



11226
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

27

2 es.

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADEMICA CLINICA BALBUENA ISSSTE

"CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES
DE MUJERES EMBARAZADAS
ADOLESCENTES"

T R A B A J O

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DR. JOSE OCTAVIO CARREÑO SOLIS



ISSSTE

MEXICO, D. F.

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

264861



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADEMICA CLINICA BALBUENA ISSSTE

"CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES
DE MUJERES EMBARAZADAS
ADOLESCENTES"

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

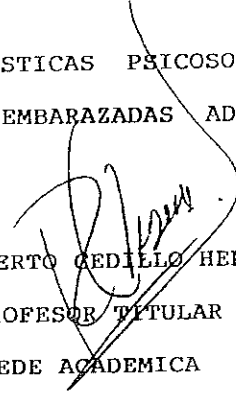
PRESENTA:

DR. JOSE OCTAVIO CARREÑO SOLIS

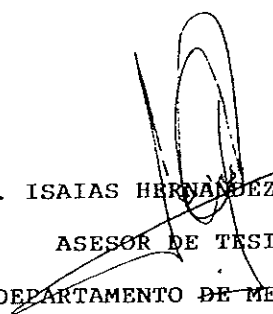
MEXICO, D.F. DICIEMBRE DE 1996



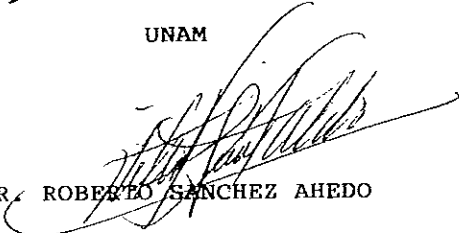
"CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES
DE MUJERES EMBARAZADAS ADOLESCENTES"




DR. RIGOBERTO GEDILLO HERNANDEZ
PROFESOR TITULAR
SEDE ACADÉMICA
CLINICA BALBUENA ISSSTE



DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
ASESOR DE TESIS
PROF. DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNAM



DR. ROBERTO SANCHEZ AHEDO
MÉDICO ADSCRITO CLINICA BALBUENA ISSSTE
ASESOR DE TESIS



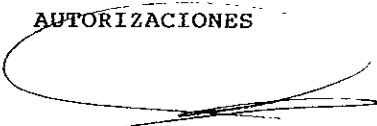
DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA
ISSSTE

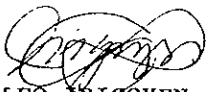
"CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES
DE MUJERES EMBARAZADAS
ADOLESCENTES"


QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DR. JOSE OCTAVIO CARREÑO SOLIS

AUTORIZACIONES


DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACION DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM


DRA. MA. DEL ROCÍO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR UNAM

INDICE

	Pág.
I MARCO TEORICO	1
II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
III JUSTIFICACION	13
IV OBJETIVOS	16
V MATERIAL Y METODOS	17
- TIPO DE ESTUDIO	17
- POBLACION, LUGAR Y TIEMPO	17
- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	17
- CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION	17
- INFORMACION A RECOLECTAR	18
- PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA INFORMACION	19
- CONSIDERACIONES ETICAS	20
VI RESULTADOS	
- TABLAS (CUADROS) Y GRAFICAS	21
- DESCRIPCION DE RESULTADOS	47
VII DISCUSION DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS	50
VIII CONCLUSIONES	54
IX BIBLIOGRAFIA	56
X ANEXOS	58

MARCO TEORICO

La palabra adolescencia significa: Epoca que sigue a la infancia y que se extiende desde los primeros signos de la pubertad hasta que el individuo ha adquirido toda su madurez psicofísica: Descripción según el Diccionario Terminológico de las Ciencias Médicas. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el término adolescente, comprende entre los 10 y los 19 años, y juventud aquella edad comprendida entre los 10 y los 24 años (15).

Las actividades y la conducta sociales hacia el sexo, la sexualidad y la reproducción, han ido cambiando históricamente conforme a las épocas, regiones, sociedades y religión. El mayor conocimiento que se tiene sobre la reproducción y la conducta sexual de los individuos, proporciona constantemente nueva información que apoya una interpretación más racional sobre tales sucesos (8).

Ya en 1912 aparece el término "Educación Sexual", en el Congreso Internacional de Higiene, concibiéndola como un área multidisciplinaria donde actúa la Educación, Medicina, Biología, Sociología, Etica y Religión. La función de las anteriores áreas consiste en "Promover información para desarrollar el entendimiento de las relaciones humanas en sus aspectos físicos, emocionales, psicológicos y sociales", que forman parte de la educación integral del individuo, e incluir la formación anatómica y fisiológica, enfatizando el desarrollo de las actividades que hagan crecer las actitudes positivas que sirvan de guía entre las relaciones. Con la finalidad de formar individuos responsables de su conducta sexual y de una integración positi

va de la sexualidad a su personalidad (8).

En México, con la aparición de los libros de texto para las escuelas oficiales, se integran contenidos de educación sexual. En 1976, la Secretaría de Gobernación, por medio del Consejo Nacional de Población, da a conocer el Programa Nacional de Educación Sexual (10).

Las adolescentes se encuentran en una fase de transición de su desarrollo, de ahí la importancia de la edad; el embarazo o el matrimonio añaden, por lo regular, sobrecargas emocionales. La relación entre inmadurez biológica es adversa al embarazo (16).

Los embarazos no planeados tienen consecuencias negativas para todos los individuos implicados, la adolescente embarazada, por no haber terminado aún su desarrollo psicobiológico, va a tener que adecuarse a su nueva situación, adversa por no contar en primer lugar con una mentalidad materna. Si es soltera, será dependiente económicamente por lo general de sus padres. La baja escolaridad encontrada en éstas pacientes, las obligará a integrarse a la fuerza-laboral para su sostén, obligándolas al abandono de sus estudios. Si está casada pero vive en la casa de la familia de su pareja y no llega a adaptarse, provocará una situación conflictiva para ella, para con su pareja así como con la familia política, consecuentemente el medio familiar le será adverso y teniendo que vivir en esa situación, tratará de salir de ella. Se ha visto abandono escolar de la pareja, incrementándose así sus problemas económicos, frecuentemente se vé en éste tipo de mujeres, pérdida de la autoestima por lo que la problemática personal e interpersonal se agudiza, ello es frecuente, de tal forma que el embarazo significará más un "problema social que médico" (6).

Las embarazadas, en especial las muy jóvenes están en riesgo médico de complicaciones durante el embarazo, trabajo de parto prolongado, anemia, hipotensión inducida por el embarazo, enfermedades infecciosas, toxemia del embarazo, RPM, prematuridad, productos de bajo peso, malformaciones congénitas que se traducen en una mayor mortalidad materno-fetal, lo que condiciona que estas jóvenes sean consideradas de riesgo elevado (1,4,12,17,18).

El embarazo en la adolescencia es un problema médico y un fenómeno social de importancia creciente. Una atención médica oportuna puede resolver el riesgo propio del embarazo, pero las carencias propias en ésta etapa de la vida, la mala comunicación padres-hijos y la falta de recursos que manifiestan ciertos grupos sociales, limita el futuro educativo de ambos padres. Se ha observado que mientras más joven, es más frecuente el embarazo.

La pobreza hace que los niños estén en peligro de presentar diversas alteraciones conductuales y de desarrollo en su vida. Están en primer lugar, en contacto con mayor frecuencia a las enfermedades, estrés familiar, inadecuado apoyo social y depresión parental. En segundo lugar, sufren consecuencias más graves de tales riesgos que los niños de clases económicamente más altas, así como accidentes, enfermedades, mal trato, abandono, condicionados por la necesidad de la madre al ausentarse para ir a trabajar y rechazo parental presentan. Teorías más recientes del desarrollo infantil señalan que los resultados negativos en el desarrollo podrían ser consecuencia de un solo factor de riesgo, como un factor lesivo que dañaría el sistema nervioso central. En un estudio realizado por la National Collaborative Perinatal Project, dió como resultado predecir el rendi

miento intelectual del niño a los 4 años, fueron el estado socioeconómico de los padres y la educación de la madre. En un ambiente socioeconómico bajo, es posible que prevalezcan más factores de riesgo para que los resultados de desarrollo y conductuales sean adversos. Los más pertinentes incluyen intensificación del estrés, depresión de la madre, carencias alimenticias, inadecuado control del embarazo. Los anteriores factores de peligro influyen en el niño a través de su ambiente hogareño y de las interacciones padres-hijo (14).

Las alteraciones médicas, psicológicas y sociales del embarazo en adolescentes, originan problemas desfavorables para la maternidad, es básica y de mucha importancia la madurez emocional de la madre, aún siendo adolescente, ya que se enfrentará muchas ocasiones a un medio hostil, comenzando desde la propia familia de quien ella espera apoyo, en la escuela es mal vista por lo que en su situación la abandona, lo que no sucede en otras culturas como la sajona donde la mayoría de las adolescentes embarazadas regresan a la escuela o no la abandonan (2). Si no cuenta con apoyo familiar afectivo, económico de su pareja, en consecuencia se integrará a la fuerza laboral para su sostén y el de su hijo (1,18).

El estado civil de la embarazada es de básica importancia, ya que si está casada, al sentir apoyo emocional, tendrá mayor estabilidad emocional, probablemente cierta solvencia económica, pero ello no quiere decir que no sufrirá cambios radicales, ya que aún se encuentra en período de crecimiento biológico y de madurez emocional. Hay que hacer notar que por lo general son madres solteras que por lo tanto iniciarán más inestabilidad emocional, sumisión en algunos casos y, no contando con servicios de salud, iniciarán tarde y de

manera irregular el control del embarazo.

