

11226 73  
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8

JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

**INFLUENCIA FAMILIAR EN EL  
EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE  
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A :**

**DR. SALVADOR ORDUÑA AYALA**



**IMSS**

México, D. F.

Febrero de 1992



## **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.

## INDICE.

INTRODUCCION.....	6
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
OBJETIVOS.....	19
HIPOTESIS.....	20
PROGRAMA DE TRABAJO.....	21
RESULTADOS.....	22
GRAFICAS.....	31
DESCRIPCION DE RESULTADOS.....	32
ANALISIS DE RESULTADOS.....	35
CONCLUSIONES.....	36
COMENTARIO.....	37
BIBLIOGRAFIA.....	38

## INTRODUCCION.

El estudio de la paciente adolescente embarazada, se ha enfocado desde varios puntos de vista, que incluyen tanto aspectos de orden médico como social. Los factores que anteceden en la aparición del embarazo en la adolescente son complejos y constituyen uno de los problemas de la sociedad contemporánea, pues entrañan mayores riesgos de tipo biológico, psicológico y social.

Los hábitos y la actividad sexual de los adolescentes han cambiado mucho en las últimas décadas, así como el impacto que tienen en la conducta de los adolescentes, los medios de comunicación y la más temprana maduración sexual y somática, esto contribuye indudablemente a la iniciación precoz de la actividad sexual de las adolescentes solteras y en consecuencia, el aumento de embarazos tempranos en todos los grupos socioeconómicos.

En México, como en otros países, se ha venido trabajando en el campo de la salud reproductiva desde hace varios años siendo en la actualidad el área de la adolescencia, prioritaria para estudios que exploren la conducta sexual de nuestros jóvenes y el aumento cada vez mayor del embarazo en esta época de la vida.

El embarazo a esta temprana edad es en su mayoría indeseado, ocurre frecuentemente en jóvenes solteras y es considerado desde el punto de vista obstétrico como un embarazo de alto riesgo por sus múltiples implicaciones sociales y médicas. Las consecuencias como el aborto, la madre soltera, y el hijo indeseado; así como las medidas tendientes a su prevención como la educación sexual y la anticoncepción preventiva son temas prioritarios en la actualidad para las entidades gubernamentales que manejan la salud de la madre y del niño en cualquier país del mundo.

El aumento del embarazo en la adolescencia se encuentra la combinación de tres factores a saber: 1). Inicio temprano de las relaciones sexuales. 2). Maduración sexual más temprana. 3). Poca utilización de la anticoncepción preventiva por ignorancia o inaccesibilidad.

bilidad a los anticonceptivos. Se ha reconocido la importancia de la adolescente embarazada, pero los programas de planificación familiar y sobre todo en países subdesarrollados, han prestado poca atención a este problema.

Es importante mencionar las restricciones legales, sociales y -morales para acceder a la disponibilidad del uso de anticonceptivos en este tipo de pacientes. Estudios recientes han señalado -- que las mujeres solteras menores de 19 años han tenido ya una relación sexual y más de la mitad de este tipo de pacientes con actividad sexual no visitan a un médico o a una clínica para obtener información adecuada sobre los métodos anticonceptivos, Por lo que se anticipa que el número de adolescentes con actividad sexual seguirá aumentando, por lo tanto, en los años siguientes, -- que rumbo tomará el comportamiento reproductivo del adolescente, -- que incentivos habrá para una reproducción responsable.

La población mexicana es eminentemente joven, debido a la elevada tasa de natalidad de las últimas tres décadas y a la rápida declinación de la mortalidad, se ha venido operando un proceso de rejuvenecimiento de la población. Demográficamente somos un país nuevo, joven; reconociendo el hecho de que un alto porcentaje de nuestras próximas generaciones nacerá de madres jóvenes entre 11- y 18 años, lo cual reviste una importancia crítica para encontrar alternativas razonables para mejorar este problema.

Se considera que tanto el embarazo como el parto en la adolescente es psicológicamente y socioeconómicamente indeseable, independientemente de que la resolución obstétrica sea favorable para la madre y el producto. El embarazo en esta etapa de la vida lleva consigo mayores riesgos, tanto para la futura madre como para el producto, el reconocimiento del alto peligro que representa el embarazo en la adolescente es un concepto relativamente reciente-- en los textos sólo hacían mención de algunos de los problemas médicos, más que a las posibles relaciones entre estos problemas y aspectos demográficos. Desde entonces las autoridades han dirigido la atención a esta parte de la población.

La tasa de embarazos, partos y abortos en adolescentes se ha mantenido en la última década, a pesar de la creciente disposición y uso de anticonceptivos; de las campañas federales y del sector salud en servicios de planificación familiar y orientación sexual. - Todo lo anterior ha logrado pobres resultados prácticos, a pesar - del interés cada vez mayor de este problema. El conocimiento más - preciso de factores en la fecundidad de los adolescentes y las ex- periencias, puede ser la clave para acciones más eficientes de pla- nificación familiar y orientación sexual para este grupo.

Después de conocer y plantear esta breve semblanza de la proble- mática médico, psicológico y social de la paciente adolescente em- barazada, es lo que nos motiva a afectar el presente estudio, pa- ra llegar a conocer si efectivamente la influencia familiar y la - existencia de otros factores son riesgos para que una adolescente- pueda llegar a embarazarse. Este trabajo lo llevaremos a cabo por- medio de la aplicación de encuesta directa, a todas las pacientes- embarazadas adolescentes, que se presentes en la consulta del Hos- pital General de Zona y Unidad de Medicina Familiar No. 8 y del -- Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social; y que cumplan los criterios establecidos del -- presente estudio.

