



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

T E S I S

**FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES EN EL POBLADO C-20, H.
CARDENAS , TABASCO 2007**

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

LAURA ALVAREZ HERNANDEZ

ASESOR

MCE.MIGUEL ANGEL LOPEZ ALEJANDRO

VILLAHERMOSA, TABASCO

ABRIL 2008



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.

**FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES EN EL POBLADO C. 20**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

POR:

DRA. LAURA ALVAREZ HERNANDEZ

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

**FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES EN EL POBLADO C. 20**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

POR:

DRA. LAURA ALVAREZ HERNANDEZ

DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA
SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

QUIM. SERGIO LEÓN RAMIREZ
COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE CALIDAD Y ENSEÑANZA DE LA
SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

DR. CARLOS ARAGON LOPEZ
JEFE JURISDICCIONAL JURISDICCION, # 02
H. CARDENAS, TABASCO

**FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES EN EL POBLADO C. 20**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

POR:

DRA. LAURA ALVAREZ HERNANDEZ

DR. JORGE LUIS ESCOBAR

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN CARDENAS, TABASCO.

MCE. MIGUEL ANGEL LOPEZ ALEJANDRO
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
(CARGO)

INDICE

Contenido	Páginas
MARCO TEORICO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
JUSTIFICACION	16
OBJETIVOS GENERAL	19
OBJETIVOS ESPECIFICOS	19
METODOLOGIA	20
POBLACION LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	20
TIPO DE MUESTRAY TAMAÑO DE LA MUESTRA	20
INSTRUMENTOS	22
METODOS O PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACION	22
CONSIDERACIONES ETICAS	23
RESULTADOS	25
DISCUSION	33
CONCLUSION	35
RECOMENDACIONES	35
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	36
ANEXOS	
ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	40
ANEXO 2 FICHA DE RECOLECCION DE DATOS E INDICE DE BRONFMAN	41
ANEXO 3 OFICIO DE AUTORIZACION	43

MARCO TEORICO

El grupo de los adolescentes constituye un campo de estudio sumamente importante, porque representa la edad en que se inicia la vida sexual activa. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la etapa comprendida entre los diez y los diecinueve años de edad. Debido al cambio radical y definitivo en sus conceptos de vida, familia y sociedad, la adolescencia tanto para mujeres como para hombres es una época de transición en todos los aspectos: social, psicológico, físico y sexual. Pero resulta de especial importancia en el caso de las adolescentes, porque ellas son las que podrían embarazarse y de esta forma facilitar la presencia de complejos problemas personales. Aunque la adolescencia se considera una etapa de la vida plena de salud, durante este periodo puede existir una morbilidad excesiva. El adolescente convive con importantes factores de riesgo, los cuales en gran medida le son desconocidos, puede estar en condiciones de mantener actitudes no saludables respecto a estos y convertirlos en habituales conductas de riesgo (Decherney H. 2001).

El interés que manifiestan los adolescentes por el otro sexo, los conduce a tomar decisiones que, por falta de experiencia e información, no siempre son responsables, reconociendo, que en este periodo de transito de la niñez a la adultez se forman nuevos patrones de conductas que pudieran durar toda la vida (Valdés 2001).

El medio de socialización y las personas con las cuales se convive durante la adolescencia, juegan un papel fundamental en la educación, y en la formación y transmisión de valores acumulados por la sociedad en su devenir histórico, los cuales definen sus percepciones y comportamientos en lo relativo a los ideales reproductivo y a la conducta sexual, sin embargo, nos resulta alarmante que casi la mitad de los adolescentes estudiados, viven solamente con uno

de sus padres con la madre fundamentalmente a lo cual pudiera atribuírsele, que una gran proporción de ellos podría ser hijos de padres divorciados. Por su parte, este divorcio repercute de diversas formas en los adolescentes. Como principal consecuencia se encuentra la afectación en la comunicación entre padres e hijos (Valdes 2001).

Se entiende por embarazo en la adolescente a todo tipo de concepción ocurrida antes de los 20 años de edad. Al estudiar los factores o circunstancias que dan lugar al embarazo en la adolescencia, se hace alusión a los acontecimientos que, en el entorno inmediato, participaron para que ocurriera, Semmens señalo que en un principio se creía que tal evento ocurriría como consecuencia de una debilidad mental o pérdida de la capacidad del juicio. O bien que se buscaba el embarazo como una estrategia para conseguir el afecto de la pareja. También se encontró como un elemento de causa el rechazo a la preocupación exagerada de los padres por la virginidad de la hija. Más tarde se interpreto como la consecuencia directa del mal trato recibido en el hogar y de la búsqueda de una independencia ante las obligaciones con los hermanos menores. Por ultimo y en ultima vinculación con el aspecto anterior, se encuentra el hecho de que se ha vuelto cada vez mas frecuente (aunque no tan generalizado como se piensa) el fenómeno de las madres solteras, a diferencia del pasado, cuando la gran mayoría de los embarazos que ocurrían entre adolescentes solteras conducía en pocos meses a una unión o matrimonio, ya fuera voluntario o forzoso (Eggleston 2000).

Diferentes autores coinciden en que la adolescente soltera que se embaraza, experimento eventos sociales y psicológicos que promovieron una mayor receptividad para el contacto sexual y que además tiende a presentar ausencia del deseo de embarazarse (Eggleston 2000).

A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo un impedimento para mejorar las condiciones educativas, económicas y sociales de la mujer. En el caso de las jóvenes, el matrimonio y la maternidad precoz limitan en alto grado las oportunidades de educación y empleo (Carreon 2000).

El embarazo en la adolescencia es una de las preocupaciones médicas más importantes derivadas de la conducta sexual de las jóvenes, como resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, sin el uso de los anticonceptivos, lo cual aumenta considerablemente los embarazos en adolescentes en las últimas décadas (Carreon 2000).

En otros sentidos mucho se ha estudiado internacionalmente y nacional, sobre la percepción de riesgo de un embarazo temprano o antes de los 20 años (Valdes 2001).

Mundialmente hay un incremento poblacional desmesurado, particularmente en Latinoamérica, donde el incremento en la reproducción se ve mas frecuente en mujeres jóvenes económicamente comprometidas y dependientes (Díaz 2002)-

El adolescente de hoy en día tiene mayores posibilidades de enfrentar el fenómeno de un embarazo, deseado o no, lo cual acarrea todo una serie de problemas. Para poder comprender mejor lo dramático de la situación debemos recordar que alrededor del 50% de las adolescentes entre 15 y 19 años, tienen vida sexual activa. Hay autores que plantean un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19. Por otro lado, el 25% de la tasa de adolescentes con experiencia sexual se embarazan y ocurre el 60% de estas gestaciones en los primeros 6 meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales. Además debemos añadir que alrededor del 35% de las madres adolescentes son solteras y que el 50% de las madres solteras son adolescentes; si añadimos que el 60 y el 70% de estos embarazos no son deseados, podemos comprender los efectos psicosociales de este fenómeno (Díaz Sánchez 2003).

El reconocimiento del riesgo que representa el embarazo para la adolescente ha dirigido la atención de obstetras, y psicólogos hacia ese sector de la sociedad (Díaz Sánchez 2003).

Se estima que en los países en desarrollo aproximadamente el 20% a 60% de los embarazos son no deseados, y que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad (Ruiz 2000).

La atención de adolescentes embarazadas necesita de programas basados en el riesgo obstétrico y perinatal. La determinación de estos riesgos de morbilidad deberán ser aplicados antes de la ocurrencia de los episodios de enfermedad, en forma predictiva (Ruiz 2000).

En la atención de la salud del adolescente, los aspectos relativos a la fecundidad entre los jóvenes es un problema prevalente, tanto para países desarrollados como en desarrollo (Soto 2003).

