

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 55
FRESNILLO ZACATECAS.

FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ESPERANZA AGUIRRE HERNÁNDEZ

FRESNILLO ZACATECAS 2005



m347011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

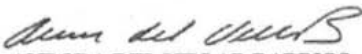
FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES


TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.


PRESENTA:

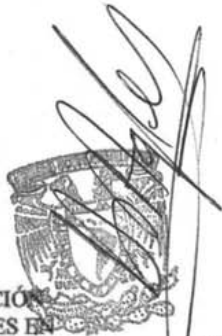
DRA. ESPERANZA AGUIRRE HERNÁNDEZ.

AUTORIZACIONES:


DRA. AURORA DEL VILLAR BARRIOS.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 55.


DR. JESÚS ALFONSO HERNÁNDEZ LARA
ASESOR METODOLÓGICA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 4
GUADALUPE ZACATECAS.


DR. SERGIO VALENCIA SEGURA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MEDICA
HGZ No. 2 FRESNILLO, ZACATECAS.


SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

FRESNILLO, ZACATECAS 2005

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: ESPERANZA
AGUIRRE HERNANDEZ

FECHA: 19/08/05

FIRMA: [Handwritten Signature]

FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. ESPERANZA AGUIRRE HERNÁNDEZ.

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

INDICE GENERAL

1.- MARCO TEORICO.....	1
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
3.- JUSTIFICACION.....	10
4.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
4.1.- Objetivo general	
4.2.- Objetivos específicos	
5.- HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
5.1.- Hipótesis general	
5.2.- Hipótesis específicas	
6.- METODOLOGIA.....	13
6.1.- Tipo de estudio	
6.2.- Población, lugar y tiempo de estudio	
6.3.- Tipo de muestra y tamaño de muestra	
6.4.- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
6.5.- Información a recolectar (Variables a recolectar)	
6.6.- Método o procedimiento para captar la información	
6.7.- Descripción del estudio	
6.8.- Consideraciones éticas.	
7.- RESULTADOS.....	26
8.- DISCUSIÓN	55
9.- CONCLUSIONES.....	59

10.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 60

11.- ANEXOS..... 65

11.1.- Instrumentos de evaluación.

I.- Método de Graffar.

II.- APGAR familiar.

III.- Tipología familiar

IV.- Ciclo vital de la familia según Geyman.

1. ANTECEDENTES

El embarazo en adolescentes se define como aquel que se presenta en mujeres de edad comprendida entre los 10 y 19 años.¹ El 14% del total de nacimientos corresponde a las mujeres de 15 a 19 años, una parte de los importante de los embarazos terminan en aborto y muchos de ellos se llevan a cabo en condiciones de inseguridad.² Según estadísticas en América latina 100 de cada 1000 mujeres son adolescentes embarazadas, en Argentina la tasa de madres adolescentes se mantienen en un 20%, datos semejantes a la mayoría de los países latinoamericanos. Actualmente el embarazo en adolescencia se observa a edades cada vez más tempranas, lo cual resulta altamente desfavorable desde el punto de vista sanitario, no solo por sus consecuencias sociales, sino porque contribuye a elevar la morbilidad y mortalidad materna perinatal.³

Un estudio que se realizó para conocer la proporción de estudiantes que han tenido relaciones sexuales, las situaciones en que las tienen, el uso de anticonceptivos y comparar estos datos por nivel escolar, se encontró que un 18.4% han tenido relaciones sexuales, promedio de edad de la primera relación fue a los 14 años los hombre y a los 15 años la mujer.⁴

Otro estudio en el que se analizó todos los partos en mujeres menores de 19 años durante 1992 a 1998, se obtuvo un total de 878 partos con edad promedio de 16.8 años. El 12.8% de las pacientes tenían menos de 16 años.⁵

En una investigación sobre el comportamiento reproductivo de los y de las adolescentes de un área urbana marginal de la capital de Costa Rica, se llevó a cabo con el objetivo de ampliar la información y mejorar la comprensión del comportamiento sexual en este grupo de población, la muestra fue de 820 adolescentes, 52.7% mujeres y de 47.3%

hombres, en donde se mostró que la edad promedio de la menarquia fue de 12 años y de la espermarquia de 14.1; el 38.5% tuvo su primer contacto sexual a los 11 y 14 años: se inició a los 14.6 años los hombres y a los 15.7 en las mujeres, el 19.9% utilizó algún método anticonceptivo en la primera relación con condón o píldora, en circunstancias repentinas y no planificadas, el 27.8 y el 28.9% respectivamente, eran madre y padre adolescente. El primer embarazo ocurrió a los 16 años, en la mujer y a los 18.8 años en el hombre.⁶