Los Estados Unidos es el país desarrollado con mayor número de nacimientos en adolescentes, habrá que tomar en cuenta su tipo de población, negra, blanca, hispana y menor de asiáticos. En 1987 se registraron 472,623 (proporción estimada del 12% de todos los nacimientos). De ellos, el 64% se registró en madres solteras. Además de 400,000 abortos terapéuticos. La tasa de divorcios de matrimonios entre adolescentes fué del 50% al cabo de 2 años y de 80% al cabo de 5 años (18).

Siendo los países en vías de desarrollo los que más presentan aumento poblacional, los planes de educación familiar están encaminados a limitarla por el gran costo social que se tiene que cubrir. No contando con economías sanas que proporcionen los satisfactores básicos de alimentación, salud, educación, trabajo, el control demográfico es de importancia principal. Hay que hacer notar que la mercadotecnia de la publicidad está manejada por intereses económicos de los países desarrollados. México es dependiente económicamente de los Estados Unidos; la televisión, la radio, el cine, gran cantidad de revistas, dan mensajes estimulando la compra de bebidas alcohólicas "con moderación, el abuso es bajo su estricta responsabilidad, si toma no maneje", entre otros. Anuncios publicitarios que presentan a jóvenes generalmente rubias, en un ambiente de aparente cordialidad, fumando y bebiendo. Teniendo en cuenta que la población mexicana está formada en una gran mayoría por jóvenes y aproximadamente el 60 % de la población en edad reproductiva, además de la baja escolaridad que presenta el grueso de la población, por esos medios ilusionan al joven para que huya de

su realidad, actuando muchas ocasiones de manera irresponsable. El jo ven estando en la etapa de su vida en la que se despierta el interés natural por el sexo, si está bien orientado, ha llevado una niñez agradable, fácilmente se va a ir adaptando a su nueva identidad, si proviene de una familia emocionalmente estable donde los padres le despejen las dudas y lo pongan alerta ante las consecuencias, lo más probable es que actúe de manera responsable ante las eventualidades que se le presenten. Cuando no ha contado con el apoyo familiar adecuado, puede actuar negando los antecedentes de ética, religión, de familia, uniéndose a gente diametralmente opuesta, siendo fácilmen te influenciables.

La revolución sexual que ocurrió en Estados Unidos a finales de 1960 y 1970, los adolescentes entre los 15 y los 19 años de edad se encontraban directamente al frente de las proporciones crecientes de la actividad sexual. En el decenio de 1980, cerca del 45% de las mujeres jóvenes entre los 15 y los 19 años de edad son sexualmente activas antes del matrimonio, se estima que el 36% de ellas quedan embarazadas. La proporción de embarazos y abortos entre menores de 15 años ha ido incrementándose. El empleo del aborto moderó la tasa de natalidad pero también ha disminuído el matrimonio entre los adolescentes (18).

En Estados Unidos las tasas de embarazos, nacimientos y abortos son muchísimo más elevadas que las de la mayor parte de los países desarrollados. La brecha entre Estados Unidos y los países europeos es marcada entre las mujeres menores de 15 años de edad. La tasa anual de Estados Unidos es de 5 nacimientos por cada 1000 adolescentes menores de 15 años de edad, es cuatro veces la de Canadá, el único país que llega a tener hasta 1 por cada 1000. Al estudiar las tasas

de Estados Unidos, Canadá, Inglaterra y Gales, Francia, Holanda y Suecia, se encontró clara la posición de los gobiernos europeos, con respecto al embarazo en las adolescentes sexualmente activas, dichos países identificaron como su problema social al embarazo en la adolescencia, más que a la actividad sexual de las mismas. En varios países europeos, las leyes de liberización del aborto se ha acompañado de esfuerzos especiales para incrementar el empleo de contraceptivos entre las adolescentes sexualmente activas (14).

Por tanto, a pesar de haber puesto libre el aborto para todas las mujeres, Suecia encontró que su proporción de abortos igual a la de Estados Unidos en 1974, disminuía el 27% en 1981, en tanto que la tasa en Estados Unidos en el mismo período aumentó al 59%.

Las adolescentes en Estados Unidos, no reciben sistemáticamente información contra la contracepción y las causas del embarazo durante la adolescencia. La única excepción ha sido la campaña "sexo más seguro" en 1987 y 1988 que se vió precipitada por la amenaza del SIDA, la educación parental es de mucha ayuda (2).

En los países subdesarrollados, el embarazo en adolescentes constituye un problema de salud de atención especial ya que cada vez es más alta la proporción de mujeres que se embarazan antes de los 19 años de edad, aumentando la morbimortalidad materno-fetal (2).

Polonia, Hungría, Rumanía, Checoslovaquia y Austria reportan una incidencia del 40% de embarazadas adolescentes, el aborto está permitido en dichas naciones. Portugal en un estudio que hizo al respecto reportó un aumento de 3 a 1 de embarazadas adolescentes en relación a otras naciones europeas.

En algunos países asiáticos como las Islas de Malta, en 1983 el 35% de todos los nacimientos fué en menores de 20 años, apreciándose

tasas de mortalidad más elevadas que en nacimientos de embarazadas mayores a los 20 años (15); la transición de "desarrollado" a "altamente industrializado" ha acarreado problemas por incremento de la "occidentalización" conduciendo a una erosión de los valores más conservadores y tradicionales del mundo oriental. La gran mayoría de las embarazadas menores de 20 años son solteras. El aborto está permitido desde 1975, incrementándose significativamente, lo que a traído a Singapur, grandes implicaciones sociales, de medio ambiente y emocionales (5).

En países africanos, por su misma idiosincrasia reportan datos en donde el matrimonio es casi obligado. Entre los 15 y los 19 años, el 69% de las mujeres están casadas, a los 24 años, 95% han tenido ya una unión marital(11).

En México el índice de embarazos en adolescentes es cada vez más preocupante, en una encuesta realizada por CORA a jóvenes entre 15 y 24 años en el Distrito Federal en las Delegaciones Venustiano Carranza e Iztapalapa, de tres mil encuestadas reportó que 12% estaba embarazada con límites entre los 15 y los 19 años, que 31% se realizó en etapa prematrimonial y 50% eran madres solteras. Las tasas de embarazo en mujeres solteras ha ido aumentando al doble, aproximadamente cada 2 años, 12% de las mujeres tuvieron embarazos antes de los 20 años; 50% de los embarazos de las madres solteras fueron "no deseados". La mayoría de los adolescentes piensa que no puede haber embarazo en las primeras relaciones sexuales. La primera relación sexual no se planea y, por lo tanto, no se hace anticoncepción (17).

Hay que hacer notar que el embarazo en adolescentes no es privativo de la gente pobre, se puede presentar en cualquier clase so

cial, pero contará con mayores condiciones económicas, educacionales, afectivas, mientras más estatus se tenga, no quiere decir que no se vayan a presentar cambios biológicos, psicológicos y sociales, quizá se realice un aborto. El embarazo en adolescentes se presenta con mayor frecuencia en zonas de la periferia de las ciudades, ya que es en éstas zonas donde se encuentra gran población de jóvenes, con grandes carencias económicas, de desempleo, nivel escolar en promedio del 4o año de primaria, donde existen grupos de pandilleros que asaltan, golpean, otras veces violan en forma multitudinaria sin hacer conciencia del acto sexual primario, diariamente se vé en los periódicos éste tipo de ataques a la individualidad íntima del ser humano. Por la poca educación sexual, ya que muchos padres no abordan este tipo de información, por pudor, falta de educación, mala comunicación padres-hijos. Los padres por lo general al preguntárseles al respecto, dan evasivas no orientando a los hijos, lo que crea confusión e inseguridad en los adolescentes, de ahí que se originen problemas psicofamiliares con repercusiones sociales.

Las embarazadas adolescentes por lo regular dejan de estudiar ante los cambios psicobiológicos que presentan. En nuestra sociedad se han ido natando cambios importantes desde la misma familia, el padre contribuye económicamente a las necesidades más importantes para la familia, si no alcanza, la madre tiene que solucionar ese problema, teniendo la necesidad de salir a buscar trabajo para el sustento familiar; al hacerlo, los hijos quedan abandonados, sin alguien que los oriente, máxime en la etapa difícil de cambios que los jóvenes presentan, sobretodo psicológicos. Se ha visto que las adolescentes que dan a luz antes de temunar la preparatoria, no

tienen posibilidades de obtener su diploma de ese ciclo, y complementar una educación universitaria, comparadas con las mujeres que procrean después de los 20 años de vida. Las mujeres que dan a luz en su adolescencia tienen mayor propensión a procrear gran número de hijos, con mayor proporción de embarazos no deseados (14).

El consumo de alcohol, cigarrillos o drogas ilícitas, son características que pueden explicar mayores riesgos durante el embarazo y la procreación en la adolescente (14).

Las consecuencias de la conducta sexual del adolescente constituyen una enorme carga para él y la sociedad. El problema no es que los adolescentes sean sexualmente activos, sino que casi no cuentan con preparación y orientación para la conducta sexual responsable. En México por lo general la fuente primaria de información de un adolescente sobre la sexualidad son los compañeros, todos apenas en fase de experimentar y reforzar las mismas conductas. La familia no tiene tanta fuerza como para modelar la conducta sexual responsable, ya que los padres se sienten incómodos con la educación sexual. Ello es resultado del medio social en que el sexo a menudo es mostrado, rara vez vinculado con conductas responsables o información parcial e imprecisa (14).

La edad de la pareja generalmente es mayor que la edad de la adolescente, pero se dan casos de adolescentes varones menores a los 20 años, ya en pareja, también coartando su educación en caso de responder al embarazo de su compañera, por lo tanto la vida se le hará más difícil de sobrellevar (14).