La incidencia de embarazos adolescentes varía dependiendo la región y del grado de desarrollo del país estudiado. En Estados Unidos, anualmente cerca de 1 millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12.8% del total de los embarazos, en países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente 15.2% en Chile, y del 25% en el caso de El Salvador, Centroamérica, pudiendo llegar a cifras tan elevadas como del 45% del total de embarazos en algunos países africanos. La última estadística presentada por el ministerio de Salud de Chile informa que durante el año 1999 hubo un total de 250.674 partos, de los cuales 40,439 fueron en pacientes menores de 20 años, lo que corresponde a un 16.1% del total. Es interesante destacar que la prevalencia varía incluso entre los diferentes servicios de salud de nuestro país (Ruiz 2000).

La familia cubana en la mayoría de los casos ha prestado más atención a las adolescentes embarazadas para evitar que estas interrumpan sus estudios, e incluso, luego del parto han

asumido la crianza de este niño (Valdes 2001).

En Chile, la mayoría de los adolescentes de ambos sexos reconocieron la existencia de riesgo, de los cuales la mayor proporción considera que esto les representaría un problema para continuar y terminar sus estudios. Sin embargo, la mayoría de los adolescentes de nuestros estudios se han referido a " Los riesgos para la salud ", a los cuales se exponen las chicas, argumentando la inmadurez biopsicosocial que tienen ellas en este periodo de la vida (Valdes 2001).

En Colombia se ha documentado que las madres adolescentes presentan peores indicadores de salud materno infantil que las de mayor edad. Se estudiaron las variables independientes como la edad, estado civil, residencia urbana o rural, nivel socioeconómico y paridad, las variables dependientes fueron bajo peso al nacer, atención prenatal oportuna y tenencia de la tarjeta e vacunación. Se encontró que en Colombia la mayoría de las mujeres embarazadas o bien recibían atención prenatal de un medico o no recibían atención alguna, muy pocas acudieron con una partera, enfermera u otro personal de salud. En las adolescentes embarazadas la posibilidad de tener un hijo con bajo peso al nacer fue más alta que en las mujeres de 20 a 24 años. Sin embargo, estos dos grupos de mujeres tuvieron resultados similares en las variables del comportamiento (atención prenatal, atención prenatal oportuna, y tenencia de la tarjeta de vacunación), a e excepción de que hubo mas adolescentes que no tenían la tarjeta de vacunación. Por otra parte, estos indicadores fueron mejores en las madres casadas en comparación con las mujeres solteras, viudas, separadas en unión concensual o divorciadas. En conclusión, el embarazo de una adolescente debe considerarse de alto riesgo, no solo por falta de desarrollo de su sistema reproductivo sino también por sus características de comportamiento. El riesgo es aun mayor cuando la futura madre no se encuentra legalmente casada, tiene dos o más

hijos, no viven en una zona urbana, es de bajos ingresos y tiene poca educación formal (Nuñez 2003).

En México actualmente se registran aproximadamente 430,000 embarazos anuales en adolescentes. Esto ha dado como resultado que en los últimos quinquenios el embarazo en adolescentes haya aumentado significativamente y que muchos de estos embarazos presenten problemas debido a que la madre adolescente tiene limitación de oportunidades educativas, rechazo del entorno familiar e inmadurez biopsicosocial. La conjunción de estos factores incidirán de manera adversa tanto en la salud materna, como en la relación madre – hijo y finalmente en el potencial logro de sus expectativas de realización humanas (Nuñez 2003).

El inicio precoz de la actividad sexual sin protección anticonceptiva es causa de los embarazos a temprana edad, constituyendo un serio problema de salud pública. Por otra parte se ha demostrado que la aplicación de adecuados programas de salud específicamente dirigidos a adolescentes embarazadas, previenen las complicaciones de las patologías del embarazo, parto y recién nacido detectada precozmente (Nuñez 2003).

Sin embargo, existe duda acerca de los criterios de selección y manejo de las adolescentes embarazadas. Algunos consideran como de alto riesgo obstétrico y perinatal a cualquier embarazo en solteras menores de 19 años. Otros no están de acuerdo con este criterio y consideran que no todas las adolescentes embarazadas constituyen un grupo de riesgo, pero encuentran dificultades para aplicar criterios que permitan clasificarlas según riesgos (Nuñez 2003).

La aplicación de criterios de riesgo predictivo en jóvenes embarazadas, facilitaría la utilización racional de los recursos de salud de acuerdo con la organización propia y la realidad de los servicios disponibles (Nuñez 2003).

El embarazo en adolescentes es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual. Convirtiéndose en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad (Ruiz 2000).

La población adolescente de México representa un quinto de la población en el país, lo que supone la oportunidad de desarrollo social y económico que garantice el crecimiento sustentable de la nación. Para que se cumpla este supuesto es indispensable que el capital humano se prepare tanto en el aspecto académico como en el humanista. La adolescencia es una etapa de la vida de grandes oportunidades pero también es altamente vulnerable, las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva son trascendentes para el desarrollo futuro de los individuos, de sus hijos e hijas y de sus parejas (Ayala 2001).

La adolescencia es considerada por diferentes autores como una etapa crítica, difícil, de crisis. La revista dominical venezolana "Estampas" de mayo de 1991, describe "Los expertos no se ponen de acuerdo, mientras los ginecólogos advierten que estadísticamente el momento ideal para ser madre está en la tercera década de la vida de una mujer, es decir entre los 20 y 29 años, los psicólogos dicen que la maternidad es compromiso y que para adquirir ese compromiso es mejor haber llegado a la madurez, entre los 35 y 40 años" (Calero 2001).

El inicio de la vida sexual es un acontecimiento que influye de una manera muy importante la vida de las y los jóvenes. Particularmente, entre las mujeres, la secuencia unión-

actividad sexual-reproducción no siempre sigue este orden, pero si es determinante para el desarrollo futuro de la adolescente la secuencia y el calendario en que ocurren. (Ayala 2001)

En los grupos sociales con mayores carencias, el inicio de la vida sexual responde en mayor medida a patrones de nupcialidad temprana, por lo que ambos eventos suelen ocurrir casi simultáneamente. La experiencia con menores niveles de escolaridad indican que alrededor de los 18 años se unen en pareja e inician su vida sexual y tan solo un año después experimentan el nacimiento del primer hijo [19 años] (Ayala 2001)-

Un poco mas de la mitad de los jóvenes (55%) refieren que ya han tenido relaciones sexuales, y su edad de inicio se encontró en el rango de 15 a 19 años (Ayala 2001).

La baja escolaridad en México ha sido un indicador que resume situaciones de pobreza y de falta de acceso a los servicios de salud. Se argumenta que el embarazo hace proclive a la mujer a abandonar la escuela, sin embargo Stern sostiene que es el abandono temprano de la escuela y otras condiciones asociadas con la pobreza lo que deja a la mujer adolescente ante pocas alternativas de desarrollo, y que eso es lo que la hace proclive a la maternidad temprana(Díaz 2002).

El ejercicio de las prácticas sexuales en los adolescentes sin el uso adecuado de la metodología anticonceptiva, propicia la mayoría de las ocasiones un embarazo no planeado ni deseado, es donde se aprecia una incongruencia entre el conocimiento de los métodos anticonceptivos y su uso practico (Leon 2002).

Se diseño un estudio de casos y controles, pareado, de base institucional, observacional, retrospectivo, transversal, protectivo, comparativo, ciego simple, multicentrico, con adolescentes derechohabientes en etapa puerperal inmediata del IMSS, atendidas en las unidades con servicio de Obstetricia de las delegaciones de tabasco, Tlaxcala y Veracruz Norte que se ajustaron a los

criterios de selección de la muestra, en el periodo comprendido entre junio de 1998 y febrero de 1999. Demostrando el análisis que en los últimos años, sobre todo en presente década, se ha hecho énfasis en la investigación de la sexualidad, el evento obstétrico y la crianza de los hijos de las adolescentes. Los resultados del presente trabajo muestran una asociación entre los factores socioculturales y la presencia de morbilidad y/o mortalidad materna y perinatal en las adolescentes estudiadas. De estas condiciones, la información reproductiva apropiada, la fecundidad acumulada y el embarazo deseado son factores de protección para la morbilidad y/o mortalidad materna y perinatal (Eggleston 2000).

