

1726  
2e  
98B



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE. ASPECTOS  
PSICOSOCIALES Y SU REPERCUSION EN LA DINAMICA  
FAMILIAR

TESIS

que para obtener la Especialidad en:

MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Dr. Ariel Figueroa Martínez

U. M. F. No. 1

I. M. S. S.



Puebla, Pue...

1983 - 85

TESIS CON  
FALSA FE ORIGIN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

## P R U L O G O

La sociedad mundial se encuentra atravesando por una de sus etapas, probablemente de las más críticas de su historia las crisis a las que a diario está viviendo hoy en día la humanidad como son: crisis económicas, falta de fuentes de trabajo, explosión demográfica, escasez de alimentos, guerras internas de los países etc.. Situación que al hombre, se encuentra ante la perspectiva, de dar solución a cada uno de estos problemas, cada quién en su rol que desempeña dentro de la sociedad a que pertenece, y además al alcance de sus posibilidades.

De tal forma que toca al especialista de Medicina Familiar, no olvidarse de este engranaje que en este momento se viva, si consideramos que como premisa el Médico de la familia, tiene que ver al hombre como ente bio-psico-social y así formar a la familia que es la unidad de nuestra sociedad.

Nuestra labor de Médicos familiares como especialistas, es el conocer a las familias y luchar por la conservación de la salud y abatemento de las enfermedades, no equiparable a como se desarrolle con las sub-especialidades médicas en tecnicismos, pero si con la conciencia de que las familias necesitan atención continua y humana, orientación y concientización de la más impactante que fuera posible para mejorar sus niveles de vida.

El presente trabajo aunque modesto, se efectúa con la sana intención de desarrollar un tema, que muy probablemente se ha abordado más en los últimos años. El cual se emprende, la necesidad de diagnosticar lo que sucede no en pocas veces en uno de los miembros que integran la familia.

Se debe considerar que se emitirán, variedad de opiniones respecto al presente trabajo, algunos por no encontrarle objetivo alguno de su interés, empero es inquietante el desarrollo del tema, esperando que sirva de un estímulo, para que se efectúen en lo futuro, ya sea abordar nuevos conceptos del tema o ampliar este trabajo de investigación, - por las futuras generaciones que se dediquen a la Medicina Familiar.

Se menciona que todo trabajo de investigación debe contener una secuencia en base a la metodología científica, el presente trabajo no escapa de ello, para su elaboración se siguió el orden del método científico, que el Médico Familiar tiene la obligación de conocerlo, ya que debe ser un, constante investigador y para realizarlo tiene que supeditar se a un orden metodológico.

Es interesante conocer un poco más sobre lo que ocurre, en uno de los miembros de la familia, que es de la mujer adolescente, siendo per-se un grupo de edad, de difícil abordaje, incluyendo al individuo, como a los especialistas en su estudio, por su variedad de opiniones en cuanto a los lími-

tes cronológicos a que debe considerarse así como al estudio de su comportamiento, el de una edad de transición.

Conocer el proceso a que tiene lugar cuando la mujer -- adolescente se encuentra embarazada, y al grupo socioeconómico más afectado es una interrogante, la cual deberá dar respuesta, mediante el presente trabajo de investigación. Dicha interrogante probablemente, deje conclusiones y experiencias del cuál se emitirá una opinión al respecto, y dar pautas o bien las posibles medidas, a que se deba asumir a tales eventos.

La intención por el momento es demostrar que en nuestro medio esta problemática, no es poco frecuente, y que para muchos incluso es una situación normal, pero si se analiza desde un punto realista, apreciaremos que afecta a la mujer adolescente misma, al producto, al ambiente familiar y así como mencionamos anteriormente, que la familia es la unidad de la sociedad, lógicamente estaremos ante un problema de salud, la cual se agudiza en nuestros países tercermundistas, que por naturaleza su crecimiento de la población ya en sí es acelerado, a pesar de todos los medios que se utilizan para su control.

Cabe la posibilidad que en no pocas veces escape de los servicios del Sector Salud a este grupo de edad, en los programas prioritarios, que encuadraría específicamente hablando en el Programa de Planificación Familiar, para tener a -

su alcance, la obtención y los conocimientos de los métodos\_ anticonceptivos, elaborando programas de acción a nivel primario, y así disminuir la incidencia de este problema, y dar mejores perspectivas de vida, de las mujeres y sobre todo de las mujeres mexicanas.

## C O N T E N I D O.

### Prologo.

INTRODUCCION.....	1
MATERIAL Y METODOS.....	8
RESULTADOS.....	11
DISCUSION.....	27
COMENTARIOS.....	29
RESUMEN.....	31
BIBLIOGRAFIA.....	32

## I N T R O D U C C I O N .

El estudio de los diversos fenómenos que ocurren en la adolescencia, es un tema que no debe desconocerse en quienes tienen contacto, con este grupo de edad. Incluyendo así a la familia, a la sociedad, en donde están los formadores y posibles guías del individuo que atraviesa esta etapa como son maestros, pedagogos, psicólogos, médicos; familiares y pediatras, etc..(2)

Por tal motivo cabe recordar en este trabajo el concepto de adolescencia, aplicado a los cambios psicológicos exhibidos, a las actitudes emocionales y sociales adoptadas, a las teorías políticas y filosóficas creadas, y a los ideales perseguidos por el ser adolescente durante la lucha, que entabla para trascender su inmadurez psicosocial, hacerse un lugar entre los adultos en un terreno de igualdad y elaborar un plan personal de vida así como un proyecto de modificación del ambiente cívico y cultural del cual le ha tocado en suerte ser célula.(1)