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

La adolescencia es un proceso psicológico y sociocultural a través del cual un individuo experimenta la transición de la niñez al estado adulto. (1). El inicio de este proceso se da con los cambios morfológicos y fisiológicos experimentados en el organismo, - los cuales constituyen en conjunto la pubertad. (17). Considerando los tres aspectos mencionados; biológico, psicológico y social; la adolescencia se puede definir como una etapa ubicada entre la vida infantil y la vida adulta, durante la cual el ser humano busca las pautas de conducta que respondan al nuevo funcionamiento de su --- cuerpo y a los requerimientos socioculturales de ese momento y su medio. (1).

La mayoría de las culturas relaciona el inicio de la adolescen-- cia con la aparición de los cambios anatómicos y fisiológicos propios de la pubertad; en ciertos países subdesarrollados, particu-- larmente en áreas rurales, se considera adulta a una mujer una vez que su menstruación se establece regularmente por lo que el período de transición antes mencionado resulta tan rápido, que práctic~~a~~ mente no existe la etapa de la adolescencia. (5). En los países de sarrollados y en las áreas urbanas, las jóvenes tienden a prolongar su estancia y dependencia del núcleo familiar; dedican más de su tiempo a estudiar y se casan a mayor edad, por lo cual se am--- pía el período de transición de la niñez a la vida adulta. (13).

Las variaciones socioculturales hacen difícil delimitar a la ado--lescencia en términos universales, sin embargo; el Comité de la Or--ganización Mundial de la Salud (OMS), para los problemas de la salud en el adolescente han adoptado el rango de 10 a 19 años de --- edad para su definición etárea, en este período se hace una dife--renciación entre adolescencia temprana (10 a 14 años) y tardía (15 a 19 años), lo cual resulta importante porque puede contribuir a - determinar problemas diferentes relacionados tanto con la salud co--mo requerimientos educativos. (2).

En 1985 las estimaciones realizadas por la OMS, consideran que -

una de cada cinco personas en el mundo tenían entre 10 y 19 años-- de edad, esto significa que existían alrededor de 1,000 millones de adolescentes. De ellos más del 80% vivían en países en desarrollo y representaban un 15% de aquella. En México alrededor del 15% de la población general tiene actualmente entre 15 y 19 años y se estima que para el año 2010, se reducirá al 8%, aunque esto representa un descenso en términos proporcionales, dado el crecimiento poblacional, los números absolutos prácticamente no sufrirán variaciones importantes. En México, la Encuesta Nacional Demográfica de 1982 mostró que del total de nacidos vivos, el 12.1% fueron hijos de mujeres entre 15 y 19 años de edad, debiendo hacerse notar que en la fecha señalada, la fecundidad en el área rural duplicaba --- prácticamente a la urbana. (1).

La adolescencia es una época de transición en la vida de la mujer, durante la cual deja de ser niña para alcanzar su madurez. En esta época ocurren importantes cambios anatómicos, funcionales, -- psicológicos y ambientales que le imprimen características especiales. Por lo tanto la embarazada adolescente es emocional y físicamente inmadura para cumplir adecuadamente con los procesos de reproducción, entre otros factores debido a que su educación aún es limitada, depende económicamente de sus familiares y en algunas -- ocasiones aún no logra un buen desarrollo somático. (16).

No hay un consenso uniforme que fije los límites de esta época -- de la vida y es así que para algunos autores, la embarazada adolescente es aquella que tiene como límite de edad hasta los 17 años, -- y otros autores al darle la denominación de gestante joven incluyen pacientes hasta los 19 años. Sin embargo el embarazo y el parto en la adolescente va a ser psicológico y socioeconómicamente in deseable aún siendo que la resolución obstétrica sea favorable tanto para la madre como el producto. (4).

La ocurrencia de embarazos entre los adolescentes ha alcanzado -- proporciones tan grandes en todo el mundo, por lo general va acompañado de una serie de condiciones adversas que pueden atentar con tra la salud, tanto física como emocional, de ella y de su hijo. --



La situación se agrava si además de la corta edad, la madre no se encuentra dentro de la protección del matrimonio, esto la coloca en una condición adversa social y emocionalmente. De un modo general puede afirmarse que las consecuencias del embarazo y la crianza durante la adolescencia se relacionan con aspectos no tan sólo de salud sino psicológicos, socioeconómicos y demográficos. (14).

En las últimas décadas, la menarquía se ha presentado a menor edad en Europa, la edad promedio de ésta ha descendido 10 meses por cada generación. Tal parece que la nutrición, talla y peso corporales tengan influencia en este fenómeno, sin menospreciar los estímulos de orden sensorial que tienen efecto en áreas hipotálamicas e hipofisiarias y por lo tanto repercuten en el orden gonadal-- consecuencia es un hecho que las adolescentes de una gran parte del mundo están maduras físicamente a menor edad. (15).

En los Estados Unidos de América, se ha comprobado que 15 a 20 millones de adolescentes entre 11 y 19 años de edad, inician su vida sexual activa desde temprano, quedando embarazadas 1 de cada 10 por año, son las adolescentes de este país las que presentan, mayor proporción de partos así como un aumentado índice de abortos por año. El embarazo seguido del parto bloquea y deforma estas funciones de la adolescencia, suprime etapas importantes de la maduración psicosexual y se espera que cubra un papel de maternidad adulta, que de por sí, ya es difícil en personas maduras. (9).