Sin embargo, algunas condiciones de morbilidad materna encontradas en el presente estudio, como la amenaza de aborto, el aborto, la amenaza de parto prematuro y la ruptura prematura de membranas (54.19% del total de causas de morbilidad), pueden estar relacionadas con las actitudes de la adolescente en torno a la reproducción y en especial a la sexualidad, relación que excede los alcances del presente trabajo y que plantea la necesidad de nuevos campos de investigación futura (Eggleston 2000).

En el periodo comprendido de febrero a agosto del año 2001 en la unidad de medicina familiar no. 66 de Xalapa, Veracruz, México se realizó un estudio, como resultado, todas las adolescentes provenían de familias de clase media urbana, con derecho a recibir atención médica en una institución de seguridad social. El 80% de las adolescentes embarazadas y de sus controles provenían de familias nucleares, con padres casados en el 55% de los casos y en el 72% de los controles. Como jefe de familia se identificó al padre en el 57% de los casos y en 81% de los controles, la ocupación del padre de familia se concentró en empleados y obreros en el 36% y 26% respectivamente (Eggleston 2000).

La estratificación por edad reveló que las adolescentes embarazadas de 14 a 15 años fueron las menos afectadas, habían presentado la menarquia entre los 10 y 12 años en el 50%.

El Inicio de vida sexual activa entre los 16 y 19 años (85.6%), con nivel educativo bajo, en su mayoría de ellas tuvo su primera relación sexual con hombres cuatro a once años mayores que ellas, prevaleciendo el estado civil de casadas (Eggleston 2000).

Los factores que mostraron una fuerte asociación con el embarazo en adolescentes fueron: hacinamiento, nivel socioeconómico bajo y la escolaridad de menos de seis años de estudio, otros factores involucrados fueron las condiciones de la vivienda, la educación sexual y el conocimiento de planificación familiar (Eggleston 2000).

Es preciso tener en presente que el embarazo en la adolescencia determina serios problemas de índole biológica, psicológica y social en la joven gestante. Por lo que el médico, dentro del personal de nivel superior del Sistema Nacional de Salud es considerado por la población como el informante y orientador más calificado en todos los asuntos que se refieren a la sexualidad humana. Casper considera que la interacción familiar puede ser efectiva con los adolescentes para el uso del anticonceptivo o selección del aborto, pero no de su actividad sexual, por lo tanto, para la prevención del embarazo influyen la religión, la educación, la edad del adolescente y el ingreso familiar (Calero 2001).

Un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud propuso que “La salud familiar es algo más que la suma de la salud individual de todos los miembros de una familia, ya que toma en consideración las interacciones complejas que se establecen en su seno, así como las de las familias con la sociedad y el medio que los rodea (Apodaca 2002).

Conociendo la importancia que tiene esta definición y que la medicina en la comunidad tiene como objetivo fundamental la prevención, se hace necesario brindarle a la población en

edad fértil y con algún riesgo, el modo de controlar la fecundidad. Se crea así la actividad de planteamiento familiar y de anticoncepción, como un instrumento de trabajo en el riesgo preconcepcional y que con la participación del médico de la familia adquiere su mayor dimensión, para convertirse en una estrategia de salud, ya que tiene como fin proteger y mejorar la salud de la familia y de la comunidad (Apodaca 2002).

Desde finales de 1994 la Secretaría de Salud (SSA) ha trabajado en el desarrollo de programas que brinden los servicios de salud necesarios a las mujeres. Para tal efecto el programa de atención de Salud Materno- infantil y el de planificación familiar se fusionaron formando el programa de Salud Reproductiva, en el cual se trata de incluir el concepto de género para poder responder a los requerimientos de la población femenina. El programa de Salud reproductiva, en el cual se trata de incluir el concepto de género para poder responder a los requerimientos de la población femenina. El programa de Salud Reproductiva tiene como objetivo el brindar información y servicios de salud para contribuir a que los individuos y las parejas disfruten una vida sexual y reproductiva satisfactoria. Los componentes del programa son tres: planificación familiar, salud perinatal, que incluye salud reproductiva y prevención de defectos congénitos y salud de la mujer con los servicios de cáncer-cervico-uterino y mamario y mortalidad Materna (Apodaca 2002).

Dentro de este programa se incluyen actividades dirigidas a la salud de las adolescentes, ya que estas constituyen un grupo de riesgo para conductas reproductivas y sexuales poco saludables, y que impactan en forma directa su potencial de desarrollo. (Apodaca2002)

Entre los objetivos específicos que existen dentro del programa de salud reproductiva dirigidos a adolescentes están el de coadyuvar a la difusión de la paternidad responsable, incorporando al varón con énfasis en los adolescentes; proporcionar a la población adolescentes

educación sobre salud Reproductiva; y coadyuvar a la prevención del embarazo en adolescentes, así como apoyar a la adolescentes embarazadas en prevenir nuevos embarazos (Apodaca2002).

Estados Unidos.- Actualmente los programas se basan en principios generales y en una definición más amplia de salud de la mujer, la cual va mas allá de la capacidad reproductiva de la mujer, incluyendo factores psicosociales y de conducta. Los factores ambientales que influyen en la salud de la mujer también han sido considerados (Apodaca2002).

En un estudio realizado en la Comarca del Mar Menor y Campo de Cartagena 1.-se encontró que la mayoría de las embarazadas adolescentes, así como sus padres, tiene un nivel de instrucción bajo o son analfabetas, están adscritas a grupos económicos bajo o medio-bajo, concluyendo que pertenecen a un grupo socioeconómico desfavorecido. 2.-La mayoría de las jóvenes no planifico su embarazo, refiriendo que no los usan o no conocen los métodos de planificación familiar. 3.- Cuando aumenta la edad de la mujer, el nivel de estudio y el grupo económico aumenta el conocimiento sobre sexualidad y anticoncepción, siendo la principal fuente de información el medio social (Vera 2002).

Frontera México-Estados Unidos.- También, en los últimos años se han realizado diversas conferencias en las que se han presentado el tema de salud de la mujer/Salud Reproductiva, como la celebrada en ciudad Juárez en el mes de Octubre de 1997, en la cual se discutió el programa de Salud del Adolescente con adaptaciones para los estados del norte de México, y en la cual participaron representantes de los niveles federales y estatales de México y los Estados Unidos y directores de áreas al nivel estatal para poder identificar áreas de interés común y que pudieran servir como base a proyectos bifronterizos (Apodaca2002).

México.- Con la intención de conocer las actividades realizadas en los últimos años en el área de salud de la mujer/Salud Reproductiva, la organización panamericana de la salud se dio a la tarea de identificar todas aquellas actividades que se hubieran realizado sobre este tema en los últimos diez años en la frontera México-Estados Unidos. Esta identificación tiene como objetivos presentar un panorama general del interés, participación y capacidad de trabajo binacional que en el tema hayan tenido las agencias/instituciones de la frontera México-Estados Unidos. Además de que los resultados pudieran servir de referencia al grupo de trabajo de salud de la Mujer/Salud Reproductiva del Grupo de Salud de la Comisión Binacional (Apodaca2002).

Las mujeres de las zonas rurales son más propensas que las residentes de las zonas urbanas a tener un número de hijos superior al que consideran ideal, de igual manera sea considerado, cuanto más bajo sea el nivel de educación de la mujer, mayor es la probabilidad de que tengan un mayor número de hijos (León 2002).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en adolescente, generalmente no planificado y no deseado, supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la joven, además de condicionar definitivamente, su estilo de vida, por lo que constituye para las jóvenes que resultan embarazadas un problema social y médico.

La práctica obstétrica nos ha enseñado que los resultados perinatales están íntimamente ligadas al adecuado control prenatal y del parto, numerosos estudios epidemiológicos han demostrado que una gran parte de la morbilidad perinatal incide en aquellos grupos de población que presentan una situación patológica o prepatológica que se define como de “riesgo”, la detección precoz de estas situaciones de riesgo es posible si se realiza un control prenatal protocolizado y con unas exploraciones complementarias definidas a todas las embarazadas.

Las gestantes adolescentes inician el control del embarazo más tarde que las embarazadas adultas y el inicio es más tardío cuanto más joven sea la mujer.