El estudio de la pareja y de las familias de origen, orientará para saber el estado socioeconómico de las mismas, estatus, escolaridad. En México por lo general la embarazada no estando casada

se queda a vivir en la casa paterna, si está casada y viven en la casa familiar de alguno de ellos, formarán familias extensas que agudizarán la economía familiar, el padre al no poder sufragar los requerimientos familiares básicos, pedirá ayuda a la hija o al hijo casados o en unión libre, que trabajen. Se presentarán cambios que van a resquebrajar la unidad familiar.

Con la emigración de la población rural a las grandes ciudades, la familia de productora que era en el campo se transformará en consumidora, agudizándose así la carga social. Los programas de planificación familiar han contribuido grandemente a la disminución de la tasa de nacimientos. Las parejas de jóvenes o la embarazada adolescente se enfrentarán a conflictos personales, interpersonales, intrafamiliares, que son manifestados con reproches, enojos, ira, agresión verbal y física, pero al final los padres apoyan a su hija embarazada, reconociendo que no les prestaron la debida atención a sus hijos.

Es importante el estado civil de los padres de la embarazada, ya que la adolescente en algunos casos al no contar con la imagen paterna, se les hace que ello sea "normal", no teniendo conciencia clara de su situación, por lo que se les debe educar, informar claramente para que cuando deseén formar una familia lo hagan con la responsabilidad debida.

Es importante que se les estimule para elevar su autoestima y cuando tengan a su hijo sean positivas, que no se depriman y acepten al hijo con amor y cariño, que el hijo no sea quien pague las consecuencias en caso de no haber sido deseado.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en la adolescente es un problema que afecta a las familias implicadas, es una situación que puede ser reflejo de la falta de orientación sexual entre los jóvenes e implica situaciones difíciles que comprometen el bienestar biopsicosocial de la adolescente, aumentando su riesgo reproductivo (14). Esto ocasiona un problema en toda la esfera familiar que implica mayores gastos, desilusión, y rechazo por parte de los padres y hermanos. Así mismo, en muchos casos, origina fricciones entre la pareja, en otras, es causa de separación de la misma (1). Además, muchas veces, truncan las posibles aspiraciones de la adolescente desde el punto de vista personal y profesional. Así se genera un círculo vicioso entre padres desorientados e hijos que probablemente no recibirán las condiciones satisfactorias para su íntegro desarrollo biopsicosocial (13). Pueden prematuramente lanzarse a la aventura del matrimonio en un intento de liberarse de una red familiar desdichada.

Por lo anterior, en este estudio se buscarán encontrar algunas características psicosociales y médicas de la adolescente embarazada y de sus familias (1,2,7,12,13,19).

JUSTIFICACION

De acuerdo a las últimas estadísticas sobre desarrollo poblacional, en 1993 la Tierra estaba habitada en 32% por jóvenes menores de 15 años de edad. En nuestro país ésta cifra se establecía en 37%, lo que significa que la pirámide poblacional estaba formada en más de un tercio por jóvenes y cerca del 60% de la población en edad reproductiva (17).

Por lo tanto se ha visto un incremento de embarazadas adolescentes, que se vé reflejada en los servicios de Gineco-Obstetricia de las Instituciones de Salud, ocasionando grandes erogaciones que son desviadas de otros servicios, por lo que la programación de Medicina Preventiva debe estar enfocada hacia este aspecto de repercusiones sociales. Este reto supone adsegurar una asistencia de calidad en una época de contracciones presupuestarias, imponiendo a los médicos de atención primaria a la salud, adquirir atención especial a la problemática, adquiriendo habilidades de administración de recursos, dirección, siendo la única manera de garantizar una asistencia eficaz y asequible (17).

El embarazo durante la adolescencia está asociado a problemas biológicos, psicológicos, sociales, médicos, tanto para la madre como para el hijo.

La adolescencia es en sí una etapa de desarrollo que implica grandes cambios físicos, conjuntamente con conflictos psicosociales y de redefinición personal. La adolescente embarazada no depende de su edad en sí, sino que puede ser reflejo de una serie de condiciones tanto de salud, económicas, sociales, psicológicas. Es quizá la convergencia de esas condiciones, tanto las que no son inherentes al embarazo durante ésta edad, como las que se asocian a éste fenómeno,

lo que hace importante este estudio (12).

En nuestro país al igual que en otros países en vías de desarrollo, el embarazo en adolescentes es cada vez más frecuente, ocasionando grandes problemas físicos, médicos, psicológicos, ya que aún no ha concluido el desarrollo. La familia de la adolescente se encuentra en el ciclo de la crianza de los hijos, de ahí que al suscitarse el embarazo, la familia no está preparada para el desprendimiento de la hija o del hijo, interviniendo algunas veces casándolos contra su voluntad, no estando preparados para el acontecimiento, viéndose posteriormente separación de las parejas por problemas afectivos, frustración por metas que no verán cumplidas. Al haber separación de las parejas, la adolescente trabajará para su sustento, encontrándose en desventaja al solicitar un empleo por la poca escolaridad y los cambios biológicos que sufre, aceptando labores poco remuneradas, al tener menor ingreso, mayor dependencia generalmente paterna. Cambio de roles, ya que la mayor parte de las veces tendrán las madres menores, que realizar el papel padre-madre (13).

Muchas separaciones son una consecuencia de su aún incompleto desarrollo biológico, psicológico. No están ni se sienten capaces de responder a sus nuevas obligaciones, o se evade la responsabilidad de paternalismo por ya haber adquirido compromisos. También intervienen los intereses familiares. Ante lo señalado, quienes cargarán con las obligaciones serán los padres de la adolescente, ella misma y en consecuencia el hijo (1,4,16).

Existen reportes que indican que los hijos de madres adolescentes presentan con mayor frecuencia problemas de salud, nutrición inadecuada --

cuada, infecciones, accidentes y muerte súbita. Así mismo, se han observado problemas en término de rendimiento intelectual, no tanto en la primera infancia sino en edades posteriores. En el área socioafectiva se ha visto mayor agresividad, impulsividad y problemas de atención en estos niños (1,13).

De ahí la importante, pronta y adecuada atención a éste tipo de población.

OBJETIVO

Objetivo general

Determinar algunas características psicosociales y médicas de la adolescente embarazada y, algunas psicosociales de sus familias.

Objetivo específico.

Determinar la edad de la embarazada y de su pareja.

Determinar el estado civil de la adolescente embarazada y de su pareja.

Determinar la escolaridad de la embarazada y de su pareja.

Identificar la ocupación antes del embarazo y la actual.

Determinar algunos datos sociales de la pareja sexual.

Establecer antecedentes obstétricos de las embarazadas.

Identificar educación sexual.

Identificar datos de toxicomanías en la embarazada y su pareja.

Complementar algunas características psicosociales de las familias.

Identificar expectativas de la adolescente después del parto.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio.

Es un estudio observacional, prospectivo, descriptivo, transversal.

Población, lugar y tiempo.

Población; 20 elementos de estudio.

Lugar; El presente estudio se realizó en la Clínica Hospital de Medicina Familiar ISSSTE Balbuena y en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 del I.M.S.S., consulta externa.

Tiempo; Durante el período comprendido del 1o. de agosto al 15 de noviembre de 1994.

Tipo de muestra y tamaño de la muestra.

El tipo de muestra es no aleatoria, consecutiva hasta completar un total de 20 elementos de estudio durante el período señalado, bajo los siguientes criterios.

CRITERIOS DE INCLUSION

Estar embarazadas, máximo hasta los 20 años de edad.

Casadas o solteras.

Ser derechohabientes del ISSSTE o del IMSS.

Que acepten entrar al estudio y llenar un cuestionario.

Si son menores de 18 años, que una persona tutor o familiar adulto, dé su consentimiento para el llenado del cuestionario, en todos los casos con previa explicación del motivo del estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Embarazadas mayores de 20 años de edad.

Embarazadas que no acepten entrar al estudio.

Menores de edad embarazadas que no tengan autorización de una persona mayor de edad para llenar el cuestionario.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Encuestadas que hayan contestado el cuestionario en forma incompleta o ilegible.

INFORMACION A RECOLECTAR

Se diseñó un cuestionario donde algunas preguntas fueron literales, otras abiertas, algunas parcialmente estructuradas.

El cuestionario se dividió de acuerdo a datos generales de la entrevistada, de la pareja sexual; preguntas médicas, psicosociales y algunos datos de ambas familias.

Las principales variables que se tomaron fueron; nombre, edad, escolaridad, estado civil, ocupación, lugar de vivienda y con quién vive, antecedentes obstétricos, toxicomanías.

De la pareja los datos que se tomaron fueron los generales; edad escolaridad, ocupación, estado civil, toxicomanías, especificar.

Psicosociales; Explicar si tenía información sexual y quién se la proporcionó, estado civil, nivel socioeconómico, número de hermanos y lugar entre ellos, rechazo o apoyo familiar. Estado civil de los padres y problemática si es que la hay. Apoyo económico de los padres, aceptación o rechazo de la paternidad de la pareja.

Datos generales de los padres de la entrevistada y de la pareja, aceptación o rechazo de parte de la familia de la pareja, apoyo económico. Trato de los padres de la pareja con ella y con él ante la noticia del embarazo, reacción de los hermanos.

PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACION

La información se obtuvo de la edula de recolección de datos, misma que fué contestada por las entrevistadas embarazadas. Se les aplicó en una sola sesión, en el consultorio de la consulta externa, teniendo la ayuda de la enfermera en turno para la canalización de las embarazadas. Los compañeros médicos de la unidad, así como el personal de archivo clínico ayudaron a la canalización de las entrevistadas.

Los resultados se darán más adelante.

Los cuestionarios tomados en Hosp. de Gin-Obst. IMMS, fueron aplicados previo permiso de la autoridad médica correspondiente y con la presentación del protocolo.