El ambiente de la adolescente se ve atacado por un bombardeo constante de sexualidad que la televisión, publicaciones, canciones y toda clase de medios que se encargan de impulsar el contenido sexual para promover toda clase de cosas, quienes creen que las adolescentes no reciben información sexual se equivocan. EL inicio temprano de citas con el sexo opuesto, proporciona un contacto muy prolongado y hacen difícil que se evite la actividad sexual, sin tomar precauciones anticonceptivas y por tal motivo la probabilidad de embarazo es mayor. (12).

Se puede decir que el principal elemento que disminuye la repro-

ducción a edades tempranas, es la edad de casarse, ya que conforme aumenta la edad del matrimonio hay menor número de nacimientos en las mujeres adolescentes, sin embargo el matrimonio tardío trae -- aparejados otros problemas, ya que el aumento en el intervalo entre la pubertad y el matrimonio o unión, expone al adolescente a -- un tiempo más prolongado de actividad sexual premarital y por lo -- tanto, el riesgo de ocurrencia de embarazos no deseados. Las alter -- nativas con que cuenta un adolescente para satisfacer el impulso -- sexual, dependen en forma directa de varios factores interactuan -- tes del medio ambiente, tales como normas familiares, información, educación, religión e incluso restricciones de tipo social y legal las relaciones sexuales antes del matrimonio, por su clara asociación con los embarazos no deseados y tienen serias implicaciones -- tanto para la salud como para el bienestar social, familiar y emocional. (3).

La gran parte de las adolescentes no consideran al embarazo como un medio para casarse; sin embargo algunas jóvenes legitimizarán -- el embarazo casándose, posteriormente resultando el matrimonio --- inestable y es el que proporciona el mayor número de divorcios. El casamiento legitimará el nacimiento y la actividad sexual, pero no resuelve los problemas prácticos relacionados con el embarazo y el parto de la adolescente. (20).

El embarazo en las adolescentes es un problema social de enormes proporciones en la mayoría de los países, se esta reconociendo recientemente el hecho de que este grupo de población, tiene necesidades de servicios de salud reproductiva de carácter especial. Los adolescentes sexualmente activos, quienes aún no están preparados -- social y psicológicamente para las relaciones sexuales, el embarazo y la maternidad, se enfrentan a serios riesgos de salud, que -- pueden ocasionar daños permanentes a su vida. El proceso de la toma de conciencia del problema y de la elaboración de programas para educar y servir a los adolescentes ha sido lento, particularmente en los países en vías de desarrollo. (18).

Entre las consecuencias psicosociales que se consideran de mayor

gravedad, se encuentran la restricción de oportunidades para mejorar el nivel educativo y socioeconómico, ya que por lo general la adolescente embarazada, suele interrumpir sus estudios o empleo en un número grande de casos, se termina en un matrimonio precipitado con probabilidad significativamente mayor de divorcio. La adolescente soltera embarazada, tiene que encarar los problemas adicionales asociados con los nacimientos fuera del matrimonio, además tiene que conciliar las constantes demandas de sus responsabilidades como madre, con sus necesidades de adolescente; sea cual fuere la situación dentro o fuera del matrimonio, una madre muy joven, por lo general carece de estabilidad emocional, madurez y experiencia para desempeñar adecuadamente su nuevo rol. En la mayoría de las sociedades, la maternidad temprana se ha visto asociada con subsiguientes embarazos en tiempos cortos y consecuentemente con familias numerosas, así pues existen efectos demográficos significativos como resultado del menor intervalo o distancia intergestacional. (6).

Las adolescentes tienen dificultad para admitir su sexualidad y aceptar las responsabilidades de la misma. Los médicos muchas veces comprueban que una adolescente ha tenido actividad sexual 12 a 18 meses antes de acudir solicitando anticonceptivos, sin embargo la actitud de la familia, sociedad y profesionales acerca del control de natalidad para mujeres solteras, impiden proporcionarles tales servicios. Los adolescentes carecen de adecuada información sobre la sexualidad, reproducción y con frecuencia sobre el ciclo menstrual y los días en que más probabilidad se produzca el embarazo. La educación sexual, la enseñanza de la vida familiar, la preparación para la paternidad y la información sobre el control de nacimientos y prevención de embarazos no forman parte de nuestras necesidades educativas, únicamente el 59% de las adolescentes con vida sexual activa utilizan anticonceptivos. (10).

Muchas veces se tarda en diagnosticar el embarazo en las adolescentes, por ocultar o negar la verdad. Es común que se presenten en las clínicas, quejándose de dolor de oído, de náuseas y vómitos inexplicables, somnolientas, labilidad emocional o fobia escolar.-

El diagnóstico positivo de embarazo en una adolescente, altera sus relaciones familiares y sociales, muchas veces la primera reacción es de incredulidad. La adolescente debe pensar en modificar su actitud emocional, ya que es probable que ocurra un gran cambio en sus relaciones con familiares, amigos y maestros. (7).

Cuando se establece el diagnóstico de embarazo, surge la noción imperiosa de tomar una decisión. ¿Se inducirá el aborto?, ¿Desea continuar el embarazo?, y en ese caso ¿Se quedará con el niño o lo dará en adopción?. Muchas veces las adolescentes mayores y las maduras para su edad cronológica toman estas decisiones con facilidad y rapidez, pero para otras, estas son cuestiones muy difíciles plagadas de ambivalencia y a veces sometidas a intensa presión por parte de la sociedad y de la familia. Es probable que se requieran horas de paciente y eficaz asesoramiento, para buscar una solución para cada juego de circunstancias. Las soluciones que surjan dependen, si el embarazo es deseado y conciente, o no es deseado e inconciente, de la etapa de gestación y de la posición económica. Muchas veces el papel del padre del niño es crítico en la decisión final, siendo los factores principales, los objetivos personales, educacionales y profesionales, la presión de los futuros abuelos y el apoyo económico, todo esto influya en la decisión de la adolescente embarazada. (16).

