, 1995). (1, 2)

En los varones, el uso de métodos anticonceptivos también aumentó conforme el

incremento de la edad, en ciudad de México este aumento es considerable en varones menores de 15 años, solamente un 16% reportó su uso, comparado con un 51% en varones mayores de 18 años, el condón masculino fue el método preferido en Costa Rica, Ciudad de México y Panamá, mientras que curiosamente en Brasil las mujeres manifestaron mayor confianza en el retiro que en el condón, que inclusive fue referido con menor eficacias para prevenir embarazo. *Martínez RA, (2,5,6).*

### ***Prevalencia anticonceptiva y necesidad insatisfecha.***

La demanda total de servicios de planificación familiar es definida como la suma de la prevalencia anticonceptiva y la necesidad no satisfecha de planificación familiar.

Según *The Alan Guttmacher Institute. Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives. Nueva York*, en 1998, el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que tienen relaciones sexuales y no desean embarazarse de inmediato pero por razones diversas no emplean ningún método anticonceptivo o uso en muy bajo porcentaje, aún así en México el porcentaje de mujeres entre 15 a 19 años actualmente casadas o unidas usan algún método anticonceptivo 29.7 % para todos los métodos (6).

### ***Conocimiento de métodos anticonceptivos***

Son evidentes las diferencias existentes entre los distintos países de la región, en el nivel del conocimiento sobre los métodos anticonceptivos modernos, en general, el conocimiento de algún método de planificación familiar en las mujeres unidas entre 15 y 24 años de edad es muy elevado en México del 91.5%. El Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que tienen conocimiento acerca de las píldoras, inyectables, DIU y condón en 1987 en México fue de 87% (7, 8, 9,10).

El conocimiento de los métodos parece estar bastante difundido en la región. Según datos de las encuestas nacionales de fecundidad, más de 70% de los adolescentes los conocían. Sin embargo, solo entre una cuarta y quinta parte de los jóvenes de entre 15 y 24 años pudo identificar el periodo fértil de la mujer (11,12).

Cabe mencionar que existe una brecha aún mayor entre las actitudes, los conocimientos y las prácticas. Con frecuencia, los jóvenes conocen los métodos pero no los utilizan en sus primeras relaciones sexuales. En general, el uso aumenta a medida que se estabiliza la frecuencia y la regularidad de las relaciones sexuales. Sin embargo debería existir cierta comunicación entre la pareja sobre el uso o no de anticonceptivos. (11, 12, 13,14)

#### *El medico familiar, el embarazo y la familia del adolescente*

Los profesionales de la salud, en especial, los médicos familiares deben aprender a identificar cuáles son los factores que influyen en una familia embarazada que decidió buscar ayuda profesional para recuperar o mantener su salud, el estudio de salud integral es útil para identificar aquellas etapas de mayor riesgo como lo es la adolescencia y la crisis que sufre ante la situación de la gestación, el médico debe desarrollar mayores habilidades en abordaje integral ya que forman parte del trabajo con familias que le permite al médico familiar mayor efectividad diagnóstica y terapéutica y mejor coordinación de la atención de los problemas de salud de sus pacientes. (15,16)

#### *Los riesgos del embarazo en la adolescencia*

El embarazo en cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser

considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea.

Es una cuestión ampliamente reconocida en el campo de la salud el hecho que la fecundidad presenta mayores riesgos asociados, tanto para la madre como para su hijo, cuando se ejerce en las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer. La mortalidad relacionada con la reproducción (materna, fetal tardía, neonatal e infantil) presenta tasas más altas en las madres menores de 20 y en las mayores de 35 años, lo que determina la clásica morfología descrita como "Curva en J" o "en V" en los países de mayores tasas de mortalidad en el grupo de menores de 20 años. (17)