Las malas o bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes, tanto del embarazo adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales.

La falta de una adecuada información sexual explica en la mayoría de los casos, la alta incidencia de gestación adolescente. Para muchos, el verdadero problema del embarazo

adolescente radica en que esta población no utiliza medidas anticonceptivas por falta de educación sexual, por desconocimiento de los métodos disponibles.

El inicio de la relación sexual a una edad temprana es más costumbre generalizada en las comunidades campesinas. Se ha postulado que en el medio rural se inicia antes la actividad sexual que en el medio urbano y como consecuencia, se observan tasas más elevadas de embarazo en adolescentes.

JUSTIFICACION

El cambio en la regulación sexual de la sexualidad y el cambio producido en la conducta sexual y reproductiva de los jóvenes y sus posibles consecuencias están siendo los factores que mas están influyendo en la conceptualización de los adolescentes como un grupo de riesgo por la sociedad y sus conductas como problema (Vera 2002).

Uno de cada seis nacimientos en el país, ocurre en mujeres menores de 19 años. El embarazo en la adolescencia se considera desde el punto de vista medico y social como una situación de riesgo para la salud y el desarrollo personal de la madre, su hijo o hija y su pareja (Ayala 2001).

Se sabe además, que hay una asociación estadística entre maternidad temprana y baja escolaridad.

Se ha señalado que en la “fecundidad total, el peso relativo de los nacimientos de madres jóvenes es mas elevado en los grupos de menor escolaridad y en las áreas rurales”. Se ha argumentado que el embarazo en la etapa escolar las hace proclive a abandonar la escuela, aunque también se ha demostrado que es el abandono de la escuela por situaciones económicas lo que condiciona la maternidad precoz. Además, el embarazo cuando no es deseado representa mayor riesgo social, tanto para la madre como para la progenie (Díaz 2002).

En México durante el año 2000 se registraron 180 muertes maternas en mujeres adolescentes, lo que representa la cuarta causa de defunciones en mujeres de este grupo de edad.

Estos datos revelan la necesidad de adecuar los servicios de salud reproductiva y los métodos de prevención de los embarazos no planeados en este grupo de la población (Ayala 2001).

En Tabasco durante el año 2000 en la SSA se dio atención obstétrica (parto y cesárea) a 25,090 embarazadas de los cuales el 21% fueron mujeres de 20 años. Durante este mismo se reportaron 672 abortos en embarazadas adolescentes (Ayala 2001).

Muchas adolescentes embarazadas provienen de estratos socioeconómicos bajos, tienen poca educación y tal vez mala salud general (Ayala 2001).

El enfoque de historia de vida permite analizar la aparición de los diferentes sucesos y su relación con los otros aspectos de la vida en el momento en que se producen. A diferencia de los estudios de corte transversal, el enfoque de historia de vida (retrospectivo) permite relacionar las diferentes transiciones a lo largo de la vida en el momento en que se producen. La decisión de tener un hijo o de casarse o unirse depende de características individuales y circunstancias que están presentes cuando se toma la decisión y no de las que están presentes en el momento de la encuesta. Como resultado se obtuvo que las adolescentes del estrato bajo comienzan la maternidad a menor edad y se incorporan a ella con mayor intensidad que las del estrato alto, en el estrato bajo ya han establecido una unión estable a los 17 años, mientras que a esa edad lo han hecho solo 2% de las del estrato alto, y que la iniciación de edad en las relaciones sexuales no son tan diferentes en ambos estratos. La edad en la que iniciaron vida sexual a los 17 años prevalece en el estrato bajo. La prevalencia de inicio de vida sexual en las adolescentes es entre los 15 y 16 años de edad, independientemente del estrato y la edad (Ayala 2001).

Se realizó un estudio observacional, transversal, y descriptivo donde se considero como universo de trabajo a 96 mujeres adolescentes de 10 a 19 años de la Ranchería Boquerón 1ra sección, centro, Tabasco, considerándose dos grupos de estudio: el grupo problema constituido con antecedentes de embarazo y el grupo control constituido por adolescentes sin antecedentes del mismo. Las variables que se estudiaron fueron edad, sexo, religión, estado civil, escolaridad,

ocupación, vivienda, inicio de vida sexual activa, embarazo y método anticonceptivo; obteniendo como resultados que los factores mas frecuentemente asociados con el riesgo de embarazo en adolescentes fueron la falta de conocimiento sobre el embarazo, la madre y/o el padre no hayan concluido la primaria, vivir con un solo progenitor u otra persona que no sean los padres, que la madre no tenga una pareja estable, no opinar o considerar que es normal el embarazo en adolescentes, que la adolescente viva con mas de 6 personas, que la adolescente no estudie, ingreso económico familiar menor al salario mínimo, tener una progenitora que no haya sido madre adolescente, desconocimiento de los métodos anticonceptivos, que la adolescente no haya concluido la primaria, tener una actividad remunerada, tener una idea errónea sobre la edad adecuada para embarazarse. En este estudio no se encontró asociación de la religión, numero de cuartos, y material de construcción de la vivienda con el embarazo en adolescentes (Ayala 2001).

Es de interés reconocer las causas, que originan el embarazo en adolescentes, debido al incremento de este, en el poblado donde actualmente se llevo acabo esta investigación, ya que no solo pone en riesgo la calidad de vida de la madre y el producto, así como también llegar a presentarse complicaciones o hasta el súbito deceso de ambos (Ayala 2001).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Se Determinara las causas frecuentes de embarazos en adolescentes del Poblado C 20.

OBJETIVO ESPECIFICO

Se determinará si el nivel de escolaridad es un factor predisponente en adolescentes embarazadas.

Se conocerá si el nivel socioeconómico es causa condicionante de embarazos en adolescentes.

Se investigará si las adolescentes que provienen de familias numerosas son condicionantes de embarazo en adolescente.

Se determinará si la religión es causa predisponente de embarazos en adolescentes.

Se investigará si la presencia de violencia intrafamiliar en la familia de origen son causas condicionantes de embarazos en adolescentes.

Se indagará si existe relación entre la presentación de la 1ra menarquia y el inicio de vida sexual.

Se investigará si la adolescente embarazada esta informada en los diferentes métodos de planificación familiar.

Se investigara si la adolescente embarazada está informada acerca del embarazo.

METODOLOGIA

DISEÑO DEL ESTUDIO

El diseño del estudio fue descriptivo.

POBLACION

Total de adolescentes embarazadas del Poblado C -20 durante el periodo de recolección de los datos.

LUGAR

Centro Salud Comunitario del Poblado C- 20.

TIEMPO DE ESTUDIO

De Noviembre 2005 a Mayo 2007.

TIPO DE MUESTRA

No probabilística.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Todas las embarazadas adolescentes del poblado c20 durante el periodo comprendido del mes de noviembre de 2005 al mes de mayo de 2007 y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.

CRITERIOS DE INCLUSION

Adolescentes embarazadas que vivan en el poblado c 20

Adolescentes embarazadas que acepten participar en el estudio

Adolescentes embarazadas que no estén bajo tratamiento psiquiátrico

Adolescentes embarazadas que sepan leer y escribir

CRITERIOS DE EXCLUSION

Adolescentes embarazadas que no vivan en el poblado c 20

Adolescentes embarazadas que no acepten participar en el estudio

Adolescentes embarazadas que estén bajo tratamiento psiquiátrico

Adolescentes embarazadas que no sepan leer y escribir

CRITERIOS DE ELIMINACION

Adolescentes embarazadas que no pertenezcan al área de influencia del CSC del poblado C-20.

INFORMACION A RECOLECTAR

Antes de iniciar el estudio se contó con la aprobación de los comités de ética e investigación de la universidad Autónoma de México. Posteriormente se solicitó a la Jurisdicción Sanitaria Numero 02 de la Secretaría de Salud del Municipio de Cárdenas Tabasco, autorización para llevar a cabo el estudio (Anexo I).