El embarazo en adolescentes ocurre principalmente como consecuencia al inicio de actividad sexual precoz no protegida, inmerso en un ambiente de ignorancia y desconocimiento de la propia sexualidad y proceso reproductivo, resultando en un evento inesperado, sorpresivo y a menudo no deseado, por lo que se lleva a desarrollar conflictos emocionales con un fuerte impacto a nivel intra familiar.⁷

Para un gran número de jóvenes la posibilidad de desarrollo en esta etapa de la vida es limitada; viven los cambios físicos y psicológicos propios de la edad al mismo tiempo que enfrentan compromisos sociales característicos de los adultos como la manutención familiar, el trabajo y el embarazo. La sexualidad es experimentada entre riesgos de gestación temprana, maternidad y paternidad prematuras, así como matrimonios forzados y abortos entre otros problemas.⁸

El embarazo no planeado de una adolescente puede provocarle serios trastornos biológicos, sobre todo si es menor de 15 años, además de repercutir sobre su esfera social. Se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a la actividad laboral, generalmente mal remunerada. Se desencadenan matrimonios apresurados faltos de compromiso que conllevan a ruptura del mismo y una larga lista de repercusiones personales, sociales, económicas y sobre la salud de los hijos.⁹

Un estudio transversal prospectivo de una cohorte de adolescentes de 14 años de edad de 5 centros de salud, mediante recolección de datos por pediatras sobre rendimiento escolar, se encuentra que el fracaso escolar, participan en menos deporte, leen menos, ven más televisión en días laborales y tienen menos conocimiento sobre la prevención de embarazo.¹⁰

Un estudio que se realizó en 202 adolescentes de edad entre 13 y 18 años, que se presentaron continuamente a servicio de salud reproductiva, entrevistándose sobre el deseo de embarazo, se encontró 16 si deseaban el embarazo, 107 no lo deseaban, 25 le era indiferente y 52 que se separaron del análisis por estar ya embarazadas.¹¹

Se han detectado, consistentemente, dos grupos de adolescentes embarazadas de alto riesgo, las muy jóvenes y las múltiparas. De ahí la importancia de brindar información sobre sexualidad y uso de métodos anticonceptivos en las adolescentes embarazadas, como un factor decisivo para espaciar el siguiente embarazo, sin embargo, para planear la prevención de embarazos futuros es necesario obtener detalles sobre la manera como ocurrió el embarazo actual.¹²

La mujer embarazada debe prepararse tanto física como psicológicamente, para lactar a su hijo durante un periodo suficiente, que permita una alimentación óptima y un adecuado inicio de ablactación, la falta de información y apoyo por parte del médico del primer nivel provocan que la madre dude de su capacidad de amamantar correctamente, en la adolescencia, un control prenatal bien otorgado es indispensable, frecuentemente la adolescente embarazada carece de control prenatal adecuado, ya que en estos casos debe de ser más estricto que en la mujer adulta, puesto que debe considerarse como un embarazo de riesgo alto.¹³

Otro estudio cuyo objetivo era conocer las motivaciones y factores asociados que llevan a las jóvenes a embarazarse precozmente, se realizó una encuesta que incluyó 13 preguntas en un periodo de 3 meses, el 75.95% correspondió a embarazadas mayores de 15 años, siendo la media de 17 años, con respecto a la escolaridad el 43.75% estaba cursando 1º medio; el 100% dependían de su familia. La ruralidad constituyó un factor estadísticamente significativo en el porcentaje. El rango de la edad de la primera relación sexual presenta una curva bifásica a los 14-16 años. El 68.75% de las embarazadas adolescentes recibió educación previa sobre el tema y mantenía relaciones sexuales con su pareja entre 1 a 2 años. El 43.75% de las adolescentes se embarazó porque quiso y un 62.5% de los embarazos son indeseados.¹⁴