En el período del parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que se han relacionado con un desarrollo incompleto de la pelvis materna. Esto determina una incapacidad del canal del parto, para permitir el paso del feto; estas distocias provocan aumento de los partos por cirugía (fórceps y cesáreas). Otra manifestación del desarrollo incompleto del aparato genital de la madre adolescente es la estrechez del "canal blando", que favorece las complicaciones traumáticas del tracto vaginal. Este hallazgo implica alto riesgo de lesiones anatómicas (desgarros), así como mayor probabilidad de hemorragias e infecciones en un terreno materno que puede estar comprometido por la desnutrición y las anemias previas. La estrechez de cualquiera de las dos porciones del canal del parto (ósea o blanda), implica un mayor peligro de parto traumático para el feto, que presenta amplia variedad y grado de severidad. (17)

Los riesgos médicos asociados con el embarazo en las madres adolescentes, tales como la enfermedad hipertensiva, la anemia, el bajo peso al nacer, el parto prematuro, la nutrición insuficiente, etcétera, determinan elevación de la morbimortalidad materna y un aumento

estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de edades entre 20-29 años. (18)

En las adolescentes el mayor riesgo comparativo observado no parece ser debido tanto a las especiales condiciones fisiológicas, si no más bien, a las variables socioculturales y a las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. Es frecuente que estos embarazos se presenten como un evento no deseado o no planificado, producto de una relación débil de pareja, lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición, por temor a la reacción del grupo familiar, lo que provoca un control prenatal tardío o insuficiente. (18)

Las afecciones maternas, perinatal y del recién nacido son más frecuente en las mujeres menores de 20 años y sobre todo, en los grupos de edades más cercanos a la menarquía (menor de 15 años). (19)

Es importante destacar que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73 % al 93 %). El primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica en la adolescente embarazada; por ejemplo, la preeclampsia o hipertensión inducida por la gestación muy común en gestantes adolescentes, la cual es más frecuente en embarazadas jóvenes, de bajo nivel socioeconómico, mala nutrición materna y en el primer embarazo, condiciones que reúnen con frecuencia las adolescentes embarazadas. (19)

Puede afirmarse que son numerosos los argumentos para decir que el embarazo en la adolescencia se comporta como de riesgo elevado, por lo que se hace necesario el desarrollo de políticas serias de salud y sobre todo, de educación sexual y sanitaria que se encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etéreo, lo que garantizará

un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su descendencia y una repercusión positiva en el desarrollo futuro de la sociedad (17-19)

## **Planteamiento del problema**

A pesar del mayor número de esfuerzos para reducir la incidencia del embarazo durante la adolescencia sigue siendo muy preocupante a escala nacional por sus consecuencias en la sociedad, la familia e individual en lo biológico.

La familia de la adolescente se afecta mucho en caso de un embarazo no planeado, los papeles de los miembros de la familia se modifican en las situaciones en que los abuelos y otras personas significativas asumen responsabilidades adicionales de tipo financiero y para el cuidado de los niños, la etapa de desarrollo de la madre adolescente influye en su dependencia con respecto a los miembros de la familia y en la adaptación familiar necesaria, sin embargo el apoyo económico y social aumenta el potencial para desarrollo psicológico de la adolescente y su satisfacción emocional al desempeñar el papel de “Madre”, pero a pesar de esto la mayor parte de las adolescentes embarazadas o que son madres eligen no casarse y permanecen dentro del contexto de la familia. Furstenberg y Crawford encontraron que 88% de las adolescentes permanecían así un año después del parto, cinco años después 70% de las madres no casadas seguían viviendo aún con sus familias originales, otros aspectos con relación a esta edad materna en el momento de la concepción es que se suele afectar el curso de su adolescencia, un embarazo no planeado tiene implicaciones diferentes para una estudiante de preparatoria de 18 o 19 años que para una estudiante de secundaria de 13 o 14 años. En general, las madres adolescentes tienen menos probabilidades de terminar el bachillerato, de asistir a la universidad, encontrar un empleo estable o poder mantenerse por sí solas con respecto a quienes tienen hijos cuando son mayores, las adolescentes que son madres, en general son muy pobres y dependen de la asistencia pública para obtener apoyo económico, es más probable que tengan más hijos,

que éstos nazcan con bastante frecuencia, y que formen hogares de padres solteros a diferencia de las mujeres que se embarazan después de los 20 años de edad.