En los últimos años se ha reconocido claramente la importancia que tiene el embarazo en la adolescencia, tanto por su frecuencia cada vez mayor, como por sus consecuencias en salud, familiares y socioeconómicas; sin embargo la mayoría de los programas de planificación familiar, sobre todo en países en vías de desarrollo, han prestado escasa atención a este problema específico. Una de las razones que explican tal fenómeno, es que las acciones de regulación de la fecundidad han estado prioritariamente dirigidas a las presiones de crecimiento demográfico, más que a la atención y al cuidado de la salud de la reproducción humana. (11).

Por otra parte, los servicios de planificación familiar, dirigidos al grupo de adolescentes, requieren elementos cualitativamente

diferentes de los que son usados con este fin para el resto de la población en edad fértil. Los servicios de orientación sexual y de planificación familiar para los adolescentes, han logrado pocos resultados prácticos, pese al interés creciente por este problema en todo el mundo. El conocimiento más preciso de los factores implicados en la fecundidad de las adolescentes y de las experiencias hasta ahora acumuladas, pueden ser un punto de partida para la organización de acciones más eficientes en orientación sexual y planificación familiar para este grupo, por parte de los servicios de salud y seguridad social. (1).

El embarazo y la lactancia plantean problemas especiales de nutrición. Una adecuada nutrición durante el embarazo es esencial, para el mantenimiento del tejido materno y el óptimo crecimiento y desarrollo fetal. Los requerimientos nutricios de la adolescente embarazada, deben aportar elementos para su crecimiento normal. -- Los errores de tipo nutricional son frecuentes en las adolescentes y son mucho más importantes, cuando se proviene de un medio socioeconómico y educacional bajos; la mayor parte son deficientes en -- hierro, proteínas, vitaminá B y calcio. (8).

Las adolescentes embarazadas, tienen mayor riesgo obstétrico, al igual que el producto. El mayor peligro lo constituye la prematuridad, muertes neonatales, malformaciones congénitas, desnutrición, bajo peso al nacer y otros hallazgos; se han señalado los peligros médicos; incluyendo aumento excesivo de peso, parto prolongado, toxemia, desgarros cervicales, aumento de frecuencia de cesárea. Aunque los resultados no especifican factores causales, la idea más común acerca del embarazo en la adolescente, es que guarda relación con el déficit considerable del cuidado prenatal y el resultado es un aumento de la enfermedad hipertensiva del embarazo y las complicaciones inesperadas durante el parto y el alumbramiento, -- afectando tanto a la madre como al producto. (19).

La importancia de problemas psicológicos y de factores emocionales como causa de embarazo en adolescentes se considera de manera diferente según las disciplinas, los miembros de las mismas y los

segmentos de la sociedad. Algunos autores consideran el embarazo-- como problema emocional subyacente y como verdadera desviación social. Embarazo muchas veces parece netamente involuntario y en ocasiones resulta del fracaso de medidas anticonceptivas. Una adolescente puede vivir solitaria, aislada o separada de su familia o -- compañeras, y el contacto sexual muchas veces tiene lugar como medio para estar cerca de alguien, para ser considerada, acariciada- y emocionalmente amada. El contacto sexual puede tener lugar para- afirmar la identidad y como prueba de feminidad. El embarazo puede presentarse como una competencia con la madre, para tener algo en- común con ella, y en ocasiones el embarazo está destinado a causar un gran trastorno al padre. (14).

El embarazo puede ser deseado, considerando a la criatura como - un fin, para tener alguien a quien amar, o lograr una víctima propicia. El embarazo puede considerarse un castigo de transgresiones imaginarias o de una sexualidad pecaminosa. Puede ser un problema- de importancia suficiente para atraer la atención de toda la fami- lia. O puede resultar de la rebelión de la adolescente y a veces - se considera como la forma femenina de delincuencia juvenil. El em- barazo puede permitir a una adolescente salir de una situación di- fícil, tanto social o académica. Otras consideran la gravedad como una forma de tomar sus propias decisiones, ser su propio jefe, te- ner una familia y a veces un hogar. (14).

Generalmente provienen de clases socioeconómicas bajas, existien- do serios problemas familiares, familias desintegradas, de las cua- les son hijas de madres solteras que a la vez se embarazaron sien- do adolescentes. Ocasionalmente el embarazo puede ser producto de- un raptó o violación o inclusive el resultado de un acto incestuo- so. Todos estos factores actúan como determinantes sociales de un- serio problema psicológico, el rechazo de ambos padres hacia el -- producto. La familia, es decir el núcleo familiar, es de vital im- portancia en el desarrollo y encausamiento positivo de los adoles- centes y se tiene que tomar en cuenta que a medida que los hijos - crecen, los padres deben de cambiar. El crecimiento de los hijos y las consecuencias que esto trae consigo son los factores que más -

presionan a una familia, por lo que será necesario encontrar patrones alternativos que permitan resolver, tanto los problemas que -- van enfrentándose, como descartar patrones que ya no funcionan, si los padres no responden al reto de los hijos, la familia se verá - expuesta a graves problemas. (18).