CONSIDERACIONES ETICAS

En el presente trabajo se tuvo el cuidado de respetar los lineamientos de la investigación biomédica que involucra a seres humanos. No transgrede el Reglamento de la Ley General de Salud para la República Mexicana ni los principios básicos de la Declaración de Helsinki correspondientes a la investigación biomédica que involucra a seres humanos, salvaguardando su integridad, su vida privada y la personalidad de cada una de las entrevistadas, a las cuales o familiar adulto o tutor en las menores de edad, se les informó de los objetivos, métodos, beneficios a futuro, no habiendo peligros potenciales ni molestias que les pudiesen provocar. Dándoseles toda la libertad para abstenerse de participar en el mismo o retirarse si así lo deseara. Prometiéndonos por nuestra parte respetar el contenido de cada cuestionario, siempre respetando la individualidad de cada una de nuestras participantes. Obteniendo con el consentimiento de ellas la toma de los datos. Nunca tratando de implicar éticamente daño alguno a las entrevistadas. Obteniendo el consentimiento de una persona familiar o tutor adulto el llenado del cuestionario.

CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES DE MUJERES EMBARAZADAS
 ADOLESCENTES

DISTRIBUCION POR EDADES DE LA EMBARAZADA Y SU PAREJA

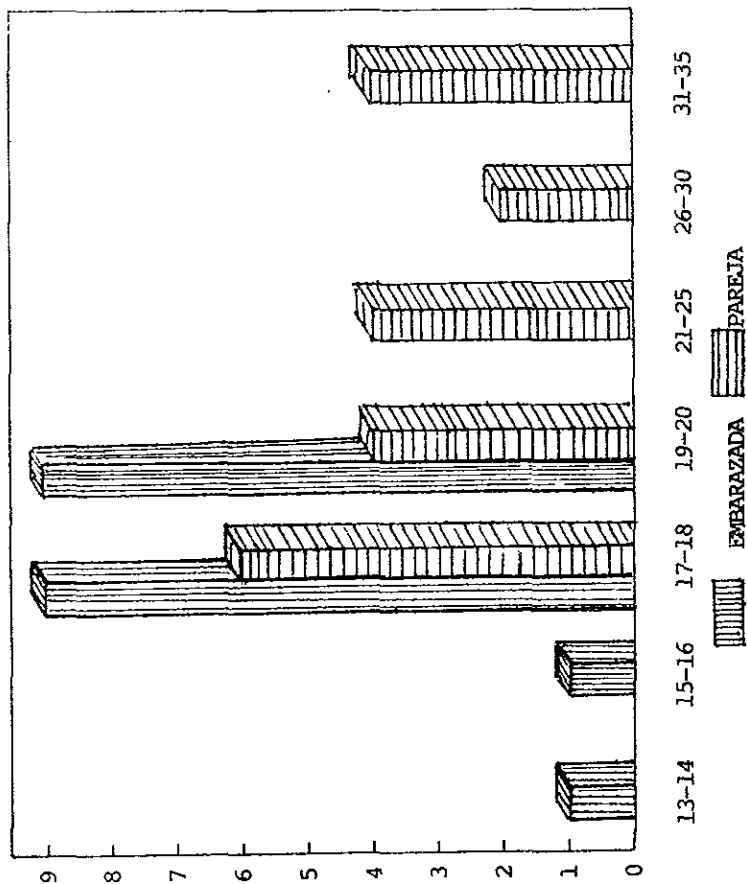
EDAD	EMBARAZADA	PAREJA
13-14	1	-
15-16	1	-
17-18	9	6
19-20	9	4
21-25	-	4
26-30	-	2
31-35	-	4
TOTAL	20	20

TABLA NO. 1

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES DE MUJERES EMBARAZADAS
ADOLESCENTES

DISTRIBUCION POR EDADES DE LA EMBARAZADA Y SU PAREJA



GRAFICA No. 1

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE MUJERES EMBARAZADAS
ADOLESCENTES

ESTADO CIVIL DE LA EMBARAZADA Y SU PAREJA

ESTADO CIVIL	EMBARAZADA	PAREJA
SOLTERAS	9	8
CASADAS	7	7
UNION LIBRE	4	4
DIVORCIADAS	-	1
TOTAL	20	20

TABLA No. 2

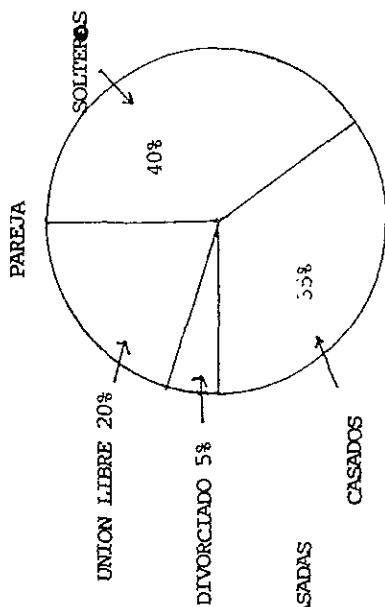
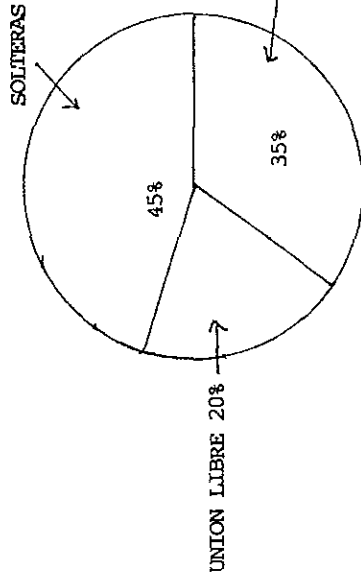
FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES DE MUJERES EMBARAZADAS

ADOLESCENTES

ESTADO CIVIL DE LA EMBARAZADA Y SU PAREJA

EMBARAZADA



GRAFICA No. 2

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES DE MUJERES EMBARAZADAS
ADOLESCENTES

ESCOLARIDAD DE LA EMBARAZADA Y DE SU PAREJA

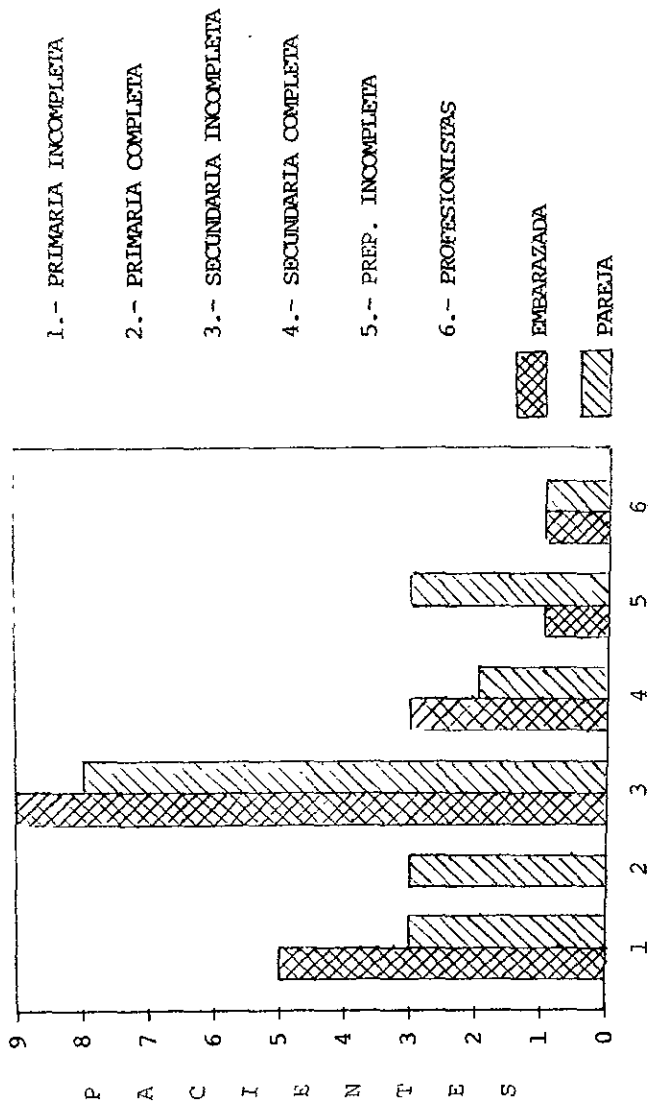
ESCOLARIDAD	EMBARAZADA	PAREJA
PRIMARIA INCOMPLETA	6	3
PRIMARIA COMPLETA	0	3
SECUNDARIA INCOMPLETA	9	8
SECUNDARIA COMPLETA	3	2
PREPARATORIA INCOMPLETA	1	3
PROFESIONISTAS	1	1
TOTAL	20	20

TABLA No. 3

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES DE MUJERES EMBARAZADAS
ADOLESCENTES

ESCOLARIDAD DE LA EMBARAZADA Y DE SU PAREJA



GRAFICA No. 3

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES DE MUJERES EMBARAZADAS
ADOLESCENTES