Son muy pocas las parejas solteras que utilizan métodos anticonceptivos en el momento de la primera relación sexual. En mujeres entre 15 y 24 años de edad encuestados en América Latina y el Caribe, el nivel de uso de métodos anticonceptivos varía entre un 4% en Quito hasta un 43% en Jamaica. En el caso de los varones entre 15 y 24 años, el porcentaje de uso de algún método anticonceptivo con la pareja en la primera relación sexual varía del 14% en Quito y Guayaquil al 31% en ciudad de México. (Morris, 1995). (2).

Este último porcentaje tiende a coincidir con la proporción de necesidad insatisfecha en poblaciones de adolescentes, encontrando que estas son dos veces mayor que la registrada para la población de adultos, pese a los innegables riesgos que corren las jóvenes de entre 15 y 19 años. (5).

A pesar de los incrementos en el uso de los anticonceptivos, muchas mujeres jóvenes que declaran que su último embarazo no fue planeado o que lo quisieron evitar, no practican planificación familiar. En Ecuador existe un 33 por ciento de mujeres de 15 a 19 años cuya necesidad de planificación familiar es insatisfecha a pesar de los programas de planificación implantados en la mayoría de las ciudades. (6).

#### *La Adolescencia de las Adolescentes Embarazadas*

La maternidad es un rol del periodo adulto de la vida, cuando un embarazo sobreviene en esta etapa vital en el que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, todo el proceso se verá perturbado en diferente grado.

La mayoría de las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales muy desprotegidos. Y en las circunstancias en que estas jóvenes crecen, el proceso de adolescencia tiene características particulares.

Es común que deban asumir responsabilidades impropias en esta etapa de la vida, reemplazando a sus madres que salen a trabajar, viéndose privadas de las actividades que corresponden a su edad y confundiendo su rol dentro del grupo, pasando a ser una "hija-madre".

Al llegar a la adolescencia deberán lograr su propia identidad superando la confusión en la que han crecido.

También es común encontrar en la historia de las madres adolescentes figuras masculinas cambiantes que no ejercen un rol ordenador y de afectividad paterna, impidiéndoles adquirir confianzas y seguridad en el sexo opuesto, esto ocurre a veces aún sin el propio padre biológico.

Muchas veces, en su búsqueda de afecto o por temor a perder el que creen que tienen, se someten a relaciones con parejas que las maltratan y se han detectados casos de explotación sexual, para mantener un status de estabilidad.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importantes en sus vidas carentes de otros intereses: con escolaridad pobre, faltas de proyectos (laborales, de uso de su tiempo libre, de estudio), modelos familiares de iniciación sexual precoz, estimulación de los medios, inician a muy corta edad relaciones con chicos también muy jóvenes, con escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. (17-20).

El presente trabajo pretende identificar a las causas que inciden en el uso de metodología anticonceptiva en nuestro medio como parte de la segunda premisa de necesidad insatisfecha.

**Pregunta de investigación**

¿Qué causas de necesidad insatisfecha en planificación familiar tienen las madres adolescentes al final de su embarazo y cuáles son sus características familiares?

### **Justificación del estudio:**

Un porcentaje significativo de mujeres casadas cursando su adolescencia entre 15 y 19 años no desean un hijo inmediatamente, se estima que en los países en desarrollo mas de 100 millones de mujeres casadas o en unión libre tiene necesidad insatisfecha para espaciar o limitar los embarazos, en México entre 4 al 24% de las mujeres en edad fértil tienen necesidad insatisfecha en anticoncepción con repercusiones sociales, económicas, psicológicas y una familia adolescente que aun no supera a la crisis normativa de formación de pareja y ya presenta una nueva crisis que es la procreación y el cuidado de los hijos.

El presente trabajo pretende indagar cuales son las causas de necesidad no satisfecha, en una población de adolescentes al final de su embarazo y que características presentan sus familias adolescentes (2).