Se realizó barrido casa por casa para conocer el total de adolescentes embarazadas en el Poblado C-20 en el periodo comprendido noviembre 2005 a mayo 2007. Una vez localizada la participante se explicó la presencia de la visita, así como al tutor, explicándoles las razones por

la que me encontraba en su domicilio, e identificándome con mi credencial como trabajador de la secretaria de salud, posterior a esta explicación les presente el consentimiento informado (anexo II), así como enfatizando, que la información obtenida es estrictamente confidencial, y teniendo la aceptación, se procedió a aplicar la Ficha de Recolección de Datos en Embarazadas de 13 a 19 años [F.R.D.E.], (AnexoIII) el cual consta de 12 variables tipo link con el cual pretendemos condicionar las posibles causas del embarazo de adolescentes, indagando estadísticas descriptiva a todas estas variables. Así mismo se aplico el Cuestionario del Índice de Bronfman el cual consta de 6 variables (C. I. B.) A través del cual obtuvimos la clasificación del estrato socioeconómico de la familia de la adolescente, no hubo dudas del llenado de la ficha de recolección y el cuestionario, al término de la entrevista, se agradeció su participación.

RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Se capturo la información en el Paquete estadístico SPSS versión 12. Obteniendo estadística descriptiva, frecuencia y porcentajes media, moda desviación estándar, para las variables edad,

Estado civil, religión, escolaridad, edad de la menarquia, inicio de vida sexual, orientada en planificación familiar, por quien fue proporcionada la orientación Planificación familiar, orientada en embarazo, por quien fue proporcionada la orientación embarazo, presencia de violencia familiar, hija de matrimonio divorciado, y las variables conformadas por el cuestionario de Bronfman como es cuantas personas habitan en la vivienda, cuantos cuartos tiene la casa, material del piso de la casa, de donde toman el agua, cual es la forma de eliminación de excretas, cuantos años asistió a la escuela el jefe de la familia.

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LAS ENCUESTAS

Esta encuesta está dirigida a todas las adolescentes embarazadas y fueron llenadas por ellas con autorización previa del tutor, explicándoles a ambos el llenado de los cuestionarios.

En las preguntas 1, 2, 3 y 4 se colocaran las respuestas en los espacios correspondientes, en la pregunta 5 se marcara la opción que corresponda, las preguntas 6, 7 se colocan las respuestas en los espacios correspondientes, las respuestas 8, 9, 10, 11 y 12 se marcara la opción que corresponda, En el segundo cuestionario (C.I.B) en la pregunta 13 no se establecen rangos, por lo que deberá anotarse el numero en el paréntesis que se encuentre en el lado derecho. Para el conteo de los familiares se deberán contemplar desde los padres e hijos hasta abuelos, tíos, primos o no familiares que habiten en la vivienda. 14 para anotar el número de cuartos se deberá excluir sólo el baño. En la pregunta 15, se marcara con una “X” la aseveración correcta. En caso de que el piso de la casa tenga más de un material de construcción; se tomara en cuenta solo el que ocupe la mayor parte. Las preguntas 16, 17 y 18 se marcaran las opciones correspondientes.

CONSIDERACIONES ETICAS

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República. **MIGUEL DE LA MADRID H.**, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que confiere al Ejecutivo Federal la fracción I del Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y con fundamento en los artículos 1o., 2º, fracción VII, 3o. fracción IX, 4o.,7o.,13 apartado "A" fracciones I, IX, X, apartado "B" fracciones I y VI, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103 y demás relativos a la Ley General de Salud,

De acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de Investigación, con apego a lo establecido en el artículo 13 fracción V se respetara la dignidad y el bienestar de los participantes conservando su anonimato y la libertad de elegir si participan en el estudio.

De acuerdo al titulo II, Capitulo I, Artículo 14, fracción VII, se solicito la aprobación de las autoridades de salud de la jurisdicción No. 02 de la Secretaria de Salud.

Respecto al artículo 21 y 22 a las pacientes seleccionadas se solicito su participación voluntaria y se les informo los objetivos del estudio, así como los procedimientos a realizarse, a través del consentimiento informado, y conforme a la fracción VII el participante tendrá la libertad de retirar su participación en el momento que lo desearan.

En el artículo 17 fracción II, se considera a la investigación como riesgo mínimo para la integridad física y psicológica de los participantes como base a la declaración de Helsinki con sus respectivas modificaciones.

RESULTADOS

En este capítulo se muestra el análisis estadístico de los datos de una población de adolescentes embarazadas del poblado C.20 que pertenece al municipio de Cárdenas, Tabasco.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante tablas de frecuencias de las variables bajo estudio, estas variables representan a los 3 objetos de estudio: información de las adolescentes, información de acondicionamiento del hogar e información del padre de familia.

Tabla 1. Edad de los participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	13 - 15	18	15.1	15.1	15.1
	16 - 17	49	41.2	41.2	56.3
	18 - 19	52	43.7	43.7	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

Fuente: F.R.D.E.

n: 119

En la tabla 1. La edad de las adolescentes oscila entre 18 y 19 años, la cual representa el 43.7% del total con mayor importancia. También, se puede señalar que el 15% de las adolescentes embarazadas oscila entre 13 y 15 años; este porcentaje es de mucha importancia ya que la edad de las adolescentes representa un alto riesgo para su vida.

Tabla 2. Estado civil de las participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	soltera	13	10.9	10.9	10.9
	unión estable	93	78.2	78.2	89.1
	casada	13	10.9	10.9	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

Fuente: F.R.D.E.

n: 119

En la tabla 2. El estado civil de las adolescentes fue con el porcentaje alto, en unión estable con un 78%.

Tabla 3 Religión de las participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	católica	115	96.6	96.6	96.6
	cristiana	4	3.4	3.4	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

Fuente: F.R.D.E.

n: 119

En la tabla 3. El tipo de religión que profesa es la católica con un 96.6 %.

Tabla 4 Nivel de escolaridad de las participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	primaria incompleta	28	23.5	23.5	23.5
	primaria completa	43	36.1	36.1	59.7
	secundaria incompleta	43	36.1	36.1	95.8
	bachiller incompleto	5	4.2	4.2	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

Fuente: F.R.D.E.

n: 119

En la Tabla. 4. El nivel de escolaridad de las adolescentes fue de primaria completa (incluyendo a las adolescentes con secundaria incompleta) que representa el 72.2%.

Tabla 5 Edad de la menarquia de las participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	9 - 10	3	2.5	2.5	2.5
	11 - 12	102	85.7	85.7	88.2
	13 - 14	13	10.9	10.9	99.2
	14 y mas	1	.8	.8	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

Fuente: F.R.D.E.

n: 119

En la tabla 5 se observa que la primera menarquia de las adolescente fue en al edad de 11 a 12 años con el mayor porcentaje de los casos, 85.7%.

Tabla 6 Inicio de la vida sexual de las participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	13 - 14	16	13.4	13.4	13.4
	15 - 16	63	52.9	52.9	66.4
	17 - 18	40	33.6	33.6	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

Fuente: F.R.D.E.

n: 119

En la tabla 6, se encontró que el inicio de su vida sexual activa fue de 15 a 16 años, que representa el 52.9%.

En la tabla 7 y 8 se presentan los resultados con respecto a las dos tipos de orientación.

Tabla 7 Orientada en planificación familiar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	padres	5	4.2	4.2	4.2
	sector salud	5	3.4	3.4	7.6
	ninguno	110	92.4	92.4	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

Fuente: F.R.D.E.

n: 119

En la Tabla 7 las adolescente recibieron orientación en planificación familiar, por partes de sus padres o del personal del sector salud con un 8.4% del total, este porcentaje es bajo.

Tabla 8 Orientación del embarazo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	padres	2	1.7	1.7	1.7
	sector salud	1	.8	.8	2.5
	ninguno	116	97.5	97.5	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

Fuente: F.R.D.E.

n: 119

En la Tabla 8, las adolescente recibieron orientación en lo que es el embarazo, por parte de sus padres o del personal del sector salud, con un 2.5% del total.