En Estados Unidos en un estudio de factores asociados al embarazo en adolescentes, así como las consecuencias del mismo, se encuentra que sobre todo en menores de 15 años tienen 2.5% más riesgos de morbi-mortalidad tanto materna como fetal, que las madres de 20 a 24 años de edad, sobre todo prematuridad o embarazos prolongados, alteraciones psicológicas, nivel académico más bajo o que continúan sus estudios posterior al embarazo por consiguiente dependen de sus familiares económicamente.¹⁵

Otro estudio en el que describen las características obstétricas y perinatales de 105 pacientes adolescentes entre 14 y 19 años que tuvieron su parto en la Clínica Río Blanco de los Andes entre enero de 1987 a julio 1999 fueron 806 partos de los cuales el 13% fueron adolescentes, el 4.9% tenía 15 años y menos, el 95.2% soltera, cursando enseñanza media y de procedencia urbana, para el 95.9% era su primer embarazo, de las 105 pacientes el 22.9% el parto fue distócico cesárea, las causas más frecuente fue por dilatación

estacionaria, distocia de posición, sufrimiento fetal y desproporción céfalo-pélvica, cada una con 16.7%.¹⁶

Otra investigación en donde se establece que el nacimiento fuera del matrimonio es el resultado común del embarazo en la adolescencia, en Chile los nacimientos ilegítimos han aumentado, por lo que se realizó un estudio descriptivo prospectivo en donde se estudiaron 100% de las multíparas adolescentes que tuvieron su parto en los hospitales de la V Región Continental, entre el 01 de octubre 1993 a 30 de septiembre 1994, estudiándose a los hijos previos de las multíparas adolescentes, se encontró que el 36.8% de niños tiene la calidad de hijos legítimo, el 3.4% a sido reconocido o legitimado por otras personas, fundamentalmente abuelos y pareja actual de la madre, el 59.2% de los niños vive con sus padres biológicos, el 30% sólo con la madre y el 4.9% han fallecido, de los 647 niños estudiado, 154 no son consanguíneos con la pareja actual de madre. Además un tercio de jóvenes está terminando la adolescencia, es destacable que el 14% tiene 16 años y menos. El 74.1% tiene pareja estable, casadas en un 38.1% y convivientes en 36%; sólo el 8.1% terminó la enseñanza media y 25.9% tiene enseñanza básica incompleta; el 36.5% vive en condiciones de extrema pobreza, el 60% depende para su subsistencia en mayor o menor grado de su familia de origen; el 89.7% es multípara de 2, destacando un caso multípara de 5.¹⁷

En otro estudio sobre sexualidad, anticoncepción y medios de comunicación, se encontró que la primera relación sexual la mayoría eran involuntarias, sobre todo en menores de 14 años, en una escuela secundaria 10% informaron que en Estados Unidos que la agresión sexual es uno de los crímenes que ha aumentado rápidamente con incidencia anual de 80 x 100,000 mujeres entre 16 –19 años. En cuanto a sexualidad y anticoncepción

se concluyó que esta información por un lado se les explica a los adolescentes que no deben tener relaciones sexuales en edad temprana y por el otro de que se debe cuidar con métodos anticonceptivos desconcertando a los adolescentes.

Y en cuanto a los medios de comunicación se encontró que en Estados Unidos se gastan más de 38 horas a la semana en la televisión, videos, música, computadoras y videojuegos de los cuales el 56% contienen sexualidad.¹⁸

Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela o la comunidad educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara y específica sobre las consecuencias de intercambio sexual (embarazo, enfermedades de transmisión sexual y efectos psico-sociales), por lo tanto gran parte de la "educación sexual" que los adolescentes reciben viene a través de filtros desinformados o compañeros sin formar.¹⁹

En un estudio en el que se evaluó el impacto social de un programa educativo alternativo en madres adolescentes, en el que se estudio caso-control, 1 control por caso, los casos fueron 68 madres adolescentes que participaron y aprobaron el año escolar en 1996, los controles lo constituyeron madres adolescentes en control en consultorios de atención primaria pareadas por edad, estado civil, escolaridad, paridad y nivel socio-económico. Se aplicó un instrumento de 49 preguntas abiertas y cerradas y se aplicó el Inventario de Comportamiento Interpersonal, estandarizado para el país. Las adolescentes que participaron en el programa con mayor frecuencia continuaban estudiando, tenían mayor escolaridad ellas y sus parejas o trabajaban en mayor proporción que las adolescentes que no participaron en este programa, además presentaron mejores habilidades sociales que los controles.²⁰