**Objetivos:**

1. Identificar las causas de necesidades insatisfechas en planificación familiar en madres adolescentes al final de su embarazo.
2. Describir las principales características de la familia de la adolescente embarazada.

### **Hipótesis conceptual**

Las causas de necesidad insatisfecha en planificación familiar y las características familiares difieren entre madres adolescentes al final de su embarazo.

## **Metodología**

### **Diseño**

Observacional, transversal y prolectivo.

### **Población**

Mujeres adolescentes derechohabientes de los Hospitales Generales de Zona con Medicina Familiar No. 2 y 3 del IMSS, Mayo 2004 a Septiembre 2004.

### **Criterios de inclusión**

Mujeres adolescentes (15 a 19 años) al final de un embarazo.

En puerperio postparto y /o cesárea y postaborto.

Independiente de su estado civil, condición socioeconómica, trabajo o escolaridad.

Con la intención de espaciar sus embarazos y no haber sido posible.

Consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión**

Pacientes en estado crítico.

### **Criterios de eliminación**

Pacientes que utilizaron planificación familiar y hubo falla directa.

Embarazo planeado.

## *Operacionalización de variables*

### **Variable dependiente.**

#### *Necesidad insatisfecha*

Para este trabajo si la adolescente refirió no utilizar ningún anticonceptivo a pesar de no tener intenciones de embarazarse en su etapa actual de pareja o al menos espaciarlo a dos años. Nominal.

### **Variables independientes**

*Acceso a los servicios*: Grado de facilidad que prestan los servicios de salud para su acceso y disponibilidad. Nominal.

*Conocimiento de los métodos anticonceptivos*: Información que recibió sobre el uso de metodología en planificación familiar al menos en su etapa marital. Nominal.

*Efectos secundarios*: Mención sobre los efectos secundarios de los métodos de planificación. Nominal.

*Barreras para su uso*: Oposición al uso de métodos de planificación por algún familiar u otra persona cercana a la familia. Nominal.

### **Procedimiento**

Se entrevistaron mujeres adolescentes entre (15 a 19 años) durante su puerperio en los Hospitales de Zona No. 2 y 3 del IMSS de Irapuato y Salamanca, Gto., durante Mayo a Septiembre del 2004 y se aplicó encuesta con los instrumentos: **Cebif I** y **Cuestionario de Necesidades Insatisfechas**; comentadas como relevantes y antecedentes ginecológicos por *Lee Santos y Macro Internacional 1996 (1,2)*.

Los instrumentos indagan sobre aspectos demográficos, estructurales y sociales de la familia, a demás de las causas de necesidades insatisfechas. El cuestionario se valido por ronda de expertos considerando el marco teórico.

Anexos 1, 2, 3.

**Muestra:**

Para una proporción con precisión absoluta específica con nivel de confianza del 95%, precisión absoluta, proporción de 30% y 10 puntos porcentuales (20-40), tamaño de muestra 81.

**Tipo de muestreo:**

No probabilística por cuota.

**Análisis estadístico:**

Descriptivas promedio e intervalos de confianza para edad, promedios para variables categóricas, tablas de frecuencia prueba binomial de una muestra para indicadores de necesidad insatisfecha bajo la proporción de 0.20 dado que es el promedio de lo referido en antecedentes y en América Latina,  $p < 0.05$ .

**Cuestiones éticas:**

Se solicitó el consentimiento informado verbal y se valoró con el comité ético de las Unidades, y no contraviene la Ley General de Salud en Materia de Investigación. (Anexo 3B).

## **Resultados:**

La muestra inicial calculada fue 81, pero se pudo entrevistar a un total de noventa mujeres adolescentes ( $n = 90$ ), el promedio de edad en años en la mujer fue de  $18.0 \pm 1$  (IC95% 17.8 a 18.2), y en su pareja fue  $21 \pm 2$  (IC 95% 20.5 a 21.6.6), no se presentó mortalidad en esta serie de pacientes.