Tabla 9 Presencia de violencia familiar de las participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	28	23.5	23.5	23.5
	no	91	76.5	76.5	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

Fuente: F.R.D.E.

n: 119

Tabla 10 Participantes con padres divorciados

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	6	5.0	5.0	5.0
	no	113	95.0	95.0	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

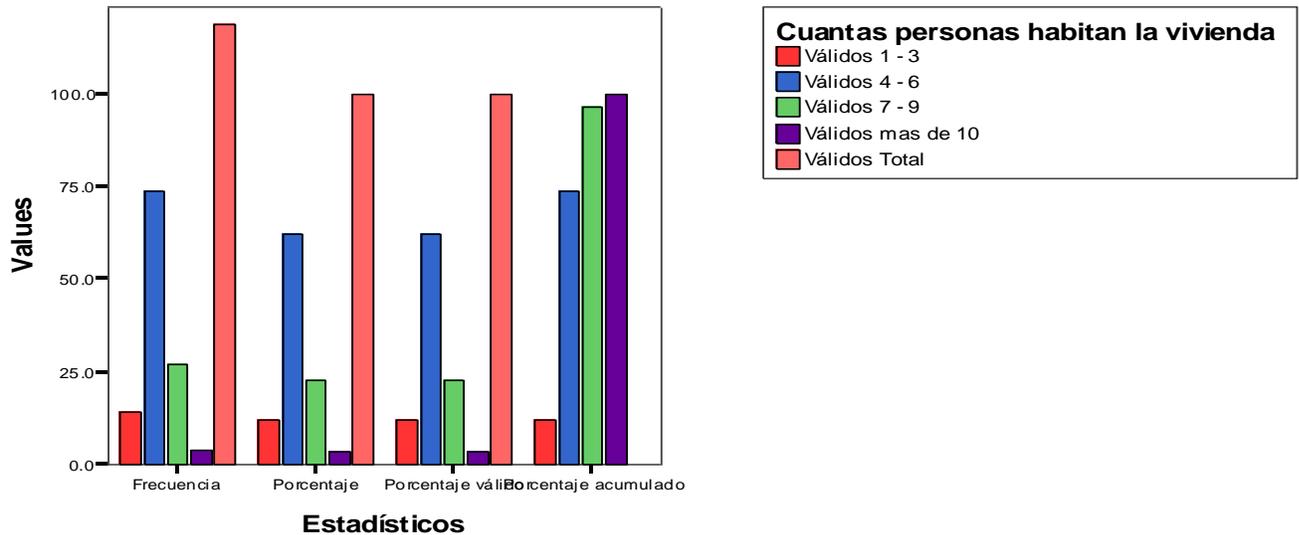
Fuente: F.R.D.E.

n: 119

En la tabla 9 se muestra a las adolescentes que presenciaron violencia intrafamiliar con un 23.5% del total. Y en la tabla 10 se encontró que el 5% de las adolescentes son hijas de padres divorciados, este último porcentaje es bajo.

A continuación se analizan las variables que reflejan el acondicionamiento del hogar (vivienda).

Grafica 1 Cuantas personas habitan la vivienda



Fuente: C.I.B

n:119

En la grafica 1 se observa que el 62.2% de los casos, en la vivienda hay de 4 a 6 personas.

Tabla 11 Números de cuartos de las viviendas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	De 1 a 2	113	95.0	95.0	95.0
	De 3 a 4	3	2.5	2.5	97.5
	De 5 y mas	3	2.5	2.5	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

Fuente: F.R.D.E.

n: 119

En la tabla 11 se encontró con un 95% de las viviendas tienen de 1 a 2 cuartos.

Tabla 12 Características de las viviendas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	tierra	13	10.9	10.9	10.9
	cemento	103	86.6	86.6	97.5
	recubrimiento	3	2.5	2.5	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

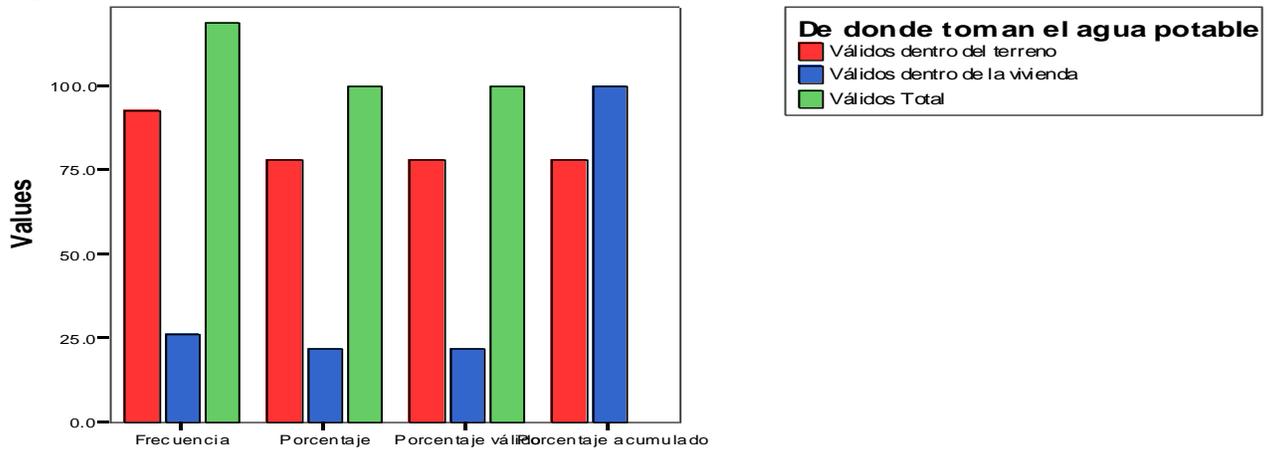
Fuente: F.R.D.E.

n: 119

En la tabla 12 se encontró que un 86.6% de las viviendas tienen las características que el piso es de cemento.

Grafica 2. De donde toman el agua potable

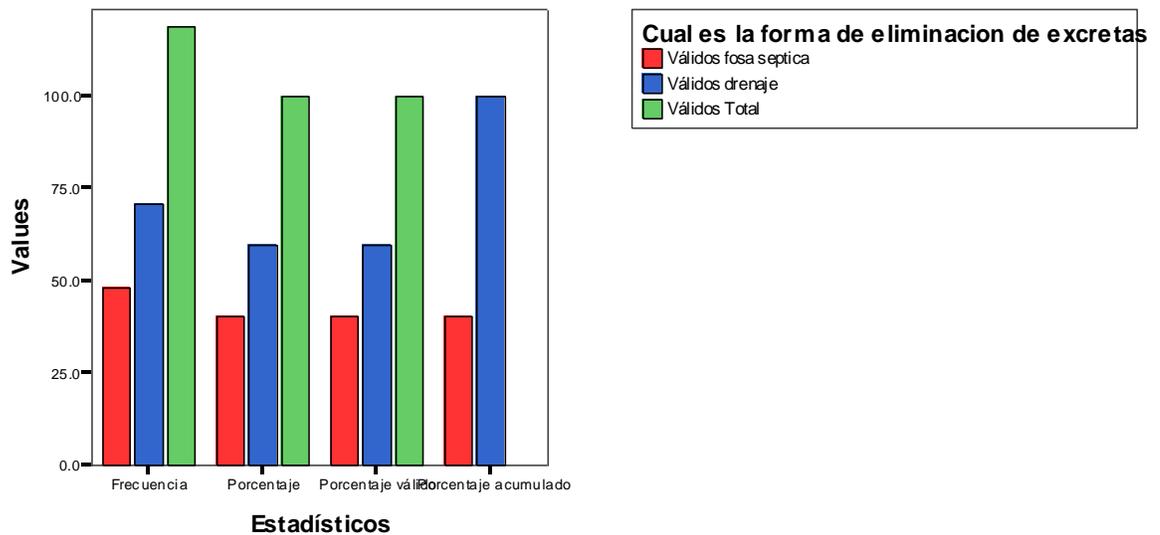
Grafica 2.



Fuente: C.I.B n:119

En la Grafica 2 se encontró que el suministro de agua es dentro del terreno con un 78.2%.