Las familias desintegradas con medio hostil para el buen crecimiento psicológico y biológico adecuados, enmarcados por el alcoholismo y la promiscuidad de los padres, caen con frecuencia en la brecha de la incommunicación y el olvido, y es entonces cuando el - adolescente carente de valores, toma el camino de la libertad ---- irresponsable, mal dirigida hacia las actividades sexuales, drogadicción, ausentismo y abandono escolar principalmente. (5).

Puede afirmarse que uno de los momentos más críticos que una familia enfrenta, es cuando los hijos llegan a la adolescencia, muchos padres, cuyo aporte fué positivo en épocas anteriores empie-- zan a fallar en esta etapa; muchas veces totalmente horrorizados y enajenados por los nuevos valores de los hijos, que van desde; el pelo largo, la ropa, las creencias, el modo de divertirse, su sexualidad y otros. El resultado final, varía desde familias que se enriquecen con los nuevos valores de los adolescentes y se adaptan a ellos, facilitando el desarrollo de su autonomía e independencia en los hijos, hasta familias que se resisten al cambio. (5).

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Existe una correlación entre la edad del embarazo en la adolescente y la edad de la madre al presentar su primer embarazo?

¿Existen otros factores maternos que influyan en la posible aparición de embarazo en la adolescente?



#### OBJETIVOS.

El objetivo del presente estudio, es que por medio de la encuesta directa se va a intentar descubrir factores de riesgo que predispongán a la aparición de un embarazo en la adolescencia.

## HIPOTESIS.

Existen patrones conductuales repetitivos, que investigados en la madre pueden señalar factores de riesgo en la hija. Uno de los factores más sencillos de estudiar, lo constituye la edad, por lo tanto se elaborarán las siguientes hipótesis estadísticas, para investigar la presencia o ausencia de correlación entre ambos datos.

### HIPOTESIS NULA. (H<sub>0</sub>).

Para la ausencia de correlación

$$\rho = 0$$

### HIPOTESIS ALTERNA. (H<sub>1</sub>).

Para la presencia de correlación positiva.

$$\rho > 0$$

## PROGRAMA DE TRABAJO.

1. Primeramente se presentó el Protocolo de Investigación, al Comité de Investigación del Hospital General de Zona y Unidad de Medicina Familiar No. 8 San Angel, siendo aceptado y autorizado para llevar a cabo dicho proyecto.

2. Posteriormente este Protocolo de Investigación, se presentó a las autoridades correspondientes del Hospital General de Zona y Unidad de Medicina Familiar No. 8 así como del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4, informandoles del objetivo de este estudio, dando su consentimiento para continuar con dicho trabajo.

3. Se elaboró un machote de encuesta directa y se solicitó cooperación al personal médico y paramédico de las Unidades antes mencionadas, para facilitar la aplicación de estas.

4. Se aplicó la encuesta directa a pacientes embarazadas adolescentes, que reunieron las características de los criterios de inclusión.

5. Una vez que se obtuvo la encuesta directa de las 72 pacientes, se llevó a cabo el ordenamiento de los resultados, descripción y análisis de estos, por el tesista e investigador responsable.

6. Después ya con los resultados debidamente ordenados, se procedió a la redacción de la Tesis con todos sus puntos a desarrollar, debidamente asesorado por el investigador responsable.

7. Por último se mandó a imprimir este trabajo, para presentar esta Tesis Profesional, y obtener el Diploma en la Especialidad de Medicina Familiar.

RESULTADOS.

TABLA. 1 EDAD.

EDAD EN AÑOS	NUMERO	%
11	1	1.38
12	1	1.38
13	3	4.16
14	5	6.94
15	8	11.11
16	10	13.88
17	14	19.44
18	12	16.66
19	18	25.00
TOTAL	72	100%
$\bar{X} = 16.77$		

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

TABLA. 2 OCUPACION.

OCUPACION	NUMERO	%
HOGAR	15	20.83
ESTUDIANTE	12	16.66
OBRERA	23	31.94
EMPLEADA	18	25.00
TECNICA	4	5.55
TOTAL	72	100%

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

TABLA. 3 RELIGION.

RELIGION	NUMERO	%
CATOLICAS	44	61.11
EVANGELISTAS	14	19.44
TESTIGOS DE JEHOVA	7	9.72
OTRAS	4	5.55
NINGUNA	3	4.16
TOTAL	72	100%

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

TABLA. 4 ESCOLARIDAD.

ESCOLARIDAD	NUMERO	%
ANALFABETAS	2	2.77
PRIMARIA	29	40.27
SECUNDARIA	14	19.44
PREPARATORIA	11	15.27
PROFESIONAL INCOMPLETA	4	5.55
TECNICA	12	16.66
TOTAL	72	100%

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

TABLA. 5 ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL	NUMERO	%
CIVIL Y RELIGIOSO	14	19.44
CIVIL	28	38.89
UNION LIBRE	15	20.83
MADRES SOLTERAS	15	20.83
TOTAL	72	100%

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

TABLA. 6 MENARCA.

EDAD EN AÑOS	NUMERO	%
11	9	12.50
12	17	23.61
13	13	18.05
14	18	25.00
15	7	9.72
16	3	4.16
17	3	4.16
18	2	2.77
TOTAL	72	100%
$\bar{X} = 13.38$		

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

TABLA. 7 INICIO VIDA SEXUAL ACTIVA.

EDAD EN AÑOS	NUMERO	%
11	1	1.38
12	1	1.38
13	5	6.94
14	8	11.11
15	11	15.27
16	15	20.83
17	10	13.88
18	0	11.11
19	13	18.05
TOTAL	72	100%
$\bar{X} = 16.19$		

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.