OCUPACION PREVIA AL EMBARAZO DE LA EMBARAZADA Y

OCUPACION AL SER ENTREVISTADAS

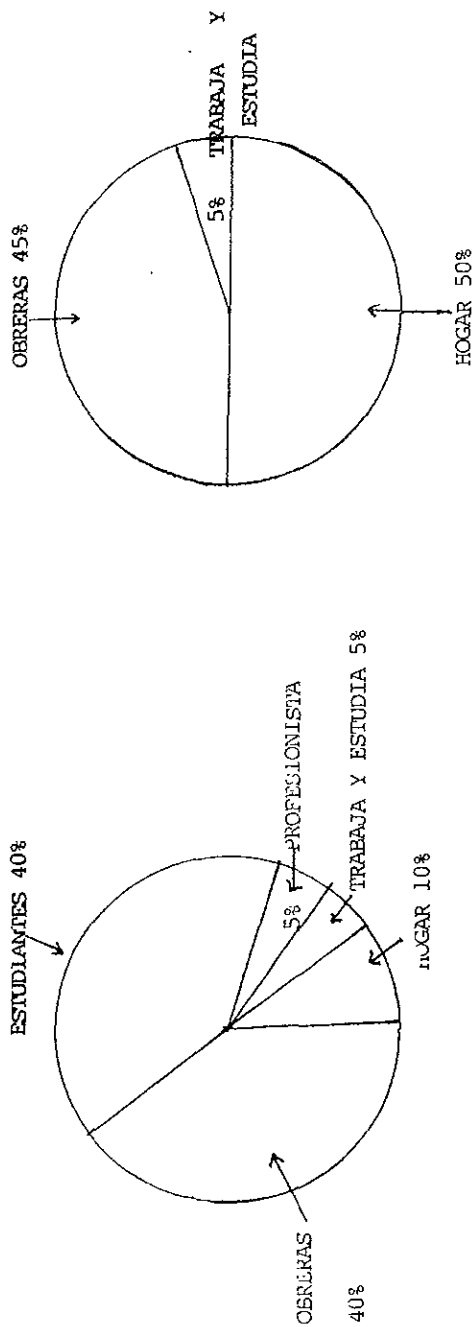
OCUPACION	PREVIA	ACTUAL
PROFESIONISTA	1	-
ESTUDIANTES	8	-
ESTUDIAR Y TRABAJAR	1	1
OBRERAS	8	9
HOGAR	2	10
TOTAL	20	20

TABLA No. 4

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES DE MUJERES EMBARAZADAS
ADOLESCENTES

OCCUPACION PREVIA Y ACTUAL DE LA EMBARAZADA



GRAFICA No. 4

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CARACTERÍSTICAS PSIOSOCIALES DE MUJERES EMBARAZADAS

ADOLESCENTES

Ocupación Previa y Actual de la Pareja

Ocupación	Previa al Embarazo	Actual
Comerciantes	2	2
Estudiantes	5	2
Estudiantes y Trabajadores	0	2
Obreros	13	14
TOTAL	20	20

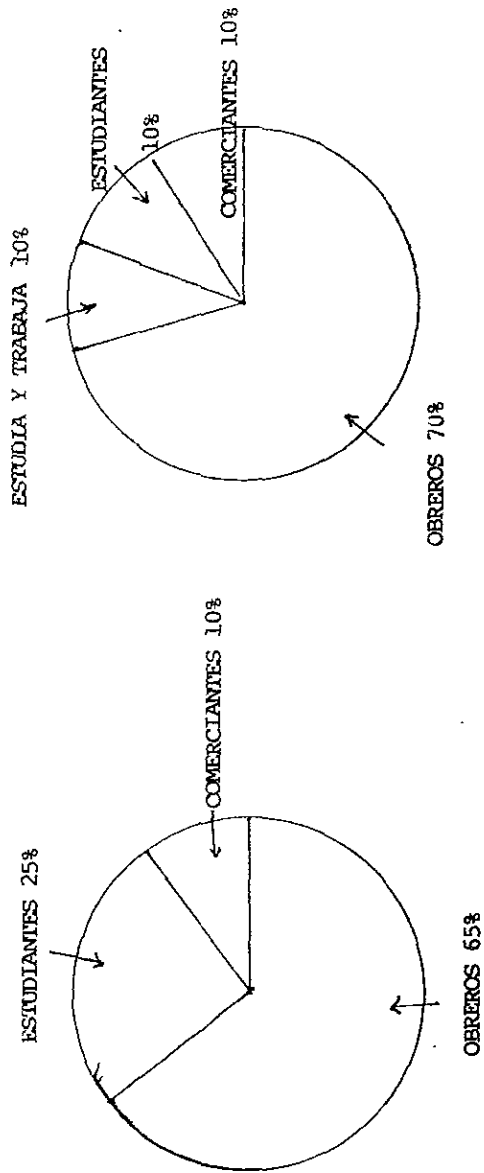
Tabla No. 5

Fuente: Hoja de Recolección de Datos.

CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES DE MUJERES EMBARAZADAS
ADOLESCENTES

OCCUPACION PREVIA AL EMBARAZO Y LA ACTUAL

CON RELACION A LA PAREJA SEXUAL



GRAFICA No. 5

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES DE MUJERES EMBARAZADAS
ADOLESCENTES

ANTECEDENTES DE INFORMACION SEXUAL

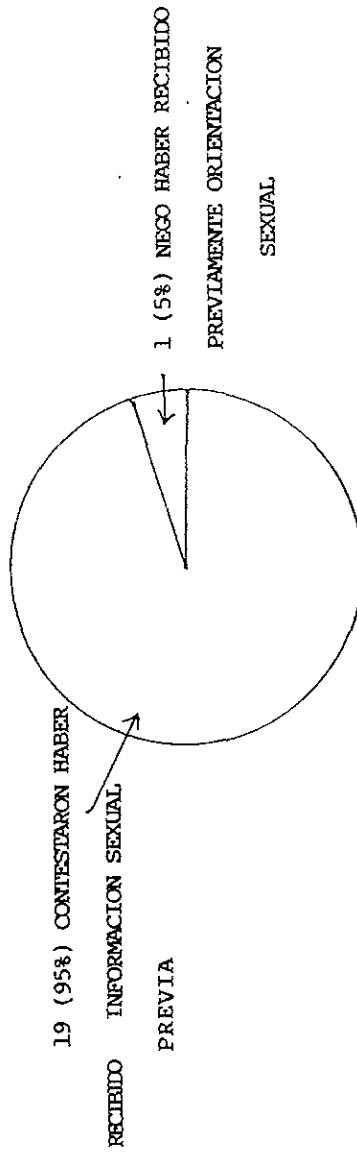
INFORMACION SEXUAL PREVIA	No.	%
SI REPORTARON	19	95%
NEGARON	1	5%

TABLA No. 6

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE MUJERES EMBARAZADAS
ADOLESCENTES

ANTECEDENTES DE INFORMACION SEXUAL.



GRAFICA No. 6

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES DE MUJERES EMBARAZADAS
ADOLESCENTES

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

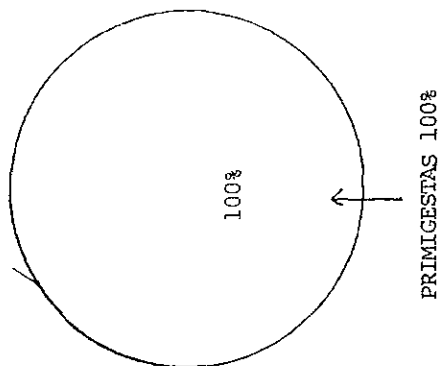
GESTACIONES	No.	%
PRIMIGESTAS	20	100%
SECUNDIGESTAS	0	0
TOTAL	20	100%

TABLA No. 7

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE MUJERES EMBARAZADAS
ADOLESCENTES

ANTECEDENTES OBSTETRICOS



GRAFICA No. 7

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE MUJERES EMBARAZADAS
ADOLESCENTES

DEPENDENCIA ECONOMICA

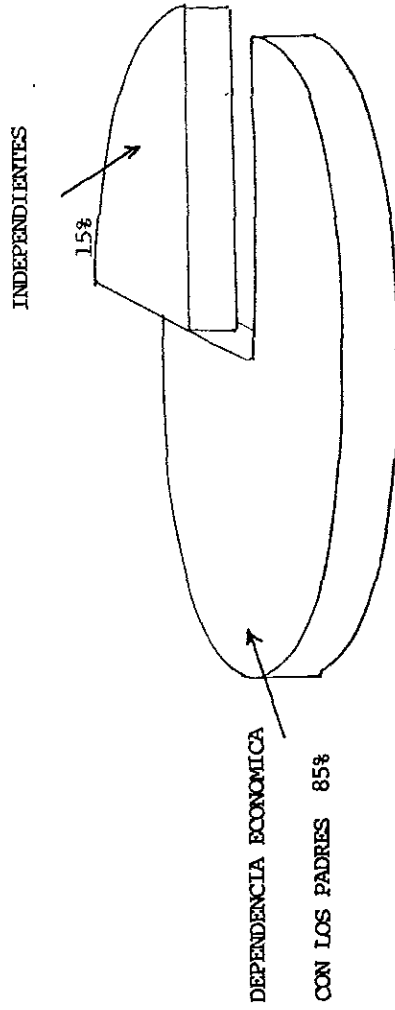
DEPENDENCIA ECONOMICA CON LOS PADRES	17	85%
INDEPENDIENTES	3	15%
TOTAL	20	100%

TABLA No. 8

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES DE MUJERES EMBARAZADAS ADOLESCENTES

DEPENDENCIA ECONOMICA



GRAFICA No. 8

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES DE MUJERES EMBARAZADAS
ADOLESCENTES