Grafica 3. Cuál es la forma de eliminación de excretas

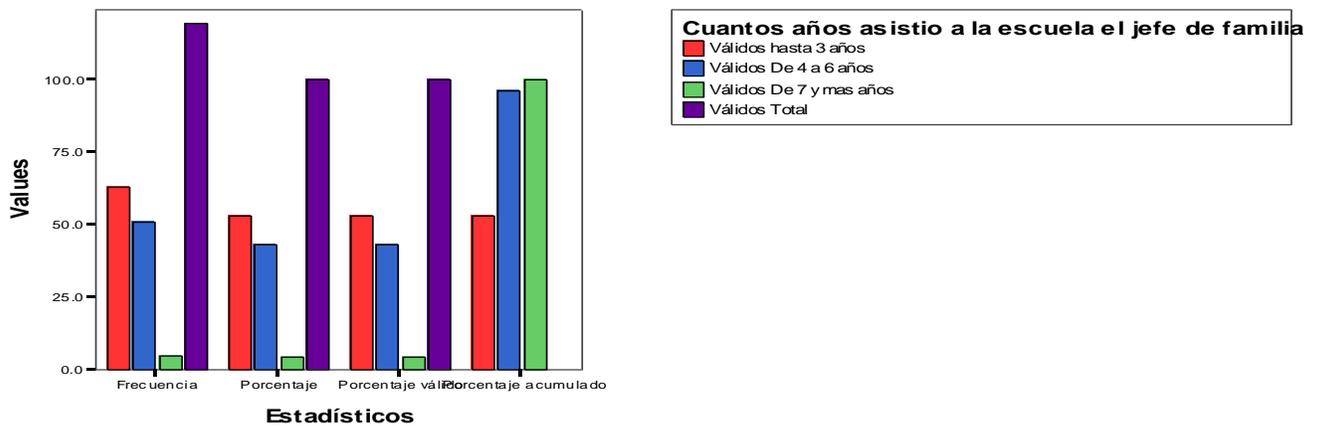


Fuente:C.I.B

n:119

En la gráfica 3 se encontró que la mayoría de las vivienda tienen drenaje con un 59.7%.

Grafica 4 Cuantos años asistió a la escuela el jefe de la familia

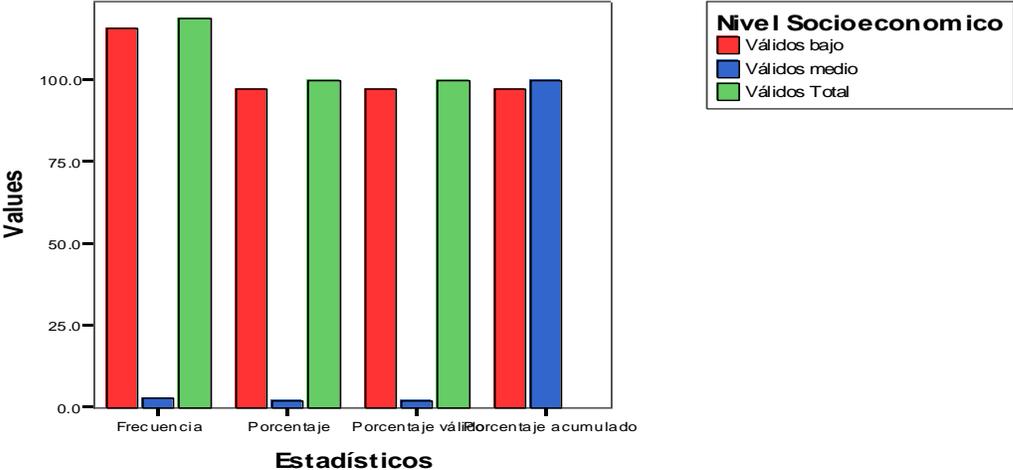


Fuente: C.I.B

n:119

En la gráfica 4 se encontró que los años de escolaridad del jefe de la familia, hasta los 6 años, representa el 95.8 % del total

Grafica 5 Nivel Socioeconómico



Fuente: C.I.B

n:119

En la grafica 5 se encontró que el nivel socioeconómico de la familia es la categoría baja con un 97.5%.

DISCUSIÓN.

Los resultados del presente estudio permitieron conocer los factores que intervienen en el embarazo en adolescentes del Centro de Salud Comunitario del poblado C. 20 de H. Cárdenas, Tabasco.

Con respecto a la edad el resultado del estudio realizado, predomina los rangos de 18 y 19 años en un 43.7% siendo similar a lo encontrado por Díaz el cual manifiesta la prevalencia y aumento de los embarazos en las adolescentes, Lo anterior pudiera estar condicionado por la falta de atención a las adolescentes, en cuanto al tema de la sexualidad.

En cuanto a la unión libre se encontró en el estudio realizado un 78.2%, analizando según lo encontrado por Soto, quien describe que el riesgo es mayor cuando la futura madre no se encuentra legalmente casada, probablemente la explicación a este hallazgo se deba a que por la influencia del hombre en la adolescente embarazada, conlleva a no desea contraer compromisos de tipo legal.

Al analizar la variable escolaridad se encontró que un 23.5%, cursa con primaria completa, mientras que el 36.1% con primaria incompleta, haciendo un total del 59.6% el total de bajo nivel escolar, lo anterior concuerda con Calera, Ayala y H. Decherney, los cuales comenta estos mismos niveles de escolaridad, esta variable juega un papel importante en la vida de la adolescente embarazada, ya que con un bajo nivel educativo tiene pocas expectativas de encontrar un trabajo productivo, remunerado, para no volverse dependiente de la pareja, o no poder tener acceso a los servicios mínimos para sobrellevar una vida satisfactoria.

En este estudio se encontró que el inicio de vida sexual activa oscila entre los 15 y 16 años de edad en un 52.9%, siendo de menor rango comparado con Ruiz y Díaz, donde señalan que

alrededor del 50% de las adolescentes entre los 15 y 19 años, tienen vida sexual activa, posiblemente estos datos se deban a que la influencia sexual, que se da a través de la televisión, o de otros medios de información no son de tipo educativo; influyen en las adolescentes de manera subliminal, la cual propicia el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad.

Como resultado del estudio en la orientación de planificación familiar y el embarazo el porcentaje que se obtuvo es mínimo, siendo el 5.4% proporcionado por los padres y el 4.2%, sector salud, observando que la aportación por parte de este último es casi nula, tal vez se está informando, pero no al grupo de mayor relevancia, como son los adolescentes.

Otro dato relevante en el estudio realizado es la violencia familiar la cual no fue una condicionante para un embarazo en adolescente, en contraste con Eggleston, el cual sí lo relaciona como uno de los factores determinantes.

El hecho que la población de este estudio es el ser hija de padres divorciados, para condicionar un embarazo las adolescentes, el resultado no es significativo, comparándolo con Valdés, el cual señala que casi la mitad de los adolescentes estudiados, viven solamente con uno de sus padres. Mas sin embargo en otro estudio realizado por H. Decherney, menciona que el 80% de los embarazos provienen de familiares nucleares con padres casados, al parecer estos resultados se encuentran bajos, en el estudio realizado, debido a que, las mujeres, principalmente de zona urbana, el divorcio es un tema, difícil a tratar por parte de las mujeres casadas, especialmente cuando ya tienen hijos. Probablemente esto se deba por miedo a enfrentarse solas a la vida, con mayores privaciones, conseguir trabajo, o resolver la situación económica del hogar.

El resultado del factor socioeconómico bajo en este estudio, fue de un 97.5%, tal como lo señala Calera, Apodaca y H. Decherney, los cuales determinan que en mayor frecuencia una de

las condicionantes para un embarazo en adolescentes es dicho factor, básicamente las condiciones de vida, favorecen la frecuencia y el aumento de las adolescentes embarazadas, convirtiéndose en un problema de salud pública.

CONCLUSIONES

El estudio nos revela que las adolescentes embarazadas en su mayoría son de 13 a 15 años.

La gran mayoría de los pacientes tienen un nivel educativo de primaria completa

El porcentaje de adolescentes embarazadas proveniente de matrimonios divorciados es mínimo.