TABLA. 8 ALGUN TIPO DE INFORMACION SEXUAL.

RESPUESTA	NUMERO	%
SI	25	34.72
NO	47	65.27
TOTAL	72	100%

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

TABLA. 9 FUENTE PRINCIPAL DE INFORMACION SEXUAL.

FUENTE DE INFORMACION	NUMERO	%
MEDICO	2	8.00
PARAMEDICO	8	32.00
MAESTROS	6	24.00
PADRES	4	16.00
AMIGOS	2	8.00
OTROS	3	12.00
TOTAL	25	100%

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

NOTA: 47 PACIENTES NO HAN RECIBIDO NINGUN TIPO DE INFORMACION SEXUAL.

TABLA. 10 UTILIZABA ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO.

RESPUESTA	NUMERO	%
SI	14	19.44
NO	58	80.55
TOTAL	72	100%

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

TABLA. 11 ¿DESEABA REALMENTE EMBARAZARSE?

RESPUESTA	NUMERO	%
SI	29	40.27
NO	43	59.72
TOTAL	72	100%

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

TABLA. 12 ABANDONO LOS ESTUDIOS AL QUEDAR EMBARAZADA.

RESPUESTA	NUMERO	%
SI	39	55.71
NO	31	44.28
TOTAL	70	100%

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

NOTA: 2 DE LAS PACIENTES SON ANALFABETAS.

TABLA. 13 DECIDIO CONTRAER MATRIMONIO POR EMBARAZO.

RESPUESTA	NUMERO	%
SI	25	58.13
NO	18	41.86
TOTAL	43	100%

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

NOTA: 29 PACIENTES SE EMBARAZARON DESPUES DE CASADAS.

TABLA. 14 SE SIENTE SATISFECHA CON SU ACTUAL SITUACION.

RESPUESTA	NUMERO	%
SI	19	26.38
NO	53	73.61
TOTAL	72	100%

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

TABLA. 15 RECIBE AYUDA MORAL DE PARTE DE SU FAMILIA.

RESPUESTA	NUMERO	%
SIEMPRE	13	18.05
CASI SIEMPRE	26	36.11
OCASIONALMENTE	21	29.16
DIFICILMENTE	8	11.11
NUNCA	4	5.55
TOTAL	72	100%

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

GRAFICA. 1

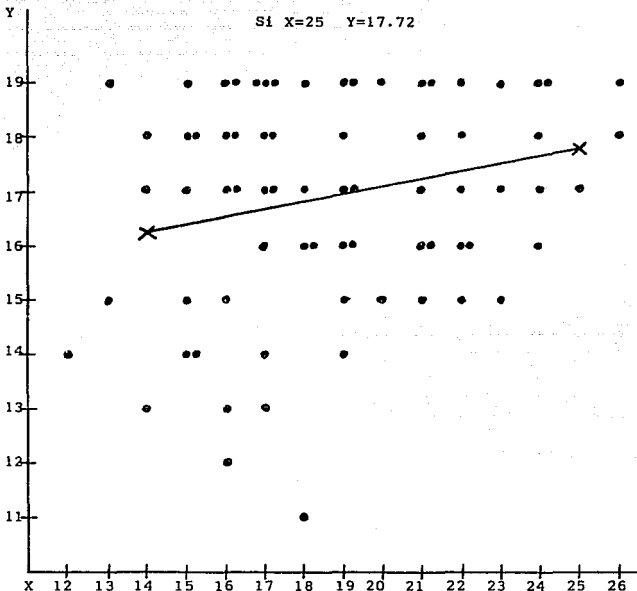
CORRELACION DE LAS EDADES DEL PRIMER EMBARAZO ENTRE MADRES E HIJAS.

$$Y = a + bx$$

$$Y = 14.22 + 0.14x$$

$$\text{Si } X = 14 \quad Y = 16.18$$

$$\text{Si } X = 25 \quad Y = 17.72$$



## DESCRIPCION DE RESULTADOS.

Tabla 1. Edad. El grupo de edades de las 72 pacientes embarazadas adolescentes, oscilaron entre 11 a 19 años, con una media de 16.77 años; correspondiendo 1 caso de 11 siendo el 1.38% ; 1 de 12 que equivale al 1.38% ; 3 de 13 que es el 4.16% ; 5 de 14 equivalente al 6.94% ; 8 de 15 formando el 11.11% ; 10 de 16 con un 13.88% ; 14 de 17 con 19.44% ; 12 de 18 siendo el 16.66% y finalmente 18 de 19 correspondiendo al 25.00%.

Tabla 2. Ocupación. De las pacientes que están integradas a este estudio, 15 de ellas se dedican al hogar formando el 20.83% ; - 12 estudiantes siendo solamente 16.66% ; 23 obreras 31.94% ; 18 - empleadas 25.00% ; y 4 técnicas 5.55%.

Tabla 3. Religión. La mayor parte son católicas en número de 44 que equivale al 61.11% ; 14 evangelistas 19.44% ; 7 testigos de - Jehova 9.72% ; 4 de otras religiones 5.55% ; y 3 que refirieron - no tener ninguna religión 4.16%

Tabla 4. Escolaridad. Resultaron 2 analfabetas 2.77% ; 29 con - primaria siendo el grupo más nutrido 40.27% ; 14 de secundaria -- 19.44% ; 11 de preparatoria 15.27% ; profesional incompleta 4 que son adolescentes iniciando una carrera universitaria 5.55% ; y 12 con carrera técnica 16.66%.