Las características generales de la población de estudio son mostradas en la **Tabla No. 1**, la mayoría está casada (73.3%), ama de casa 77.8%, la ocupación de sus parejas predominó el de oficios (95.6%); la escolaridad de la mayoría de las mujeres fue de primaria (55.5%), mientras que los hombres 65% tenían secundaria o técnica.

La **Tabla No. 2**, presenta las características familiares; el 76% fueron tradicionales, 80% urbanas y extensas el 81.1%. Los resultados del cuestionario de antecedentes ginecológicos, mostraron un promedio de edad de inicio de la menarca de 11.6 años, las características ginecológicas se presentan en la **Tabla No. 3**, la mayoría tenía ciclos regulares (89%), siendo primigestas (69%), la terminación del embarazo por parto o cesárea fue muy similar (41 y 37%), una quinta parte de los embarazos terminaron en aborto, 18 % ya tenían antecedente de cesárea, la mayoría de las mujeres adolescentes estudiadas llevaron control prenatal.

El cuadro 1 de prueba binomial para la necesidad insatisfecha fue significativo  $p$  menor de 0.05 para las variables: de encontrar información sobre planificación, efectos secundarios por su uso y obstáculos para obtenerla.

**Tabla No. 1 Características generales de la muestra**

	Numero	Porcentaje	Valor de P
<b>Edad mujer</b>	18±1.0 (IC95% 17.8 a 18.2) años		
<b>Edad de la pareja</b>	21.1±2.6(IC 95% 20.5 a 21.6) años		
<b>Estado civil</b>			0.05
Casado	66	73.3%	
Soltera	24	26.7 %	
<b>Ocupación mujer</b>			0.05
Ama de casa	70	77.8 %	
Diferente al hogar	20	22.2 %	
<b>Ocupación de la pareja</b>			<0.05
Oficio	86	95.6 %	
Comerciante	2	2.2 %	
Profesional	1	1.1 %	
Técnico	1	1.1 %	
<b>Escolaridad Mujer</b>			0.05
Primaria	41	45.5 %	
Secundaria	34	37.8 %	
Técnica o mas	15	16.7 %	
<b>Escolaridad de la pareja</b>			0.05
Nula o incompleta	8	9 %	
Primaria	15	16 %	
Secundaria	48	44 %	
Técnica o mas	19	21 %	

Prueba de Ji cuadrada de bondad de ajuste para una muestra simple

Fuente. Cuestionario planificación familiar.

**Tabla No. 2 Características de tipología familiar**

	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Por desarrollo</b>		
Tradicional	<b>68</b>	<b>76%</b>
Moderna	<b>22</b>	<b>24 %</b>
<b>Desarrollo comunitario</b>		
Urbana	<b>72</b>	<b>80 %</b>
Rural	<b>18</b>	<b>20%</b>
<b>Estructura</b>		
Nuclear	<b>15</b>	<b>17 %</b>
Extensa	<b>73</b>	<b>81 %</b>
Extensa compuesta	<b>2</b>	<b>2 %</b>

**Fuente Cebif 1.**

**Tabla No. 3 Características ginecológicas**

	Numero n = 90	Porcentaje
<b>Ritmo</b>		
Regular	80	89 %
Irregular	10	11 %
<b>Embarazo</b>		
Uno	62	69 %
Dos	21	23 %
Tres	7	8 %
<b>Terminación del actual embarazo</b>		
Partos	37	41%
Cesáreas	33	37%
Abortos	20	22 %
<b>Antecedente de cesárea</b>	N = 33	
Cesárea de primera vez	27	82%
Cesárea de Segunda vez	5	15%
Tercera cesárea	1	3%
<b>Control de embarazo</b>		
Si	70	78%
No	20	32 %

Fuente Cuestionario de planificación familiar.