El esfuerzo para liquidar la estimación de dependencia emocional y social, consume toda una década del ciclo vital humano y debe desembocar en la madurez psicológica y ciudadana del adulto sano, siempre que el ambiente psicosocial y el institucional no hayan actuado deletéreamente y en contraste de este supremo esfuerzo del niño para lograr el equilibrio

La vida en familia, el amor, la solidaridad humana, el esfuerzo para alcanzar una meta, son cosas que se aprenden - de los padres y si esto no sucede, no sirve para nada que se lo cuenten al niño como una leyenda o que el adolescente lo encuentre en sus lecturas. Se comprenderá aquella parte que apele al intelecto, pero la emoción, fuerza energizante de toda acción instintiva o intelectual, permanecerá al margen del concepto, porque no surgió oportunamente en la niñez del humano. (1)

La adolescente búsqueda de la autonomía y la autodeterminación ya no tiene sentido, puesto que el niño, descuidado siempre, ha podido hacer lo que se le ha venido en gana, claro con el consecuente castigo cuando el adulto lo ha pillado en algo que nunca, nadie, le ha explicado no se debe hacer y por qué no. La búsqueda del placer o de nuevas y raras sensaciones toma el sitio de la autodeterminación. A fin de esto la autoestrucción es una forma de autodeterminación. (1,9)

El embarazo en la adolescencia no es nada nuevo, pero si es reciente el interés por buscar medios para evitarlo, - la investigación en la sexualidad de la adolescente ha reflejado las situaciones sociales, más que el análisis cuidadoso o el abatimiento de "supuestos" culturales. Para que el consumo de anticonceptivos comience en fecha más temprana y sea más eficaz por parte de jóvenes sexualmente activos, se necesita mucho para ayudarlas en el empleo eficaz de los mismos,

en una sociedad en que los problemas de los embarazos exce  
den, con mucho, de sus beneficios, pero en la que el hecho  
de evitar la gestación depende cada vez más de la responsabi  
lidad individual y no de restricciones sociales. (5,11)

Es evidente que en este momento la sociedad mundial se  
encuentra ante una de sus grandes problemáticas como es la  
explosión demográfica, y que consecuentemente esta situ  
ción se agrava aún más en los países llamados subdesarrolla  
dos, de la cual nuestro país forma parte, siendo que una de  
sus características es contar con una alta tasa de natalidad  
por lo que es de suponer que la población juvenil también es  
en número mayor proporcionalmente con los demás países. (14)

Que las mujeres adolescentes; sobre todo de la pobla- -  
ción socioeconómicamente baja, se encuentra ante el riesgo  
de cursar con un embarazo, por la falta de orientación, de\_  
disponibilidad etc.. en cuanto al uso de métodos anticoncep\_  
tivos. (4)

La etapa de la vida denominada adolescencia, carece en  
términos generales, de límites cronológicos exactos, lo que  
ha dado lugar que el análisis de los eventos que en ella su  
ceden se vean sujetos a comparaciones poco valederas, el ca  
so del embarazo no escapa de lo anterior y para conocer su\_  
evolución se han analizado hasta diversas edades. (7)

El interés por el embarazo en la adolescencia, data ya\_  
de muchos años, y aunque algunos reportes enfatizan el aumen

to de frecuencia de gestaciones, en la actualidad, en la mujer adolescente, lo cierto es que este evento ha sucedido en edades tempranas desde los inicios de la historia del hombre, aunque en los últimos años se ha abordado el problema en diversas publicaciones. (4,7,8)

Se ha señalado a Harris como el autor del primer trabajo en 1922. (8)

El número de adolescentes embarazadas va cada día en aumento, lo cual puede ser debido primordialmente a diversos motivos como ha sido señalado por Merinoff y Col. (8).

El primero es; que cada vez hay más mujeres dentro de estas edades. (En el caso de la República Mexicana, había en 1950 2 millones 850 mil mujeres de 10 a 19 años de edad, en comparación a 1970 que se incremento a 5 millones 700 mil mujeres de este mismo grupo).(14)

Otro factor es el promedio de edad de aparición de la menarca como lo ha señalado Cutright.(3), que la edad promedio de la menarquia disminuyó de 13.54 años en 1940 a 12.54 años en 1968.

Pero también el descuido paterno y el equivoco cambio o confusión de libertad y libertinaje, así como la nula educación sexual. (9)

Zelnik y Kentner.(16) señalan en cuanto a los problemas sociales que originan la ignorancia en el uso de anticonceptivos, la imposibilidad de obtenerlos, ausencia de sanciones

contra el embarazo por parte de la sociedad, y obstáculos económicos para el uso de estos.

También en EE.UU Dempsey.(8,15) encontró que hubo en la Cd. de Baltimore de 1959 a 1961 1000 nacimientos anuales en madres menores de 16 años y hace notar que las adolescentes inscritas en las escuelas de Baltimore tienen 3.7 % de posibilidades de lograr un embarazo, en el transcurso de su 15o año de vida, lo cual significa que una de cada 30 adolescentes de nacimiento a un niño durante ese año.