Tabla 5. Estado civil. Se encontro que por lo civil y religioso 14 formando el 19.44% ; 28 sólo por lo civil 38.88% ; 15 en unión libre 20.83% ; y 15 de ellas son madres solteras 20.83%.

Tabla 6. Menarca. Las edades oscilaron entre 11 a 18 años, con una media de 13.38 años; 9 casos de 11 equivalente al 12.50% ; 17 de 12 siendo el 23.61% ; 13 de 13 el 18.05% ; 18 de 14 el 25.00% - 7 de 15 el 9.72% ; 3 de 16 el 4.16% ; 3 de 17 correspondiendo al 4.16% ; y por último 2 de 18 siendo el 2.77%.

Tabla 7. Inicio de vida sexual activa. Se detectaron 1 caso de -

11 años que corresponde al 1.38% ; 1 de 12 que es el 1.38% ; 5 - de 13 formando 6.94% ; 8 de 14 equivalente al 11.11% ; 11 de 15 - que viene siendo 15.27% ; 15 de 16 que representa 20.83% ; 10 de 17 que es el 13.88% ; 8 de 18 con un 11.11% ; y finalmente 13 de 19 que equivale al 18.05% ; las edades oscilaron entre 11 a 19 - años, con una media de 16.19 años.

Tabla 8. Algún tipo de información sexual. De las adolescentes embarazadas, 25 respondieron afirmativamente representando el -- 34.72% ; y 47 de ellas respondieron negativamente siendo 65.27%.

Tabla 9. Fuente principal de información sexual. Mencionaron - que la fuente principal de dicha información se las proporciono: 2 el médico 8.00% ; 8 el paramédico que representa el 32.00% --- siendo las enfermeras y trabajadoras sociales principalmente las informantes; 6 los maestros 24.00% ; 4 los padres 16.00% ; y 3 - otros medios de publicidad como televisión y revistas principalmente 12.00%. De las 72 pacientes del presente estudio 47 no han recibido ningún tipo de información sexual, cabe la posibilidad- que estas adolescentes no hayan contestado algunas con veracidad

Tabla 10. Utilizaba algún método anticonceptivo. De las 72 pa- cientes 14 de ellas utilizaban anticonceptivos que representa el 19.44% ; y 58 nunca han utilizado formando el 80.55%. En la en- cuesta no se especificó que tipo de método anticonceptivo utili- zaba la adolescente.

Tabla 11. ¿Deseaba realmente embarazarse? De las 72 adolescen- tes embarazadas, 29 entrevistadas deseaban el embarazo 40.27% ; - y 43 de estas no deseaban embarazarse representando un 59.72%.

Tabla 12. Abandono los estudios al quedar embarazada. En este- grupo se tomaron en cuenta 70 pacientes, ya que 2 de ellas resul- taron analfabetas; 29 contestaron afirmativamente 55.71% ; y 31- contestaron negativamente 44.28% refiriendo que continuan estu- diando, que sólo van a suspender los estudios temporalmente.

Tabla 13. Decidió contraer matrimonio por embarazo. Respondieron que sí 25 que son el 58.13% ; 18 que respondieron que no siendo el 41.86%. 29 de las pacientes se embarazaron después de casadas, pero cabe la posibilidad que algunas de ellas ya estaban embarazadas al casarse.

Tabla 14. Se siente satisfecha con su actual situación. Contestaron afirmativamente 19 representando el 26.38% ; y 53 contestaron negativamente que equivale al 73.61%.

Tabla 15. Recibe ayuda moral de parte de su familia. De las entrevistadas, 13 siempre equivalente al 18.05% ; 26 casi siempre representando el 36.11% ; 21 ocasionalmente formando el 29.16% ; 8 difícilmente que equivale al 11.11% ; y nunca que corresponde al 5.55%.

Gráfica 1. Correlación de las edades del primer embarazo entre madres e hijas. Tomando a la edad materna como X; la edad de la hija como Y, se calculó el coeficiente de correlación r, obteniéndose una  $r=0.24$ .

En la gráfica X representa las edades de la madre oscilando de 12 a 26 años, Y representa las edades de la adolescente que oscilan de 11 a 19 años. La ecuación de la recta de regresión  $Y=a+bx$ , quedando nuestra ecuación ya con valores  $Y=14.22+0.14x$ . Se dan valores a  $X=14$  quedando  $Y=16.18$  ;  $X=25$  quedando  $Y=17.72$ .



## ANALISIS DE RESULTADOS.

En nuestra decisión estadística, obtuvimos una  $r=0.24$ , con la cual se calculó una Z experimental de 2.02, esta nos da un valor mayor que Z crítica de 0.1954, por lo que se rechaza la hipótesis nula con una p menor de 0.01 y como consecuencia se acepta la hipótesis alterna.

El mayor porcentaje en la población estudiada fue obrera (31.94%), en religión católica (61.11%), con escolaridad primaria (40.77%) y casadas (58.32%), la edad promedio de menarca 13.38 años y la de inicio de vida sexual activa fue de 16.19 años. Por lo que es de vital importancia que esta población tenga conocimientos sobre sexualidad humana desde la primaria, ya que se identificó como población de riesgo tanto las estudiantes de primaria y secundaria así como obreras en sus primeros años laborales. De nuestra muestra estudiada el 65.27% negaron tener alguna información sexual, de los restantes sólo el 40.00% recibieron información sexual por personal médico y paramédico; como consecuencia de esto el 80.55% no utilizaron ningún método anticonceptivo, a pesar de que sólo el 40.27% deseaban embarazarse.