**Cuadro 1. Prueba Binomial de necesidad insatisfecha**

<i>Indicador</i>	<i>Observado</i>		<i>Proporción del test</i>	<i>Valor</i>	<i>Significancia</i>
Dificultad	Si	13	0.2	.118	ns
	No	77			
Ofrecimiento	Si	15	0.2	.255	ns
	No	75			
Recibir información	Si	71	0.2	.00	p< 0.05
	No	19			
Efectos secundarios	Si	55	0.2	.00	p< 0.05
	No	35			
Obstáculo	Si	76	0.2	.00	p< 0.05
	No	14			

## **Discusión:**

Los pacientes que se estudiaron corresponden al intervalo de edad comentados en la literatura mundial de  $18 \pm 1$  año que es considerada dentro de la clasificación, como Adolescencia tardía. En promedio la edad de las parejas fue mayor a la de las adolescentes entrevistadas, sin embargo puede considerarse una edad muy corta para inicio de relaciones con chicos también muy jóvenes, con escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal como lo menciona Elster AB y (18). Nuestras clínicas de atención medica del estudio mostraron parejas con estado civil legalmente constituidas (casados), aunque hubo un porcentaje significativo de madres solteras en un 26.7%, siendo un porcentaje menor al estudio comentado por Furstenberg y Crawford en el que la mayor parte de las adolescentes embarazadas o que son madres eligieron no casarse y permanecen dentro del contexto de la familia en un 88% durante el primer año posterior al embarazo.

El acceso a la vida productiva en las mujeres mexicanas se ha incrementado y en la muestra estudiada, un 22.2% laboran fuera de las actividades del hogar. Representando estas acciones modificaciones a los roles de la mujer durante el periodo de adolescencia, secundario a que se ven con necesidades de solventar problemas de tipo económico que les lleva el tener un embarazo, tal como se expresa en su teoría Alatorre.

La tipología de las familias adolescentes con embarazo o con postparto, estudiadas se caracterizo por ser del tipo urbano, extensa y tradicional, en el que se establecen vínculos de apoyo con sus familias de origen.

El desarrollo anatómico y funcional de la mujer adolescente, se ve alterado ya que hay un inicio temprano de la vida sexual y esta es sin protección contra el embarazo, presentándose incremento en la terminación de estos por cesárea en un 37% o en aborto en un 22%, confirmándose el incremento aproximado de un 60% de embarazos de riesgo

para la madre Adolescente. Es importante destacar que diversos autores (20) señalan que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73 % al 93 %), en el estudio se encontró que el 69% de las entrevistadas fueron primigestas, pero también se detectó presencia de secundigestas y trigestas que puede ser debido a necesidades insatisfechas desde su inicio de la vida conyugal tal como se señala en la literatura Alatorre, (12).

Por otro lado llama la atención en esta serie de pacientes que llevaron control del embarazo en un porcentaje alto (70 %), Elster y Castro Santoro R (17,18) señalan los riesgos médicos asociados con el embarazo en las madres adolescentes, tales como la enfermedad hipertensiva, la anemia, el bajo peso al nacer, el parto prematuro, la nutrición insuficiente, etcétera, todos determinan elevación de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de edades entre 20-29 años la presencia del adolescente en control prenatal en este estudio permitió atender estos determinantes de la salud y en la serie de estudio no se presentó mortalidad alguna y también permite que se incrementen las posibilidades de ofrecimiento de planificación familiar.

En cuanto a la manifestación de necesidades insatisfechas de planificación familiar al tomar los parámetros estudiados en la prueba binomial y compararla con una proporción de 20% de la necesidad insatisfecha reportada como promedio en la literatura, se encontró que las mujeres tuvieron acceso limitado a la información sobre métodos de planificación familiar y efectos indeseables; problemas de obstáculos, sobre esto último aún hay personas que se oponen a su uso o bien valores que en este estudio no pudieron ser analizados. Este resultado debe tomarse como un criterio parcial, y que pueda influir para tomar una decisión y firmar la autorización del consentimiento para la aplicación de un método de control.

En cuanto a la falta de información, puede interpretarse como de poca participación en los procesos de educación medica por las demandantes y el propio personal de salud

**Conclusiones:**

Se encuentra que dadas las condiciones actuales, el problema de la sexualidad y la reproducción así como las implicaciones que llevan este periodo en el Adolescente y sus familias son muy complejos.