Es de gran influencia el nivel educativo de primaria incompleto en el jefe de familia en el resultado de este estudio.

La mayor proporción de las adolescentes embarazadas viven en unión libre.

Otro de los factores es el socioeconómico bajo

RECOMENDACIONES

Con base a los resultados del presente estudio se recomienda proponer la búsqueda de estrategias, para dar a conocer los factores de riesgo que prevalecen en un embarazo de adolescente, así como proponer medidas preventivas.

A futuro realizar estudios donde se incluya a la familia como probable factor de riesgo.

Desarrollar programas de apoyo a las adolescentes embarazadas que condicionen a mejorar su calidad de vida.

Continuar el seguimiento de este trabajo, ya que pueden servir de base para la realización de otros estudios.

Anexos

Anexo I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Dra. Laura Álvarez Hernández, solicita mi consentimiento para participar en su proyecto de Investigación el cual lleva como titulo **Factores que intervienen en el embarazo en adolescentes en el poblado c-20.**

Siendo un requisito la realización de este, debido a que se encuentra actualmente realizando la especialidad semi presencial de medicina Familiar.

Se me informa que los datos proporcionados son estrictamente confidenciales, y que puedo retirarme de la entrevista si así lo deseo.

Se me explica que no tendré ningún riesgo que comprometa mi salud e integridad física, en la participación de este estudio.

Firma del Tutor

Firma del autor del estudio

Anexo II

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS (F.R.D.E.)

Introducción: Este cuestionario tiene como finalidad conocer los datos personales mas importante: contestando las siguientes preguntas

1.-Edad: _____

2.-Estado civil: _____

3.-Religión: _____

4.-Nivel de escolaridad: _____

5.-Presencia de violencia intrafamiliar: si _____ no _____

6.-Edad de la 1ra menarquia: _____

7.-Edad de la 1ra relación sexual: _____

8.- Orientada en planificación familiar: si _____ no _____

9.-Quien ha brindado la orientación : padres () Salubridad () Otros ()

10.- Orientada en embarazo: si _____ no _____

11.-Quien ha brindado la orientación : padres () Salubridad () Otros ()

12.-Pertenece a una familia de padres divorciados: si () No ()

Cuestionario del Índice de Bronfman

(C.I.B.)

II.- Aspectos socioeconómicos.

13.- Cuantas personas habitan la vivienda: ()

14.- Cuantos cuartos tiene su casa: ()

15.- Marque con una “ X “ el material del piso de la vivienda.

1) Tierra 2) Cemento 3) recubrimiento (loseta, madera, etc).

16.-De donde toma el agua potable.

1) Drenaje publico 2) Dentro del terreno 3) Dentro de la vivienda

17.- Cual es la forma de eliminación de excretas.

1) Letrina, 2) Pozo negro 3) Fecalismo 4) Drenaje

18.- Cuantos años asistió a la escuela el jefe de familia.

1) hasta 3 años 2) de 4 a 6 años 3) 7 y mas años.

Responsable: DRA LAURA ALVAREZ HERNANDEZ

R1 DE MEDICINA FAMILIAR SEMI PRESENCIAL.

(Anexo III).

Oficio de Autorización:



SECRETARIA
DE
SALUD

Dependencia	Centro Avanzado Atención Primaria a la Salud
Dirección:	Carretera W 61 Calle No. 1, casa 1
Número de Oficio	Poblado C-16 Gral. Emiliano Zapata
Expediente:	CAAPS. C-16: DIR/ 044/05
	Dirección

ASUNTO: EL QUE SE INDICA.

H. CARDENAS, TAB., 28 DE NOVIEMBRE 2005.

DRA. LAURA ÁLVAREZ HERNANDEZ
CENTRO DE SALUD COMUNITARIO POB. C-20
POBLADO C-20, "MIGUEL HIDALGO Y COSTILLA

En atención a su escrito de fecha 28 de Noviembre del 2005, con el que solicita autorización para realizar encuestas a las embarazadas adolescentes del Poblado C-20, que permite integrar el protocolo de investigación que lleva como título "FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES DEL POBLADO C-20".

Informo a usted que se autoriza aplicar las encuestas en dicho poblado las cuales deberá realizar fuera de su horario de trabajo.

Sin otro en particular aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE,
GERENTE DEL CAAPS POB. C-16



DR. JAIME FARIAS ECHAVARRIA

c.c.p. Archivo



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Carreon V., J., (2000) Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. Xalapa, Veracruz, México. p.p. 66.
- 2.- Calero J., L., (2001). Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. Rev. Cubana salud publica.
- 3.- León C., J. C. (2002). Influencia de los factores socioculturales en la morbilidad y/o mortalidad materna y perinatal de adolescentes atendidas en tres estados de la republica mexicana, Tabasco, Tlaxcala y Veracruz. Ginecología Obstetricia Mex, v 70 n. 7 México, D.F.
- 4.- Ayala A., M., (2001) Factores socioeconómicos y culturales relacionados con el embarazo en adolescentes de una comunidad rural. Salud en Tabasco, Secretaria de salud del Estado de Tabasco. Villahermosa, México, Jurisdicción Sanitaria No. 4 Secretaria de salud del estado de Tabasco.
- 5.- Vázquez M., Á., (2001) Embarazo y Adolescencia: factores biológicos maternos y perinatales más frecuentes. Rev. Cubana obstet. ginecol
- 6.- Valdés D., S., (2001) Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. Hospital ginecoobstetrico docente provincial “Ana Betancourt de Mora”
- 7.- Díaz A., (2002) Riesgos Obstétricos en el Embarazo Adolescentes.- estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev.chilena obste. Departamento y servicio de obstetricia y ginecología, hospital salvador, universidad de chile.
- 8.- Molina R, (200) Factores de riesgo del embarazo, parto y recién nacido en adolescentes embarazadas. Centro de medicina reproductiva y reproductiva y desarrollo integral del adolescente, facultad de medicina, universidad de chile.

- 9.- Ruiz L., J., (2000) Factores de riesgo de salud materno infantil en madres adolescentes de Colombia. Revista Panamá de salud publica.
- 10.- Díaz S., V., (2003) El embarazo de las adolescentes en México. México, DF. Gac med vol 139, suplemento no 1.
- 11.- Soto M., O., (2003) Embarazo en adolescencia y factores sociodemográficos en Guantánamo, Cuba.
- 12.- Nuñez U., R.,(2003) Embarazo no deseado en adolescentes y utilizacion de métodos anticonceptivos posparto. Instituto Nacional de salud publica, Cuernavaca, Morelos, México.
- 13.- Lugones B. M. (2000) Análisis del riesgo preconcepcional en un grupo básico de trabajo. Revista Cubana obstet ginecol. Municipio playa, ciudad de la habana, cuba.
- 14.- Apodaca B., (2002) salud de la mujer/salud reproductiva en la frontera México-estados unidos. Organización panamericana de la salud. Oficina de campo, Frontera México-Estados Unidos. Organización panamericana de la salud. Oficina de campo, frontera mexico-estados unido.
- 15.- Eggleston E., (2000) Causas determinantes de embarazos no planeados en el ecuador, una visión crítica.
- 16.- Flores C, E., (2000) Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. Tecnage Childbearing in Latin American Countries. Washington, D.C.
- 17.-. Decherney H.A. (2001) Diagnostico y Tratamiento Ginecoobstetricos Manual Moderno. Embarazo en la adolescente pag. 689.
- 18 -Bronfman M, Guiscafré H, Castro V, Castro R, Gutiérrez G.. La metodología y análisis de las características socioeconómicas de la muestra. Arch Invest Med 1988;19:351-360.

- 19.-Vera P., J., (2002). Una explicación antropológica del embarazo en adolescentes en la comarca del Mar Menor y Campo de Cartagena, Enfermería Global.
- 20.- Amaya J., (2005). Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en bogota. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.
- 21.-Doménech M., (2003) Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas Biomédicas: redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica Comité Internacional de editores de revistas Medicas (ICMJE).
- 22.-Chávez M., M., el at (2001), Manual de estilos y publicaciones de la American Psychological Association. Manual Moderno 2da edición.