En 1964 Gottshalk y cols. (6) fueron los primeros en comparar un grupo de adolescentes embarazadas con un grupo similar, en cuanto a características demográficas de las jovencitas embarazadas, después de estudiar diversas variables psiquiátricas y sociales, incluidas; situación en la escala familiar, disciplinas por parte de las figuras paternas, preferencias religiosas, prácticas en cuanto a citas con jóvenes, fuentes de conocimiento sobre sexualidad, menstruación y síntomas neuróticos, los investigadores concluyeron que; las desviaciones de la personalidad explicaban solo una fracción, muy pequeña del embarazo entre las adolescentes.

En Francia Barbier menciona que según las estadísticas de la población estudiada en el período de 1921 a 1951 de 1 a 2 partos por 1000 suceden en madres solteras de 15 años(8)

En Gran Bretaña, Russel. (8,12) señala que entre 1956 y 1966 el número de embarazos en adolescentes de 13 a 15 años

ascendía de 269 por año a 1288 por año, eliminando el factor de incremento de mujeres, en este mismo grupo de edad, existe no obstante una diferencia significativa, en promedio de partos de 0.8 por 1000 a 3.2 por 1000.

En México Kably y cols. Efectuaron un estudio en 1982 retrospectivo, analizando 500 expedientes de adolescentes embarazadas encontraron que la frecuencia es mayor entre los 16 y 17 años, correspondiendo solo a 2 casos de 12 años y 6 a 14 años.(7)

Fuera de esta, se encuentra escasos estudios al respecto, pero sabemos que tenemos un índice de crecimiento de los elevados del mundo y que el mayor número de nacimientos ocurren en la población de escasos recursos, en donde las mujeres inician su vida retrospectiva a temprana edad.(8,9).

La importancia de que la adolescente hija de familia, se embaraze, representa, una serie de problemas, tanto a ella misma, en el aspecto social, como psíquico por un embarazo en la mayoría de las veces no deseado, afectando secundariamente a la unidad de su grupo familiar. Es un problema que en su momento pudo haber sido previsto.(13).

El propósito de este trabajo es señalar precisamente la fenomenología que tiene lugar, el nivel socioeconómico afectado, la poca información y la falta de disponibilidad de los métodos anticonceptivos, y sobre todo la actitud que asume la adolescente desde el momento en que se sabe embarazada

el papel que toman los padres, la aceptación o no de la sociedad en que se desenvuelve y la función del Médico y principalmente del Médico Familiar como posible guía hacia las soluciones de este problema. (9)

La situación de la adolescente embarazada es que atraviesa por una serie de problemas; desde antes de la concepción, no teniendo educación sexual adecuada, desconociendo los métodos anticonceptivos, ya sea por no contar con los conocimientos claros al respecto o de no obtenerlos fácilmente a su alcance, que da como resultado que efectúe sus relaciones sexuales, en forma por demás sin ninguna precaución, dando lugar al embarazo, iniciando con ello un estado de -- stress continuo, ya que a determinado tiempo tendrá la necesidad de comunicárselo a la persona de su más cercana confianza, que finalmente termina por declarárselo a sus padres y en estos momentos es que la familia atraviesa en una etapa crítica repercutiendo en la dinámica familiar. Pues este problema implica que la chica, sea rechazada por su familia, criticada por la sociedad, frustraciones en sus estudios y metas trazadas, repercutiendo incluso en la economía familiar. Esto representa que se tomen cuatro soluciones posibles: 1) matrimonio, 2) Llevar el embarazo a término y dar a luz sin matrimonio, ya sea poniendo al niño en adopción o, como en algunas culturas, aceptándolo en la familia, como ilegítimo, 3) aborto e incluso 4) intento de suicidio.

## MATERIAL Y METODO.

El presente trabajo se efectuó a 30 pacientes embarazadas, que su edad oscilara de 12 a 19 años, cumplidos, consideradas en este trabajo como adolescentes, sin que portaran padecimiento agregado.

Todas ellas acudieron de primera vez, a la consulta externa de control prenatal, detectándolas precisamente en la tarjeta de control prenatal que llevan las asistentes de consultorio.

Se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS Delegación Puebla, en los meses comprendidos de septiembre a Noviembre de 1984.

La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario que previamente fué elaborado, el cual incluye entre otras preguntas: Ficha de identidad, grado de escolaridad, medio socioeconómico, edad de aparición de la menarca, y aspectos propios relacionados a su embarazo, en total fué de 21 preguntas.

El cuestionario se les efectuó en forma directa, en la sala de espera de la Unidad, una vez que habian terminado su consulta de prenatal, se les explicó previamente el motivo de la encuesta, mediante palabras que ellos entendieran.

A continuación se anexa el cuestionario que se les realizó.

" EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE ASPECTOS PSICOSOCIALES Y SU REPERCUSION EN LA DINAMICA FAMILIAR "

1. Edad en años cumplidos.
2. Religión.
3. Ocupación antes de embarazarse.  
Trabajaba ( ) Estudiaba ( ) Labs del hogar ( )
4. Escolaridad.  
Primaria incompleta ( ) Primaria completa ( ) Secundaria ( ) Preparatoria o equivalente ( ) ninguna ( )
5. Ocupación del padre y/o madre. Esposo.  
Sueldo mensual aproximado.
6. Edo. civil.  
Soltera ( ) Casada por lo civil y la iglesia ( ) Casada por lo civil ( ) Casada por la iglesia ( ) Unión libre ( )
7. Se casó Ud. a raíz de su embarazo.  
Sí ( ) No ( )
8. Si no es Ud. casada desea casarse.  
Sí ( ) No ( ) Por que?
9. A qué edad tuvo su primera menstruación.  
A qué edad tuvo su primera relación sexual.
10. Tiene conocimiento en cuanto al uso de métodos anticonceptivos.  
Sí ( ) No ( )
11. Ha utilizado algún método anticonceptivo regularmente.  
Sí ( ) No ( )
12. Número de veces que ha estado embarazada.  
1 ( ) 2 ( ) 3 o mas ( )
- 13 Deseaba su embarazo Sí ( ) No ( )  
Acepta su embarazo. Sí ( ) No ( )
14. Desea o ha intentado abortar.  
Sí ( ) No ( )