Como consecuencia del embarazo el 55.71% abandonaron los estudios y el 58.13% de las solteras decidieron casarse, aunque la cuestión acerca de las 29 adolescentes que ya estaban casadas, en quienes podemos conjeturar un intervalo muy corto de la fase de matrimonio a la de expansión dentro del ciclo de vida familiar.

Por último cabe destacar que el 73.61% de las encuestadas se manifestaron satisfechas con la situación que viven, a pesar de que el 54.16% refirieron recibir apoyo moral por parte de su núcleo familiar, lo cual puede ser explicado por los cambios a nivel de familia, de salud o de vida escolar inducidos por el embarazo.

## CONCLUSIONES.

Se concluye que si existe una influencia familiar para la presentación de embarazo en la adolescencia, por lo que en la elaboración de la Historia Clínica, es importante identificar a las hijas de madres adolescentes, sobre quienes se deben centrar las actividades educativas pertinentes en materia de sexualidad, considerandolas como una población en riesgo dada la repetición de los patrones conductuales.

Los resultados obtenidos apoyan la difusión de conocimientos sobre sexualidad humana enfatizando en aspectos de planificación familiar, desde la educación primaria, ya que al llegar a la secundaria, un porcentaje ingresa a la vida laboral abandonando sus estudios, y otro porcentaje adquiere dichos conocimientos demasiado tarde.

Se ha escrito mucho sobre el riesgo que representa el embarazo a edades tempranas desde el punto de vista Gineco-obstetrico, pero queda aún mucho que investigar sobre el aspecto psicológico y sociomédico de este problema.

#### COMENTARIO.

Se realizó el presente estudio descriptivo, con selección de 72 pacientes adolescentes embarazadas, que cumplieron los criterios de inclusión, esto se llevo a cabo por medio de la encuesta directa, realizandose en el Hospital General de Zona y Unidad de Medicina Familiar No. 8 así como en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4, después de haber obtenido y analizado nuestros resultados, llegamos a la conclusión que si existe influencia familiar en el embarazo de una adolescente, así mismo comprobamos --- nuestra hipótesis. Aunque cabe mencionar que la encuesta directa tiene riesgo en ocasiones, ya que cuenta mucho la veracidad de la contestación de la entrevistada.

Así podemos decir, que el embarazo en la adolescencia no es nada nuevo, pero si es reciente el interés por buscar medios para -evitarlo por el riesgo que representa.

Por último, nos sentimos satisfechos con el presente trabajo de investigación, esperando que de una u otra forma sea de utilidad para este problema que representa el embarazo en la adolescente.

#### BIBLIOGRAFIA.

1. Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica, A.C. Instituto Mexicano del Seguro Social. La fecundidad en la adolescencia. Temas de Planificación Familiar. México 1987.
2. Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica, A.C. Instituto Mexicano del Seguro Social. La educación sexual y - la planificación familiar. Temas de Planificación Familiar. - México 1986.
3. Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica, A.C. Instituto Mexicano del Seguro Social. Riesgo reproductivo I.- Estudio de los factores de riesgo reproductivo. Temas de Planificación Familiar. México 1986.
4. Ahued J.R., Tommas N.E. Atención obstétrica en la adolescente Ginecología y Obstetricia México. 43:255,1988.
5. Aznar P.R., Lara R. Embarazo en la adolescencia. Ginecología y Obstetricia México 22:661,1982.
6. Ballard W.M., Gold E.M. Medical and health aspects of reproduction in adolescents. Clin Obstet Gynecol. 14:338,1981.
7. Beri C.B. Obstetric aspects of adolescents pregnancy and delivery. Int. J. Gynecol Obst. 49:3, 1982.
8. Clark J. Obstetricia en adolescentes: Deducciones obstétricas y sociológicas. Clinicas de Obstetricia y Ginecología. 42:10-26,1981.
9. Elzter, A.B., Mc Anarmmy E. Parental behaviour of adolescent-mothers. Pediatrics 71:4,1983.
10. Freeman E.W. Estado actual de la práctica e investigación en cuanto al consumo de anticonceptivos por la adolescente. Gine

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ciología y Obstetricia. 5:2,1980.

11. Gisbert M., Falk R. Adolescent sexual activity contracepción and abortión. Am. Obstet Gynecol. 132:245,1983.
12. Guerrero S.A., Chávez A.J. El riesgo del embarazo en la paciente adolescente. Ginecología y Obstetricia México. 37:119 1983.
13. Herrera L.F., Díaz D.J. Embarazo en la adolescente. Ginecología y Obstetricia México. 48:35,1980.
14. Kably A.A. Embarazo en la adolescente. Análisis de 500 casos. Ginecología y Obstetricia México. 50:303,1982.
15. Lavelle M. Growth of the birth canal in adolescent girls. A.J of Obstetrics and Gynecology. 528:32;1982.
16. Luella K. Antecedentes de embarazo en adolescentes. Clínicas de Obstetricia y Ginecología. 21:1119, 1980.
17. Mc. Anarney R., Lawrence R. Adolescent mothers and their infant. Pediatrics. 73:358,1984.
18. Pardo V. Francisco. Estudio de embarazo en adolescentes en 11 Instituciones Colombianas. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. 42:2,1991.
19. Pérez S.J. Perinatología del embarazo en la adolescente. Revista Mexicana de Pediatría. 48:79,1981.
20. Saxema B.B. Investigación del embarazo en las adolescentes. Clínicas Pediátricas 2:455,1981.