Siendo importante que las acciones a seguir, sean llevadas a cabo a través de la Educación y capacitación de las familias para que apoyen un desarrollo adecuado de la adolescencia, con inicio desde la infancia de sus hijos.

Se realice mayor información, a los adolescentes sobre los métodos de planificación y sus efectos, con orientación a sus derechos para tomar la decisión y consentimiento que determine la libertad de su sexualidad; con mayor acceso a los centros de Salud y atención prioritaria por parte del personal que en él labora.

## Bibliografía

1. Anrudh J. ¿Debería seguir siendo una prioridad la eliminación de la necesidad insatisfecha en anticoncepción? *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar (Fam. plannn pespective)*, número especial de 1999: 31-36
2. Stokes B. Filling family planning gaps. *Population reports, series Jnop 20*. Baltimore. John Hopkins school of public health. *Population Information Program* 1978;22.
3. La situación demográfica en México. Veinticinco años de Planificación familiar en México <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/1999>.
4. Lee - Santos I. Causas de necesidades insatisfechas en planificación familiar. *Rev. Med IMSS*, 2003; 41 (4): 313-319
5. The Alan Guttmacher Institute. *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. Nueva York, en 1998,.
6. INEGI 1995
7. Camacho VA. Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe: Revisión bibliográfica, Serie OPS/FNUAP No. 12 1988-1998.
8. Morris L. Estimating the need for family planned services among unwed teenager. *Fam plann pespective* 1974; (2): 91-97.

9. Martínez RA, Villaseñor FM, Celis de RA. El condón masculino y su eficacia. Rev. Med.IMSS 2002; 40 (1):35-41
10. FUSTENBERG Y Crawford
11. Yamada DJ, Herrera CM, Cota CF, Nuñez MM, Guzmán OR. Salud Sexual y reproductiva en adolescentes del área rural. Eficacia de la capacitación. Rev Med IMSS 2002; 40(82): 137-143.
12. Alatorre RJ, Atkin LC. El embarazo adolescente y la pobreza en: Bonfil y Vania Salles (de) Mujeres pobres, Salud y trabajo. México Gimtrap, 1998. Pp 13-30.
13. [www.unfpa.org/report/2003/esp/2chapter.htm](http://www.unfpa.org/report/2003/esp/2chapter.htm), Salud Reproductiva de los Adolescentes.
14. [www.geocities.com/~jguymuse/precoz.html](http://www.geocities.com/~jguymuse/precoz.html), Maternidad Precoz, Un estudio sobre un problema sociológico en el Ecuador.
15. Irigoyen CA, Morales LH, Sosa DS, Martínez MF, HernándezTI, Mazon RJ. Los estudios de salud familiar y su impacto en la práctica médica. Arch. Med. Fam 2002; 4 (1):18-21
16. Garza- Elizondo T, Ramírez-Aranda J Proceso para llegar a ser enfermo y paciente: una perspectiva desde la medicina familiar Arch Med Fam. 2004; 6 (2): 57-60
17. Jorge Peláez Mendoza Adolescente embarazada: características y riesgos Rev Cubana Obstet Ginecol 1997;23(1):13-17

18. Elster AB, Lamb ME. The medical and psychosocial impact of a comprehensive care on adolescent pregnancy and parenthood. JAMA 1987; 258:1187-92.
19. Castro Santoro R, et al. Preeclampsia pura en adolescentes embarazadas. Perinatol Reprod 1989;2/2(3-8):
20. Situación de la adolescente y la maternidad Ciudad de Comandante FontanaChaco.Monografias.com  
<http://www.monografias.com/trabajos12/adoma/adoma.shtml>
21. Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202-4012, USA
22. Volumen XXV, Número 4Diciembre de 1997Serie M, Número 13

## Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF-1) Arch. Med. Fam. 1999; 1(3); (67-72)

Instrumento de captación de datos

FOLIO

El presente trabajo tiene la finalidad de estudiar el ámbito familiar en pacientes, es parte de su atención y ayuda a UD y al médico en el abordaje de sus problemas, es completamente voluntario y no se encuentra de ninguna manera obligado, tampoco contraviene los principios de la Investigación ética.