15. Sabia Ud. que estaba embarazada.  
Sí ( )            No ( )
16. Que persona se entero o le comunicó inicialmente su em-  
barazo.  
Madre ( )    Hermana ( )    Tía ( )    Amiga ( )    Médico    --  
esposo ( )
17. Hay rechazo por parte de sus amistades por su embarazo  
Sí ( )            No ( )
18. En su familia es aceptada por su embarazo.  
Sí ( )            No ( )
19. Considera Ud. que en su familia hay buenas relaciones-  
entre sus miembros.  
Sí ( )            No ( )
20. Considera Ud. que en su familia existen normas rígidas  
de disciplina.  
Sí ( )            No ( )
21. De que manera ha cambiado su vida familiar con motivo  
de su embarazo.

-----  
-----

## RESULTADOS.

1. EDAD correspondió a 19 años el 26.6 %, a 18 años el 33.3 %, a 17 años el 26.6 %, a 16 años el 6.6 % a 15 y 13 años el 3.3 % respectivamente. (Gráfica 1)
2. RELIGION el 93 % eran católicas y el 6.6 % evangelistas. (Tabla 1)
3. OCUPACION antes de embarazarse, el 40 % se dedicaba a las labores del hogar, el 33.3 % estudiaba y el 26.6 %, trabajaba. (Tabla 2)
4. ESCOLARIDAD obtenida fué, el 43 % cursó la primaria completa, el 23 % tenía primaria incompleta, el 20 % preparatoria o equivalente y el 13.3 % secundaria. (Tabla 3)
5. OCUPACION del padre si era soltera o del esposo si era casada, el 53.3% eran obreros, el 33.3 % eran empleados, el 6.6 % eran comerciantes, el 3.3 % elbañil y el 3.3 % chofer. (Gráfica 2)
6. EDO.CIVIL de las pacientes estudiadas, el 46.6 % estaba casada por lo civil, el 26.6 % casada por lo civil y por la iglesia, el 20 % vivía en unión libre y el 6.6 % eran solteras. (Gráfica 3)
7. SE CASO a raíz de su embarazo, el 20 % contestó que sí y el 80 % que no. (Tabla 4)
8. DESEU de casarse, el 100 % de las mujeres que eran solte

ras o que vivían en unión libre contestaron afirmativamente, que corresponde al 26.6 % del total. (Tabla 5)

9. APARICION de la menarca, a los 13 años el 40%, a los 12 años el 30%, el 13.3% a los 14 años, el 10% a los 11 años, el 3.3 % a los 15 y 9 años respectivamente. (Tabla 6)

EDAD en que iniciaron su vida sexual activa, se obtuvo que, el 33.3 % a los 17 años, el 20 % a los 16 años, el 20 % a los 15 años, el 13.3 % a los 18 años, el 6.6 % a los 14 años, el 3.3% a los 13 y 12 años correspondientemente. (tabla 7)

10. CONOCIMIENTO en cuanto al uso de anticonceptivos, se obtuvo que el 76.6 % contestó negativamente y el 23.3 % afirmativamente. (Tabla 8)

11. HA UTILIZADO algún método anticonceptivo regularmente el 16.6 % si y el 83.3 % no. (Tabla 9 )

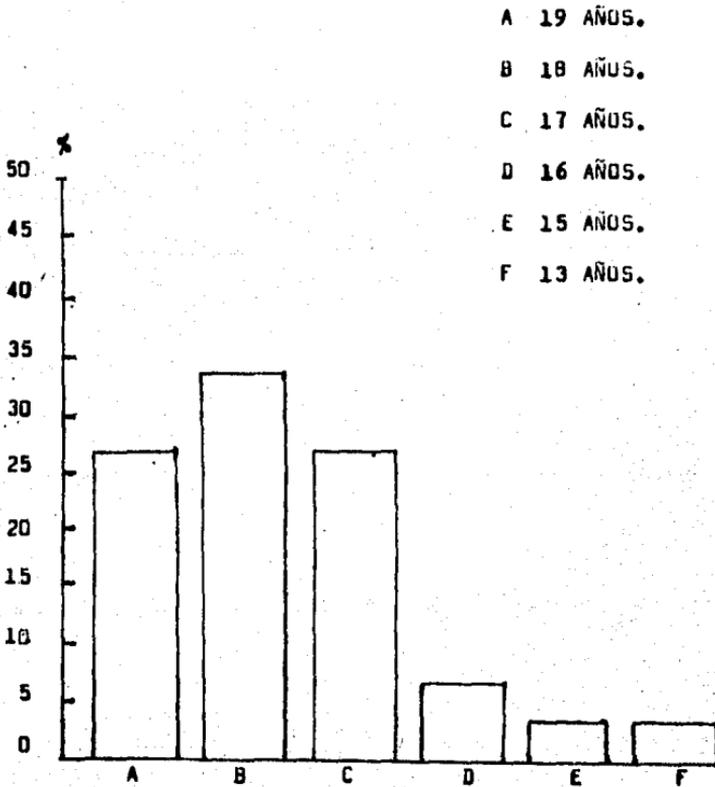
12. NUMERO de veces que ha estado embarazada, el resultado fue que el 63.3 % era su primer embarazo, el 30 % que era su segundo y el 6.6 % que era su Tercero mas número de embarazo. (Gráfica 4)