INTEGRACION FAMILIAR DE LOS PADRES DE LA PAREJA
Y DE LA FAMILIA DE LA EMBARAZADA

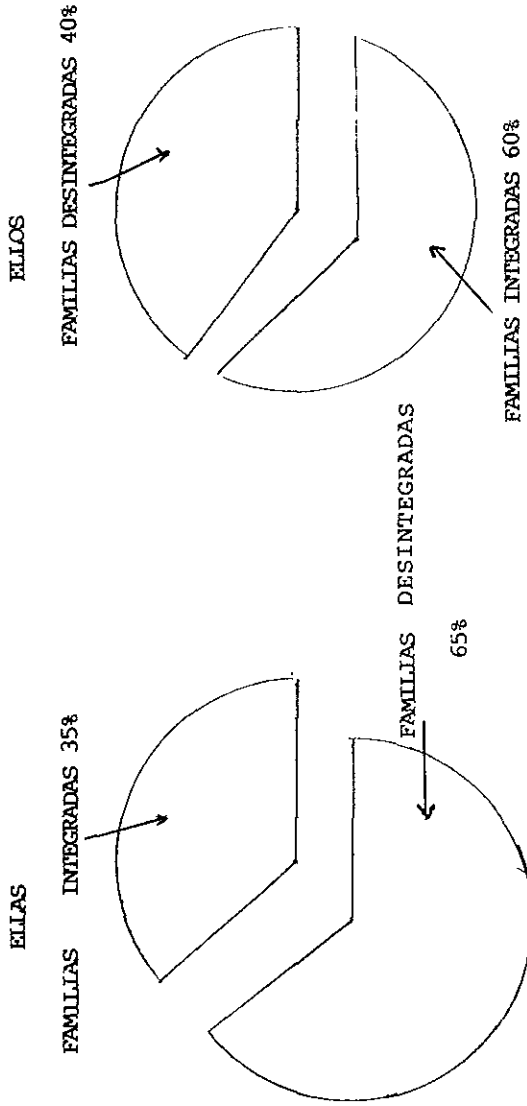
INTEGRACION FAMILIAR	EMBARAZADA	PAREJA
FAMILIAS INTEGRADAS	7 35%	12 60%
FAMILIAS DESINTEGRADAS	13 65%	8 40%
TOTAL	20 100%	20 100%

TABLA No. 9

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE MUJERES EMBARAZADAS
ADOLESCENTES

FAMILIAS DE ORIGEN TANTO DE LA EMBARAZADA COMO DE LA PAREJA



GRAFICA No. 9

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES DE MUJERES EMBARAZADAS
 ADOLESCENTES

REACCION DE LA FAMILIA DE LA EMBARAZADA ANTE EL MISMO

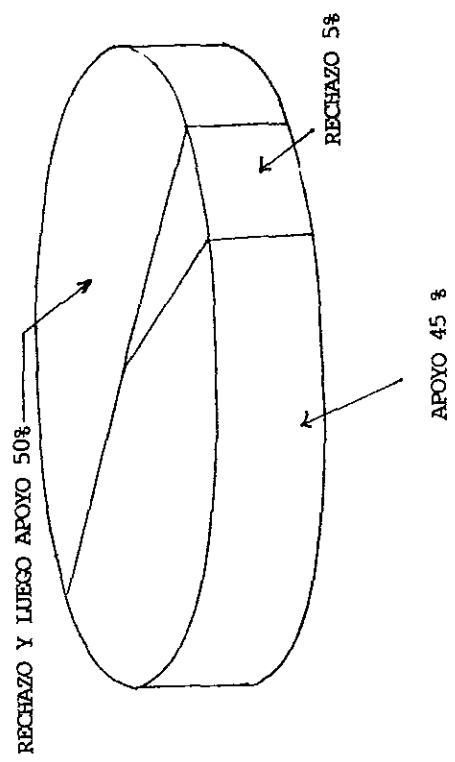
REACCION Y LUEGO APOYO	10	50 %
APOYO	9	45 %
RECHAZO	1	5 %
TOTAL	20	100 %

TABLA No. 10

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES DE MUJERES EMBARAZADAS
ADOLESCENTES

REACCION DE LA FAMILIA DE LA EMBARAZADA ANTE EL MISMO



GRAFICA No. 10 FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

ACEPTACION Y/O RECHAZO DE LA PATERNIDAD POR PARTE DEL VARON

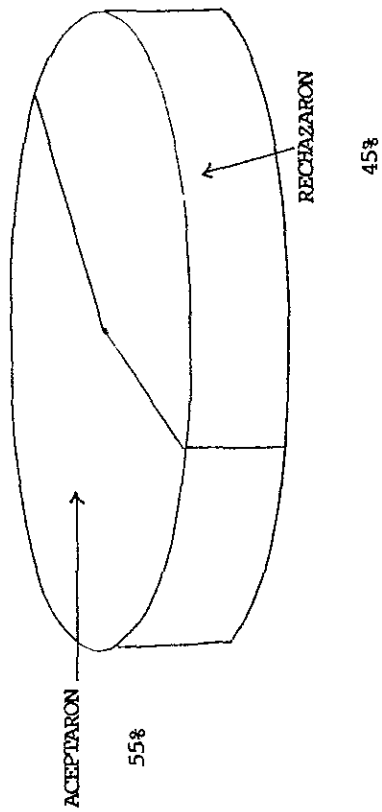
	No.	%
ACEPTARON	11	55%
RECHAZARON	9	45%
TOTAL	20	100%

TABLA No. 11

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES DE MUJERES EMBARAZADAS
ADOLESCENTES

ACEPTACION Y/O RECHAZO DE LA PATERNIDAD POR PARTE DEL VARON



GRAFICA No. 11 FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CARACTERISTICAS PSIOSOCIALES DE MUJERES EMBARAZADAS
ADOLESCENTES

TOXICOMANIAS

TOXICOMANIAS	ELLAS	ELLOS	%
SI	-	17	85%
NO	20	3	15%

TABLA No. 12

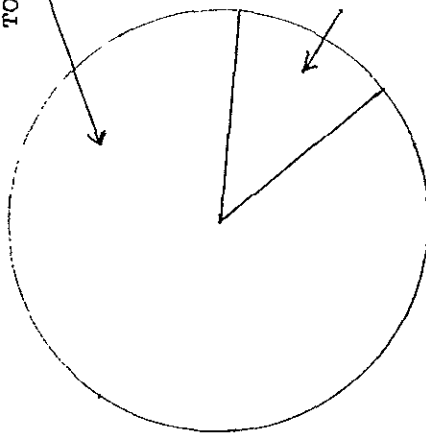
FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES DE MUJERES EMBARAZADAS
ADOLESCENTES

TOXICOMANIAS

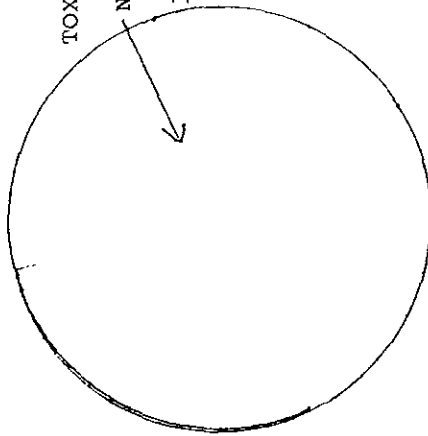
PAREJA

TOXICOMANIAS POSITIVAS
85 %



EMBARAZADA

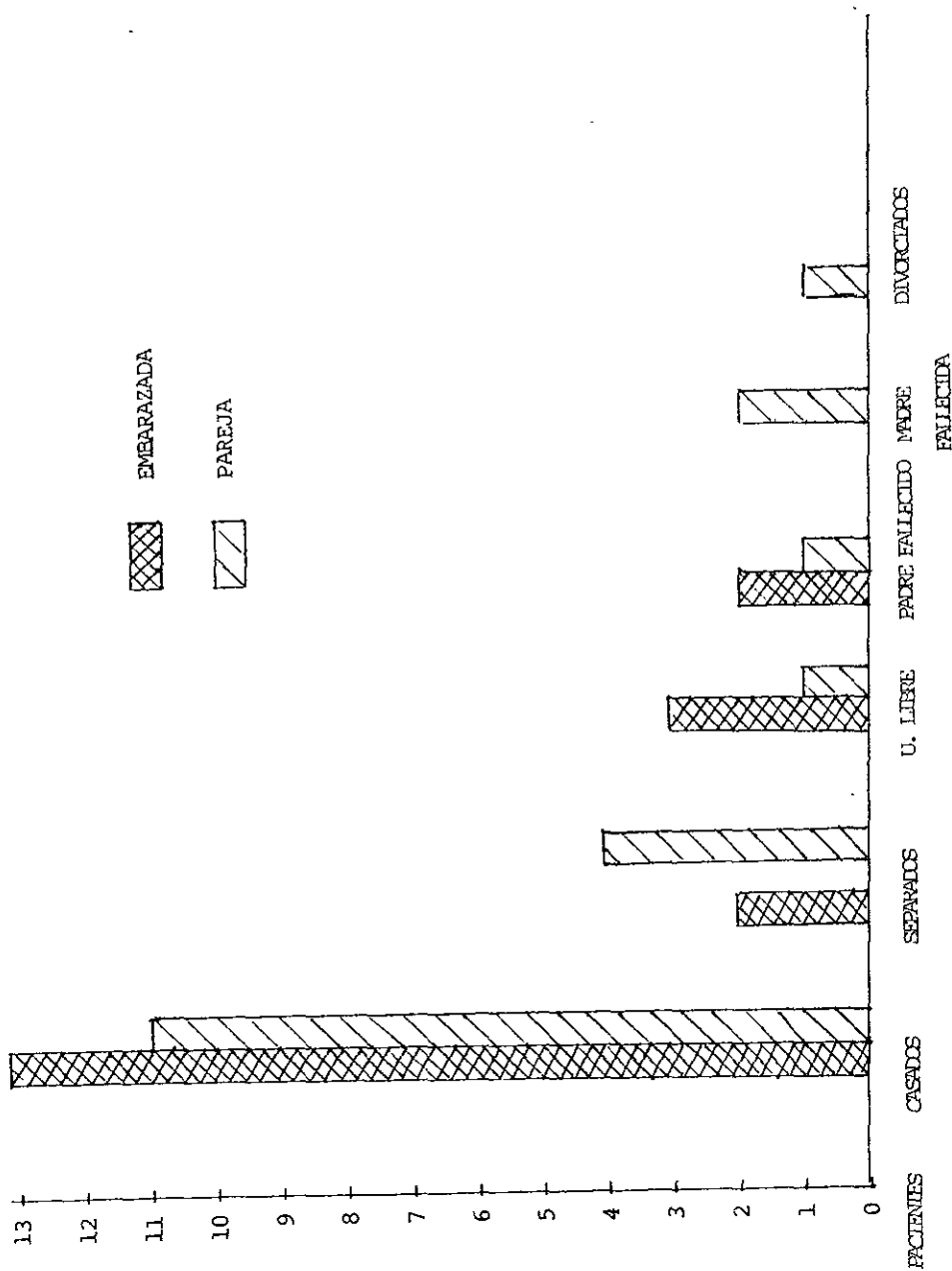
TOXICOMANIAS
NEGADAS
100 %



15 %

GRAFICA No. 12 FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE MUJERES EMBARAZADAS ADOLESCENTES
ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DE LA EMBARAZADA Y DE SU PAREJA