Familia

Conteste en esta columna

Estado Civil (1) Casado (2) Unión Libre

Años de unión conyugal

Nombre de la persona que responde el test

Edad en años cumplidos

Genero (1) Masculino (2) Femenino

Escolaridad (1) Nula (2) Primaria (3) secundaria (4) Preparatoria o profesional

Numero de Hijos que viven con Usted

Tipo de Familia Por su desarrollo (1) Moderna (2) Tradicional

Por su desarrollo Comunitario (1) Urbana (2) Rural

Estructura (1) Nuclear (2) Extensa (3) Extensa compuesta

Ocupación actual (1) Jubilado (2) Comercio (3) Profesional (4) Técnico (5) Oficio (6) Discapacitado

Etapa del ciclo vital Familiar (1) Expansión (2) independencia (3) Dispersión (4) Retiro

Observaciones:

**ANEXO No. 2****Cuestionario sobre necesidades en planificación familiar****FOLIO** \_\_\_\_\_

*El presente estudio trata de indagar sobre las necesidades insatisfechas que tiene una madre adolescente como Ud. en relación a metodología anticonceptiva, es participación voluntaria de ninguna manera se le hará forzar a que Ud. lo conteste, solo le pedimos que en caso de aceptar, conteste lo mas preciso.*

1. Edad en años cumplidos \_\_\_\_\_
2. Estado civil casada (1) Soltera (2) otro (3) \_\_\_\_\_
3. Escolaridad Incompleta o menos (1), primaria (2), secundaria (3), técnica u otra (4) \_\_\_\_\_
4. Ocupación : Ama de casa (1) trabaja diferente al hogar (2) \_\_\_\_\_
5. Edad esposo en años cumplidos \_\_\_\_\_
6. Escolaridad del esposo Incompleta o menos (1), primaria (2), secundaria (3), técnica u otra (4) \_\_\_\_\_
7. Años de casados o meses \_\_\_\_\_
8. Edad Inicio de vida sexual \_\_\_\_\_
9. Uso de algún anticonceptivo antes de casarse Si (1) No (2) \_\_\_\_\_
10. Edad de la Menarca \_\_\_\_\_
11. Ritmo (1) Regular (2) irregular \_\_\_\_\_
12. Numero de : Gesta \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_ Aborto \_\_\_\_\_
13. Control prenatal Si (1) No (2) \_\_\_\_\_
14. Encuentra dificultad para obtener algún método anticonceptivo en alguna unidad de salud Si (1) No (2) \_\_\_\_\_
15. Se le ofreció algún método anticonceptivo recientemente Si (1), No (2) \_\_\_\_\_
16. Recibió información sobre algún método anticonceptivo por personal de salud enfermera o medico al menos en una ocasión durante su actual vida marital S(1) No (2) \_\_\_\_\_
17. Se le mencionó alguna vez los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos o se los confirmo un médico (1) Si (2) No \_\_\_\_\_
18. Hubo algún obstáculo de algún familiar o persona cercana para el uso de la anticoncepción Si (1) No (2) \_\_\_\_\_
19. Alguna otra opinión por parte de Ud. \_\_\_\_\_

**ANEXO 3 B**

**Consentimiento Informado para participación en Proyectos de Investigación Clínica.**

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Por medio de la presente autorizo que mi \_\_\_\_\_

Participo en el proyecto de investigación titulado \_\_\_\_\_

Registrado ante el Comité Local de Investigación con el número \_\_\_\_\_

El objetivo de este estudio es: \_\_\_\_\_

Se me ha explicado que su participación consistirá en \_\_\_\_\_

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de su participación en el estudio que son los siguientes: \_\_\_\_\_

El investigador principal se ha comprometido a darme información sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para su tratamiento así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con su tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirar a mi representado(a) del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe del instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se identificara a mi representado(a) en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con su privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Investigador principal

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Testigo