13. DESEABA SU embarazo, contestaron que sí el 76.6 % y el 23.3 % que no, de estas el 100 % finalmente aceptaron su embarazo. (Tabla 10)

14. DESEA o ha intentado abortar, se obtuvo que el 10% pensó en esta situación, y el 90 % no. (Tabla 11)

15. SABIA UD que estaba embarazada, el 20 % contestó que no\_ y el 80 % afirmativamente. (Tabla 12)
16. PERSONA que comunicó inicialmente su estado, se obtuvo que el 56.6 % el esposo, el 16.6 % a su madre, el 13.3 % a una amiga, el 10. % al médico y el 3.3 % a su hermana. (Tabla 13)
17. HAY RECHAZO por parte de sus amistades por su embarazo el 43.3 % contestaron que si, y el 56.6 % que no. (Tabla 14)
18. ES ACEPTADA en su familia por su embarazo, mencionaron - que no el 20 % y 80 % que no. (Tabla 15)
19. CONSIDERA que en su familia hay buenas relaciones entre sus miembros, el 16.6 % contestó que no y el 83.3 % que si. (Tabla 16)
20. EN SU FAMILIA existen normas rígidas de disciplina, mencionaron el 36.6 % que si y el 63.3 % que no. (Tabla 17)
21. AL PREGUNTARSELE por último que mencionaran, de que manera ha cambiado su vida con motivo de su embarazo, mencionaron en algún momento de su contestación, mayor obligación el 50 %, no hay libertad el 36 %, el 10 % que ya no estudiaban, y el 4 % de mayor trabajo. (Tabla 18)

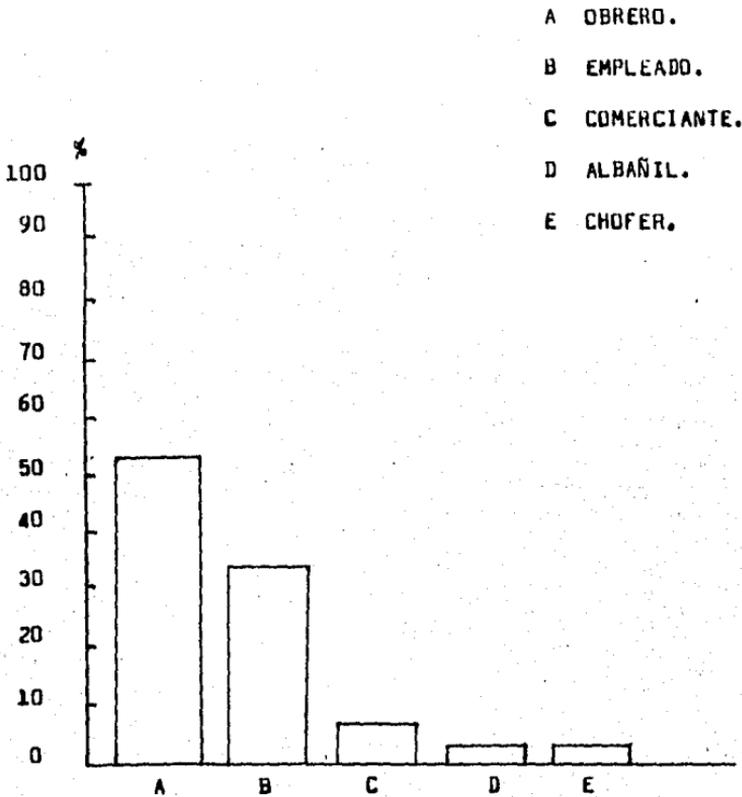
GRAFICA REPRESENTATIVA DE LA EDAD DE LAS PACIENTES  
EMBARAZADAS.



GRAFICA 1

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA.

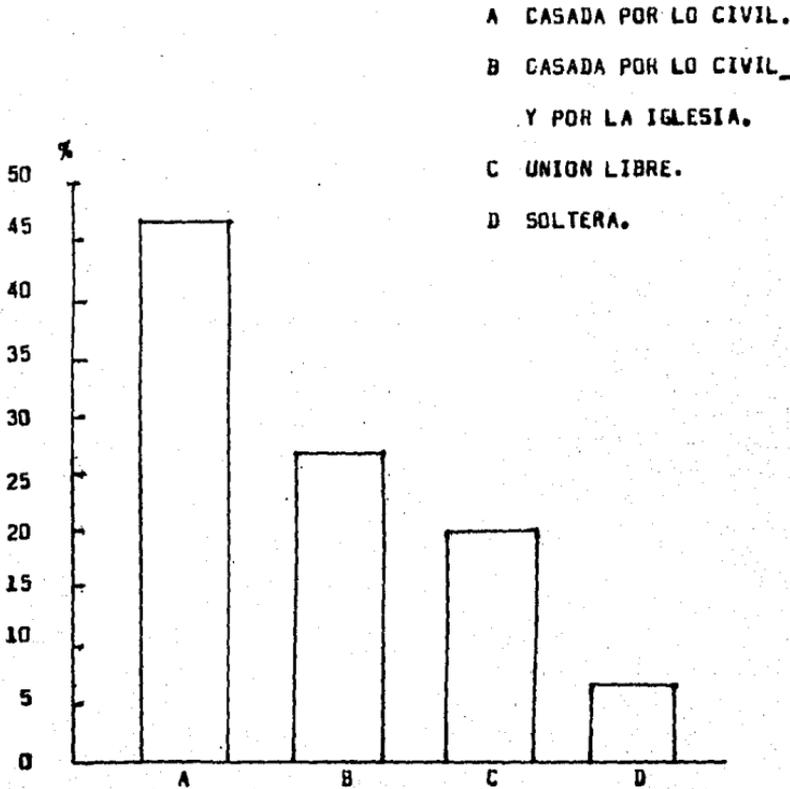
GRAFICA REPRESENTATIVA DE LA OCUPACION DEL PADRE SI ERA MADRE SOLTERA O DEL ESPOSO SI ERA CASADA.