GRAFICA No. 13 FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE MUJERES EMBARAZADAS
 ADOLESCENTES

DATOS PSICOSOCIALES DE LAS FAMILIAS DE ORIGEN
 ESTADO CIVIL

	EMBARAZADA	PAREJA
CASADOS	13	11
SEPARADOS	2	4
UNION LIBRE	3	1
PADRE FALLECIDO	2	1
MADRE FALLECIDA	0	2
DIVORCIADOS	0	1
TOTAL	20	20

TABLA No. 13

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

En lo correspondiente a la orientación sexual; todas ellas, excepto dos, manifestaron haber recibido algún tipo de orientación en la escuela, una reportó que la recibió medianamente de su papá (no de su mamá, ya que a ésta le daba pena tocar el tema con sus hijos), una negó conocimiento alguno al respecto (reportó que no sabía incluso que se podía embarazar, se embarazó a los 14 años de edad). Gráfica 6.

Antecedentes obstétricos; Todas manifestaron ser primigestas. Gráfica No. 7.

En lo referente a dependencia económica, 3 manifestaron ser independientes (15%), 17 ser dependientes económicamente de alguna u otra forma de los padres (85%). Gráfica No. 8.

Dentro de los datos sociales, se investigaron las relaciones familiares y lo que se observó fué que de las 20 entrevistadas, 7 provenían de familias desintegradas (35%), 13 de familias integradas, (65%). La desintegración familiar por divorcio, separación o muerte de alguno de los padres. Se reportó en éste grupo, que 3 de los padres vivían en unión libre con otra pareja o la madre de la paciente (15%). El origen familiar de la pareja se reportó así; 12 provenían de familias integradas (60%), 8 desintegradas (40%). Gráfica No. 9.

La reacción de los padres ante la noticia del embarazo fué como sigue; 9 apoyo espontáneo (45%), 10 rechazo y posteriormente apoyo (50%), 1 rechazo (5%). Gráfica No. 10.

El rango de edad del compañero sexual fué de 17 a 35 años, promedio de 22.9 años Gráfica No. 1. El estado civil, ya anotado se hace saber que uno de ellos refirió ser divorciado pero rechazó toda responsabilidad de paternidad. Correspondieron 11 a las pacientes embarazadas (55%), el resto eludió la paternidad. Gráfica No. 11.

Toxicomanías; en la hoja de recolección se captó tabaquismo en 17 de ellos (85%), 2 reportando fumar marihuana en forma ocasional (10%), (dato dado por la paciente en la entrevista). Alcoholismo ocasional

(social), no refiriendo ninguno dependiente del mismo, 4 de ellos negaron toxicomanías (20%). Las entrevistadas todas negaron alguna toxicomanía.

Para complementar el conocimiento de las familias de origen, el estado civil de los padres de la entrevistada fué como sigue; 13 casados, 2 separados, 3 unión libre, 2 padres fallecidos. Por parte de los padres de la pareja; 11 casados, 4 separados, 1 unión libre, 1 padre fallecido, 2 madres fallecidas, 1 divorciado. Gráfica No. 13.

La familia de la pareja en general rechazaron el embarazo. Los hermanos tanto de la embarazada como de la pareja, tuvieron una reacción de rechazo, enojo, ira, con el tiempo aceptándola y siendo más afectivos con ella.

Los padres después del choque emocional del embarazo en la hija, la aceptaron y le dieron apoyo. La entrevistada notó más atención hacia ella, afecto, aceptación. Ella también reportó mejor comunicación con sus padres.

Las expectativas las refirieron en general positivas, trabajar, estudiar, superarse con el propósito de recibir a su bebé en un ambiente cálido, tratar de no ser una carga para su familia.

DISCUSION

El estudio de la evolución del embarazo en adolescentes, tiene un enfoque multifactorial que incluye aspectos biológicos, psicológicos, sociales y económicos que van a afectar a las partes interesadas cada uno en diferente grado. Se consideraron los factores más comunes en la etapa de embarazo en las adolescentes, dichos factores en conjunto tienen relación con la buena o mala evolución de los fenómenos que ocurren en este grupo de edad.

Los resultados de este estudio indican que el embarazo en las adolescentes se relaciona con un nivel socioeconómico bajo, baja escolaridad, resultados que son similares a los reportados en la literatura. En éste estudio, la mayoría de las embarazadas dejaron de estudiar para dedicarse al hogar durante el transcurso del mismo, así se ha venido estableciendo por la educación familiar, lo que no coincide con Jones y Cols (2), quienes refieren que la mayoría se reintegraron al colegio, unas en el transcurso del embarazo y otras después del parto, se realizan programas educativos tanto para la adolescente como para los padres de la embarazada con el fin de recomendar orientación nutricional, social y obstétrica. Se recomienda que frecuenten sitios para adolescentes y algo muy importante, se incluye orientación de anticoncepción, cuidados al recién nacido y apoyo psicosocial, se les dan estos programas no interrumpiendo su educación escolar. Hay que hacer notar que la mayoría de las pacientes entrevistadas en estas condiciones de embarazo, experimentan alteración emocional en diverso grado. Su pudo observar que la alteración se presenta desde una gran indolencia, hasta una gran preocupación; notándose en la mayoría de los casos, que son acompañadas por algún familiar quien es generalmente la madre de paciente, la cual acusa casi siempre una gran preocupación por la

hija y su futuro en el cual intervienen las carencias económicas.

La mayoría de las pacientes, objetivo de este estudio, modificaron su comportamiento de logro escolar porque casi todas dejaron de estudiar por motivo de su inminente cambio biológico. A esta circunstancia debe agregarse el comentario de que los grupos a los cuales pertenecen estas pacientes asumieron actitudes hostiles, de burla y de castigo por ésta, su nueva condición humana. Dentro de los grupos que ejercen la conducta antes mencionada, se encuentra principalmente la familia.

Para las adolescentes entrevistadas su condición de embarazo propició alteraciones en su comportamiento que se apreciaron en diversos grados:

- Falta de conocimiento de su biología.
- Falta de confianza en sí mismas.
- Inseguridad personal debido a la falta de comprensión de sus familiares y amigos.
- Falta de seguridad en el paso dado, debido a la falta de apoyo y de conocimientos de su eventual compañero.

La edad es de básica importancia, ya que la adolescente aún se encuentra en etapa de crecimiento biológico y psicofísico. Su misma etapa del desarrollo aún no tiene una mentalidad materna. Mientras más sea joven, tendrá mayores riesgos de sufrir complicaciones durante el embarazo, trabajo de parto prolongados, RPM, productos de bajo peso, mayor morbilidad materno-fetal entre otros, por lo que deben de llevar un control estricto de su embarazo. Por la sola edad, se le considera de alto riesgo. Es por ello que este tipo de estudios es importante. Lo que concuerda con Lena MS y Cols, Linda M, Salinas-Martínez, entre otros estudios revisados.

En este estudio se apreció predominio de las solteras sobre las casadas. El compañero sexual también predominó que los casados son los menos. Por lo anterior indica que las solteras tendrán la necesidad de esforzarse más, ya que tendrán que ser padres y madres al mismo tiempo, con las responsabilidades que ello conlleva. Muchos varones tienen compromisos contraídos anteriormente siendo un pretexto para rechazar la paternidad, por lo que hay que insistir en sus responsabilidades. Como médicos de atención primaria a la salud, estamos obligados a conocer ésta problemática, realizar programas educativos encaminados a la familia y evitar su disgregación, como lo proponen los trabajos de Records A, Lena y Cols, Buchholz.

La edad es un factor fundamental para la culminación del embarazo, todas las complicaciones derivadas en ésta etapa de la vida, concuerdan con los diferentes estudios, entre los que se encuentran los de Galinas-Martínez, Uribe E Roberto, en población derechohabiente de México y de Records A, Morris, Jones y Cols en población de Estados Unidos, Lena y Cols. en población de Canadá.

La orientación sexual la mayoría de las entrevistadas refirió haberla obtenido en la escuela. Es un punto que llama la atención ya que nos deja ver que los padres dejan este aspecto básico para el desarrollo del individuo en forma integral, generalmente son terceras personas quienes los orientan, haciéndose a un lado de tal responsabilidad, lo cual se reporta contrario en otras culturas como lo reporta Lena y Cols.

Los jóvenes dentro de su educación, deben ser orientados de los aspectos de la relación sexual, con honradez por los padres, no dando evasivas que los lleven a buscar esos conocimientos en terceras personas. La mayor parte de las ocasiones es por la barrera padres-hijos de falta de comunicación. Si no ha habido tal comunicación, el

joven por ignorancia actuará sin medir las consecuencias. En el caso de haber un embarazo, agrandarán la problemática individual y de quienes los rodean.

En cuanto a la procedencia de las familias, la desintegración fué muy elevada, ello probablemente influya a que se acepte con mayor frecuencia el divorcio, sobre todo en parejas muy jóvenes, con lo que la imágen paterna está ausente, también es mayor el número de mujeres que trabajan, ya que la pareja no alcanza por sí solo a cubrir las necesidades básicas monetarias, como lo reportó en su estudio Seymore y Cols.