GRAFICA 2

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA.

GRAFICA REPRESENTATIVA DEL ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS.

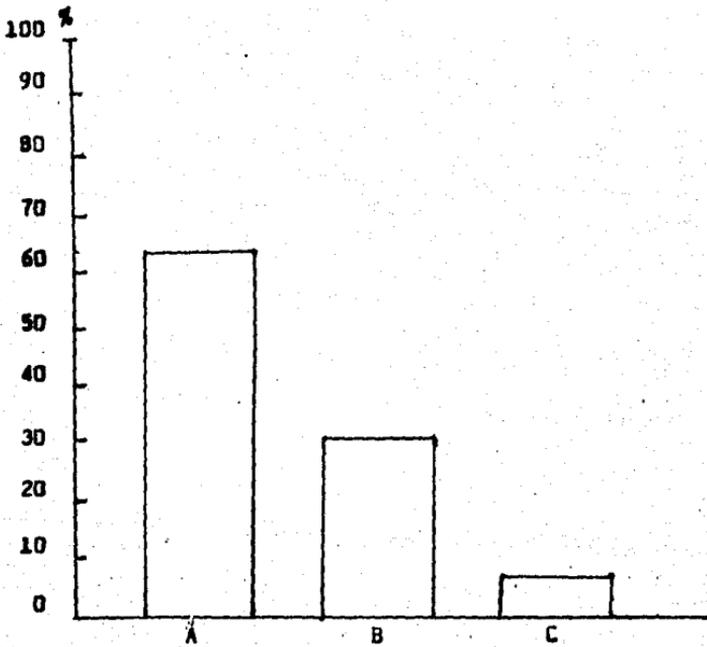


GRAFICA 1

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA.

GRAFICA REPRESENTATIVA DEL NUMERO DE VECES, QUE LA PA-  
CIENTE HA ESTADO EMBARAZADA.

- A PRIMERA VEZ.
- B SEGUNDA VEZ.
- C TERCERA O MAS.



GRAFICA 4

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA.

## PRACTICAS RELIGIOSAS.

RELIGION	NO. DE PTES.	%
CATOLICA.	28	93.3
EVANGELISTA.	2	6.6

TABLA 1

## OCUPACION ANTES DE EMBARAZARSE.

OCUPACION	NO. DE PTES.	%
LABS. DEL HOGAR.	12	40
ESTUDIABA.	10	33.3
TRABAJABA.	8	26.6

TABLA 2

## ESCOLARIDAD REFERIDA.

ESCOLARIDAD	NO. DE PTES.	%
PRIM. COMPLETA.	13	43.3
PRIM. INCOMPLETA	7	23.3
PREP. O EQUIVALENTE.	6	20.
SECUNDARIA.	4	13.3

TABLA 3

## SE CASO A RAIZ DE SU EMBARAZO.

SE CASO.	NO. DE PTES.	%
SI	6	20
NO	24	80

TABLA 4

## DESEO DE CASARSE.

DESEARON CASARSE.	NO. DE PTES.	%
SI	8	26.6
NO	22	73.2

TABLA 5

## EDAD DE APARICION DE LA MENARCA.

EDAD.	NO. DE PTES.	%
15	1	3.3
14	4	13.3
13	12	40
12	9	30
11	3	10
9	1	3.3

TABLA 6

## EDAD DE INICIO VIDA SEXUAL ACTIVA.

EDAD	NO. DE PTES	%
18	4	13.3
17	10	33.3
16	6	20
15	6	20
14	2	6.6
13	1	3.3
12	1	3.3

TABLA 7

## CONOCIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.

CONOCIMIENTO	NO. DE PTES	%
SI	7	23.3
NO	23	76.6

TABLA 8

## HA UTILIZADO ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO.

HA UTILIZADO.	NO. DE PTES.	%
SI	5	83.3
NO	25	16.6

TABLA 9

## DESEABA SU EMBARAZO.

DESEABA	NO. DE PTES	%
SI	23	76.6
NO	7	23.3

TABLA 10

## DESEA O HA INTENTADO ABORTAR.

DESEA	NO DE PTES.	%
SI	3	10
NO	27	90

TABLA 11

## SABIA UD QUE ESTABA EMBARAZADA.

SABIA	NO DE PTES.	%
SI	24	80
NO	6	20

TABLA 12

## PERSONA QUE COMUNICO, INICIALMENTE SU EMBARAZO.

PERSONA	NO DE PTES	%
ESPOSO	17	56.6
MADRE	5	16.6
AMIGA	4	13.3
HERMANA	1	3.3
MEDICO	3	10.0

TABLA 13

## HAY RECHAZO POR PARTE DE SUS AMISTADES POR SU EMBARAZO.

HAY RECHAZO	NO DE PTES	%
SI	13	43.3
NO	17	56.6

TABLA 14

ES ACEPTADA EN SU FAMILIA POR SU EMBARAZO.

ES ACEPTADA	NO. DE PTES.	%
NO	6	20.0
SI	24	80.0

TABLA 15

CONSIDERA QUE EN SU FAMILIA HAY BUENAS RELACIONES.

CONSIDERA	NO. DE PTES.	%
NO	5	16.6
SI	25	83.3

TABLA 16

## EN SU FAMILIA EXISTEN NORMAS RIGIDAS DE DISCIPLINA.

EXISTE.	NO DE PTES.	%
SI	11	36.6
NO	19	63.3

TABLA 17

## QUE MANERA HA CAMBIADO SU VIDA, POR SU EMBARAZO.

RESPUESTA.	%
MAYOR OBLIGACION	50
NO HAY LIBERTAD	36
YA NO ESTUDIA	10
MAYOR TRABAJO	4

TABLA 18

De los resultados obtenidos y a su vez analizados, de la encuesta realizada a 30 pacientes adolescentes, en la consulta externa de control prenatal de la U.M.F. No se concluye:

Reafirmando lo mencionado por otros autores en la literatura revisada, que el grupo de edad más frecuentemente -- afectado es de los; 19, 18, 17 y 16 años cumplidos, haciendo notar que la muestra abarcó hasta los 19 años. Se halló a solo una de 13 años. En relativo a prácticas religiosas el mayor porcentaje era católica y un mínimo evangelista.

Hubo un predominio de las que se dedicaban a las labores del hogar, siguiendo las que estudiaban, y la mayoría solo tenía primaria incompleta y completa.

Se hace notorio que el grupo socioeconómico más afectado, valorando la ocupación del padre o esposo es la clase -- obrera, lo que confirma lo encontrado por otros autores.

Se menciona a la vez que la mayoría solo estaba casada \_ por lo civil, siendo discreto el número, que refirió que el casamiento fué la solución de su embarazo.

Es importante señalar que el 100 por ciento de las pacientes que vivían en unión libre o bien eran madres solte--ras, deseaban formalizar sus relaciones mediante el casamiento.

En relación a la edad de la aparición de la menarca, también se reafirma, que la edad promedio es de 12.56 años\_ en nuestra muestra. Es interesante señalar a la paciente que presentó su menarca más precosmente que fué de 9 años, es la que inició su vida sexual activa a los 12 años.

Es significativo que la mayoría, no tenía conocimiento\_ de métodos anticonceptivos, y que por lo mismo no los utili- zaban, lo que refleja la falta de información y de disponibi- lidad al respecto.

Fuó una minoría que opinó, que no deseaba su embarazo y que en algún momento deseo o intento abortar.

Es notorio en este caso que el Médico Familiar, no es el primero de enterarse de la problemática, que un buen por- centaje, refirió sentirse rechazada, en el medio en que vi- vía, y que además, refirían existir normas rígidas de disci- plina, en su familia.

Se encontró que al inquirirseles, que cómo había cambia- do su vida por su embarazo, todas ellas mencionaron algunas de estas palabras, mayor obligación, la poca libertad, y que se habían frustrado en sus estudios.

De todo lo anterior, concluimos que, el embarazo en la adolescente, afecta al nivel socioeconómico bajo, que hay falta de información y de disponibilidad, de los métodos en- ticonceptivos, existen cambios en la actitud de la paciente y que si REPERCUTE EN LA UNIDAD DEL GRUPO FAMILIAR.

COMENTARIOS.

A pesar de que el presente trabajo abarcó un pequeño número de pacientes, consideradas como adolescentes, hasta los 19 años, no por ello deja de ser de poco valor apreciativo, si consideramos que la población derechohabiente del IMSS es formada precisamente por la clase trabajadora.

Por ello se hace hincapié la continuación de un trabajo de investigación similar, con el estudio de las características propias de esta población.

Lo que es notorio es que la edad que predominó fué de 18 y 17 años, reafirmando que el nivel socioeconómico más afectado, es la clase baja, tomando como referencia la ocupación del esposo o en su defecto el padre. Por lo tanto era de esperarse que estas pacientes tuvieran poca o nula información sobre métodos anticonceptivos y conocimientos de sexualidad.

Si bien es cierto que una mayoría se encontraba casada, que incluso pudo ser la solución, a la que se dió su embarazo todas ellas refirieron en algún momento, que se encontraban frustradas en sus estudios, que estaban limitadas en su libertad y que tenían mayor trabajo y obligaciones. Lo que significa que estas pacientes, por iniciar su vida sexual a temprana edad, no se encuentran aún preparadas, para afrontar los problemas, que ha de atravesar toda mujer durante este

paso de su vida.

Por lo anteriormente mencionado, nuevamente se insiste en que es necesario, llevar a efecto programas encaminados a tocar el tema; sobre sexualidad, e información de la diversa metodología anticonceptiva, dirigida a este grupo de edad así como a los profesionistas que tienen contacto directo, - como son maestros, psicólogos, médicos etc..

Mención aparte merece, a que es inherencia del especialista en Medicina Familiar conocer todo este proceso, la cual deberá dar la mejor solución posible, ya que como se encontró en el presente estudio, su participación como orientador fué mínimo, y que sólo se acude a él para el control médico del embarazo.