Las expectativas de las embarazadas serán satisfactorias mientras mejor se lleve un buen control del embarazo, se tenga nutrición adecuada, salud, los choques emocionales no le sean siempre negativos hacia su comportamiento, eleve su autoestima y tenga una actitud positiva ante su futuro de ser madre, trabajar, estudiar para superarse, actuar con responsabilidad, como apoyan los estudios de Jones EM y Lena MS.

CONCLUSIONES

1 El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un problema - de salud a nivel mundial. Según los reportes estudiados para el presente estudio el incremento de embarazos en adolescentes, representa un problema de salud pública. Dicho incremento tiene repercusiones a nivel personal, familiar y social. Las adolescentes se encuentran en una fase de desarrollo biológico y psicológico. La inmadurez biológica es adversa al embarazo, el mismo no va a impedir que se siga desarrollando tanto biológica- como psicológicamente, lo que va a contribuir aún más a agrandar la problemática, sobre todo si el embarazo no ha sido planeado. El estado civil de la embarazada y de su pareja son similares, con predominio de las solteras. La escolaridad se aprecia ser con predominio de secundaria incompleta tanto la embarazada como la pareja, un profesionista dentro de los investigados y una Profra. de Kinder. Ello nos da gráficamente la orientación de tener muy baja escolaridad.

El lo que respecta a la ocupación previa al embarazo, nos damos que 8 eran estudiantes y 8 asalariadas, cuando se les entrevistó embarazadas, todas las estudiantes se retiraron a labores del hogar y 9 a laborar fuera de casa para su sustento. En la pareja se apreció pérdida escolar y aumento de asalariados.

La orientación sexual la mayoría la recibió en la escuela. Los antecedentes obstétricos, todas fueron primigestas, hay que hacer notar que mientras más joven, los embarazos son más

frecuentes. Las parejas sexuales fueron generalmente mayores que ellas, dos reportaron fumar marihuana en forma ocasional, las entrevistadas negaron toxicomanías, refiriendo en su pareja tabaquismo la mayor parte de ellos y negaron dependencia alcohólica. La desintegración familiar dominó sobre las familias integradas.

La paciente reportó en general haber recibido apoyo de sus padres, aunque éstos manifestaron desilusión, hubieron crisis de ira, enojo, reproches al conocer la noticia del embarazo en la hija, pero al fin padres, se les apoyó, refiriendo las entrevistadas que ahora sí se les ponía atención y le mostraban cariño. El varón aceptó la responsabilidad de paternidad en un 55% contra 45%.

Las familias de origen mostraron integración en un 60% de los padres del varón contra 80% de la familia de la entrevistada.

A las pacientes se les preguntaron expectativas y todas contestaron en forma positiva.

2.- Para el presente estudio hubiese sido deseable una población más grande, así como de zonas poblacionales distintas y complementar con población derechohabiente a nivel hospitalario. Tiempo para desarrollar la investigación, conocimientos más comúnmente relacionados con investigaciones médicas. En Clínicas de Medicina Familiar la consulta absorbe todo el tiempo. Una hoja de datos más fácil de responder, sería más adecuada ésta investigación. He de hacer notar que a pesar de captar éste tipo de derechohabientes de zonas distintas a mi población, aún así no se alcanzó una población más amplia. Lo que no se puede decir de zonas como Cd. Nezahualcóyotl p. ej. donde hay gran cantidad de jóvenes.

3.- Es conveniente desarrollar programas de orientación sexual, Plan.Fam., nutrición, orientación obstétrica. Necesario relacionar programas con otras instituciones, S.E.P., D.I.F., I.M.S.S., para educar y orientar a jóvenes y padres para que actúen responsablemente.

BIBLIOGRAFIA

- 1 BUCHHOLZ S E, Korn-Bursztyn C. Children of adolescent mothers: are they at risk abuse?. *Adolescence*, Vol 28, No. 100, Summer 1993: 361-82
- 2 JONES E M, Mondy W L. Parental education outcome for pregnant adolescents and their infants using trained volunteers. *Journal of adolescent health care* 1990; 11: 437-444
- 3 JORDAN E, Injuries in Children of Adolescent Mothers: Home Safety Education Associated With Decreased Injury Risk. *Pediatrics*.1993; 91: 481-487
- 4 KEDDIE M A, Psychosocial factors associated with teenage pregnancy in Jamaica. *Adolescence*. Vol. 27, No. 108, Winter 1992: 873-890
- 5 KURUP A, Pregnancy outcome in unmarried teenage nulligravidae in Singapore. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 1989: 30: 305-311
- 6 LAGANA L, Hayes M D. Contraceptive health programs for adolescents: a critical review. *Adolescence*, Vol. 28, No. 110, Summer 1993: 347-59
- 7 LENA M S, Marko E, Nimrod C, Merrit L, Poirier G, Shein E. Birthing experience of adolescents at the Ottawa General Hospital Perinatal Centre. *Can Med Assoc J* 1993: 148 (12) 2149-54
- 8 LINDA M GRANT. Sexualidad en los adolescentes. *Clínicas Pediátricas de Norteamérica*; Ed. Interamericana, Mex. D. F., 1989; Vol. 6: 1397-1417

- 9 MORRIS L A, Berenson B A, Lawson J, Wiermann M C. Comparasion of adolescent pregnancy outcomer by prenatal care source. Journal of reproductive medicine, 1993: (5) 375-80
- 10 ORTIGOZA C E, Cortés H E, Garnica R L; Sexualidad y Reproducción. Ginec Obstet Méx., 1991; 59: 293-8
- 11 RAHMAN S. Reproductive healt of adolescents in Bangladesh. Int. J. Gynecol Obstet, 1989; 29: 323-335
- 12 RECORDS A. Life events of pregnant and nonpregnat adolescents. Adolescence, Vol. 28 No. 110, Summer 1993: 325-38
- 13 SALINAS-MARTINEZ M A, Martínez-Sanchez C, Pérez-Segura J. Perecepción e factores de risgo reproductivo. Ginec Obst Méx., 1993 ; 60::8-14
- 14 SALLY D. Embarazo en adolescentes. Clínicas Pediátrica de Norteamé rica, Méx., D. F. Editorial Panamericana 1989; 3: 715-721
- 15 SAVONA C. Risks in pregnant teenager. Int. J. Gineco Obstet. 1990; 75:948-953
- 16 SEYMORE C, Frothingham E T, Macmillan J, Durant H R. Child develop ment knowledge, childrearing attitudes, and social spuurt among first and second-time adolescent mothers. Journal of adolescent healt care, 1990: 11: 343-350
- 17 URIBE E R. Sexualidad en la adolescencia en GYNECO (Actualización Médica Contínua en Ginecología, Obstetricia y Perrinatología): Vol 4, No. 23, Mayo-Junio 1996: 23-26
- 18 VARIOS. " Embarazo y contracepción en los adolescentes". El Manual Merk, España, Mosby-Doyma Libros, 1994 (9a. Ed.): 2519-20
- 19 WURTZ P A, Whitman L T, Borkowsky J C, and Cols. Personal adjustetment during pregnancy and adolescent parenting. Adolescent, Vol. 28 , No. 109, Spring 1993:97-122

ANEXO (1)

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Datos de la entrevistada:

Nombre _____ Expediente _____
 Fecha _____ Edad _____ Estado Civil _____
 Escolaridad _____ Ocupación antes del embarazo _____
 Ocupación actual _____ Toxicomanías _____
 Antecedentes Gineco/obstétricos: Inicio de vida sexual _____
 Gestaciones _____ Partos _____ Cesáreas _____ Abortos (Exp-Prov) _____
 Control de la fertilidad: SI _____ NO _____ Decir que método _____
 ¿Tenías información sexual? SI _____ NO _____ ¿Dónde la obtuviste? _____

Datos de la pareja sexual:

Edad _____ Escolaridad _____ Ocupación previa al embarazo de la entrevista _____
 Ocupación actual _____ Estado Civil _____
 Con quién vive _____ ¿ Respondió ala paternidad ? _____
 Toxicomanías: SI _____ NO _____ Si es afirmativo explicar cuál _____

Datos de la familia de la entrevistada:

Padre vivo _____ Muerto _____ Separado de la familia _____
 Edad _____ Ocupación _____ Toxicomanías _____
 Madre viva _____ Fallecida _____ Edad _____ Ocupación _____
 ¿Vive con la familia? _____ No. de hijos _____ Lugar que la embarazada ocupa entre ellos _____
 Apoyo o rechazo de tus padres ante el embarazo _____
 ¿ Te han apoyado económicamente? SI _____ NO _____ ¿ En qué han cambiado contigo ? _____
 ¿ Te tratan igual que cuando no estabas embarazada ? SI _____ NO _____
 ¿ Cómo reaccionaron tus hermanos ante la noticia del embarazo ? _____

Datos sociales de la familia de la pareja:

Estado Civil _____ ¿ Viven juntos? Si es NO ¿Por qué? _____ ¿ Has recibido apoyo emocional, económico de partede ellos? _____
 ¿ Sus hermanos te aceptaron ? _____
 ¿ Qué expectativas tienes ? _____

ANEXO (2)

Forma de aceptación para participar en la investigación.

A quien corresponda:

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio " _____ " que se realizará en la Institución _____

_____ cuyos objetivos consisten en _____

Estoy conciente que los procedimientos, pruebas y tratamientos, para lograr los objetivos mencionados consistirán en _____; y que los riesgos a mi persona seran: _____

Entiendo que del presente estudio se derivarán los siguientes beneficios : _____

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que yo así lo desee. También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio. En caso de que decidiera retirarme, la atención que como paciente recibo en esta Institución no se verá afectada.

Nombre _____ Firma _____

Dirección _____

Fecha _____

Testigo _____ Dirección _____

Testigo _____ Dirección _____