Por último toca al Sector Salud incluir en sus programas prioritarios, a este grupo de edad, para la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento; médico y apoyo psicológico del embarazo a toda mujer de esta edad.

## RESUMEN.

Se efectuó una encuesta a 30 pacientes embarazadas de 12 a 19 años de edad, consideradas en este trabajo como adolescentes, en la consulta externa de control prenatal de la UMF No 1 IMSS Puebla.

Se les practicó un cuestionario de 21 preguntas, que contenían entre otras preguntas; edad, escolaridad, prácticas religiosas, nivel socioeconómico, menarca, IVSA y aspectos propios de su embarazo.

Concluyéndose que la mayoría su edad era de 18 y 17 años cumplidos, hallándose solo una de 13 años, que fue la que presentó su menarca más precozmente, que la gran mayoría tenía solo primaria, a igual que un buen porcentaje era de nivel socioeconómico bajo y que desconocían sobre métodos anticonceptivos, todas ellas se quejaron de poca libertad, mayor obligación y frustraciones en sus estudios, fue notorio que el médico familiar se vio solo por el aspecto médico del embarazo, finalmente se demuestra que si repercute en la unidad del grupo familiar.

Se propone que se tome más en cuenta a este problema, por parte de los profesionistas que tienen un contacto directo con las mujeres de esta edad, sobre todo el especialista en Medicina Familiar e incluir dentro de los programas de atención del Sector Salud.

## R E S U M E N.

Se efectuó una encuesta a 30 pacientes embarazadas de 12 a 19 años de edad, consideradas en este trabajo como adolescentes, en la consulta externa de control prenatal de la UMF No 1 IMSS Puebla.

Se les practicó un cuestionario de 21 preguntas, que contenían entre otras preguntas; edad, escolaridad, prácticas religiosas, nivel socioeconómico, menarca, IVSA y aspectos propios de su embarazo.

Concluyéndose que la mayoría su edad era de 18 y 17 años cumplidos, hallándose solo una de 13 años, que fué la que presentó su menarca más precozmente, que la gran mayoría tenía solo primaria, a igual que un buen porcentaje era de nivel socioeconómico bajo y que desconocían sobre métodos anticonceptivos, todas ellas se quejaron de poca libertad, mayor obligación y frustraciones en sus estudios, fué notorio que el médico familiar es visto solo por el aspecto médico del embarazo, finalmente se demuestra que si repercute en la unidad del grupo familiar.

Se propone que se tome más en cuenta a este problema, por parte de los profesionistas que tienen un contacto directo con las mujeres de esta edad, sobre todo el especialista en Medicina Familiar a incluir dentro de los programas de atención del Sector Salud.

## B I B L I O G R A F I A

1. Cisneros CJ, Deveaux CJ. Humanismo y Pediatría. México: - Ed. Fondo Ed. de la Academia Mexicana de Pediatría, 1968: Cap X 479-509
2. Con FH, Rakel ER, Johnson T. Medicina Familiar. México: - Ed. Interamericana, 1974; 268-69
3. Cwtright AP. The teenage sexual revolution. Fam Plann - Perspect 1972; 4; 20-23
4. Foncerrada MM. Actualidades en Ginecología y Obstetricia México; Ed. Asoc. Mex de Ginec y Obst, 1976; Tomo II 835-852
5. Freeman WE, Rickels AK. Estado actual de la práctica e - investigación en cuanto al consumo de anticonceptivos -- por la adolescente. Ginecobst de Postgrado 1980; 5; 36-45
6. Gottschalk LA, Titchener JL, Piker HM, et al. Psychoso- cial factors associated with pregnancy in adolescent -- girls; A preliminary report. J Nerv Ment Dis 1964; 133; - 525-428
7. Kably AA, Mar de la Rosa J, Orozco HM. Embarazo en la -- adolescente análisis de 500 casos. Ginec y Obst de Mex - 1982; 50; 179-182
8. Larios MM. Actualidades en Ginecología y Obstetricia. Mé xico; Ed. Asoc. Mex de Ginec y Obst, 1976; Tomo II 795-804
9. Martínez MR, Novoa NJ. La salud del niño y del adolescen

- te, México; Ed. Salvat, 1981; Tomo II-1594
10. Méndez GJ. Actualidades en Ginecología y Obstetricia. México: Ed. Asoc Mex de Ginec y Obst, 1976; Tomo II 813-22
  11. Nadelson CC, Malkak TN, Gillon WJ. Conocimientos y actitudes sexuales de las adolescentes relación con el uso de anticonceptivos. Ginecobst de Postgrado 1980;5:369-72
  12. Russell JK. Sexual activity and its consequences in the teenager. Clin Obstet Gynaecol 1974;1:683-97
  13. Sacks D. Pregnancy among teenagers. Can Med Assoc J 1981;124:959
  14. SSA. Atlas de la salud de la Republica Mexicana. México, Editorial. Libros de Mex, 1973;28
  15. Wallace MH, Weks J, Medina A. Services for pregnant teenagers in the large cities of the United States. JAMA -- 1982;248:2270-73
  16. Zelnik M, Kantner JF. The revolution of teenage first -- pregnancies. Fam Plan Perspect 1974;6:74-78
  17. Zuckerman MB, Winemore G, Alpert JJ. A study of attitudes and support systems of inner city adolescent mothers. The J Pediatr 1979;95:122-125