En un estudio previo sobre necesidades educativas en salud perinatal con 95 madres de adolescentes embarazadas usuarias del Instituto Nacional de Perinatología se identificó, en concordancia con algunos datos recientes de la literatura, que existe una serie de condiciones que propician una dinámica familiar disfuncional. Se encontró que cerca de 0.40% de los padres entrevistados no eran casados, que en su mayoría tenían una actividad laboral poco remunerada y que la ocupación materna predominante era ama de casa, se documentó que la edad en que las madres tuvieron su primer embarazo fue muy cercana a los 17 años. Los datos sobre conocimientos generales sobre reproducción mostraron grandes deficiencias, especialmente en cuanto a la identificación oportuna de signos de alarma durante el embarazo y sobre planificación familiar, donde la preexistencia de mitos y creencias populares riesgosas fueron muy prominentes. La gran mayoría de los padres aceptaron que no contaban con información adecuada para brindar apoyo adecuado a sus hijas durante el embarazo y en 0.86% aceptaron que tal evento provocó cambios diversos en la dinámica familiar.²¹

En Estados Unidos se han implementado programas para prevenir el embarazo en adolescentes, así como prevención de enfermedades por transmisión sexual, los cuales son variables en cuanto a estrategias en algunos se incluyen a los padres de los adolescentes, temas sobre, identidad, desarrollo, anatomía fisiología, embarazo, enfermedades de transmisión sexual, la abstinencia, valores familiares, comunicación familiar, destrezas en adolescentes para cambio de vida, abstinencia y anticoncepción, comportamiento responsable, se hacen programas en donde se da trabajo a los adolescentes para mantenerlos ocupados y a la vez se capacitan para sexualidad responsable, arte, deporte encontrando una

importante disminución en la tasa de embarazos en adolescentes, aún hay necesidad de estrategias más eficaces para la prevención de los mismos.²²

Cuando el embarazo de la joven se descubre o se hace saber los adultos, habitualmente los padres, toman partido de inmediato en la situación con diferentes actitudes, la mayor parte de las veces con acogimiento y comprensión y en ocasiones la primera reacción es de violencia o rechazo, cuando la joven y/o su entorno familiar deciden continuar con el embarazo hay que tener presente que los riesgos o complicaciones de carácter obstétrico y médico son pequeños comparados con los problemas sociales y económicos que además pueden tener efectos a largo plazo, sobre la salud de la adolescente, y una vez tomada la decisión de continuar el embarazo la adolescente tiene 3 alternativas: Maternidad en soltería, matrimonio y adopción o aborto.²³

Otro estudio de casos y controles en que se analizó las características familiares y estructurales, que se asocian con el embarazo en adolescentes, con adolescentes de la secundaria en Cuernavaca y los ingresos en tococirugía en Hospital General Regional no 73 del IMSS, se usó un instrumento de evaluación de relaciones intrafamiliares, se identificó que los factores familiares que indican desintegración estuvieron asociados débilmente.²⁴

Otro estudio que se realizó para determinar la funcionalidad familiar, en las adolescentes embarazadas, mediante la aplicación del APGAR familiar, seleccionaron al azar a las pacientes estudiadas durante 1 año, de enero 2001 a enero 2002, fueron 364 de los cuales 27% presentaron disfunción moderada, un 6% severa y 67% normal.²⁵

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El 14% del total de nacimientos corresponde a las mujeres de 15 a 19 años, según estadísticas en América latina 100 de cada 1000 mujeres son adolescentes embarazadas, en Argentina la tasa de madres adolescentes se mantienen en un 20%, datos semejantes a la mayoría de los países latinoamericanos, en nuestro país las instituciones que integran el sector salud, calculan una cifra de 450,000 partos de adolescentes en 1999.

El embarazo en adolescente se clasifica como de alto riesgo ya que se asocia con embarazo prolongado, alta morbilidad y mortalidad del producto, como lo es bajo peso al nacer, hipoxia, broncoaspiración de líquido amniótico meconal, membrana hialina, sepsis, ictericia neonatal y muerte. En la madre preeclampsia-eclampsia, anemia, hemorragias posparto, ruptura prematura de membranas, corioamnioitis, además de problemas psicológicos, como lo es la depresión, intentos de suicidio, abortos inducidos y socialmente, quedan inconclusos sus planes de estudio, mayor número de madres solteras.

El reforzamiento de la educación sexual en los adolescentes tanto en el sector salud, escuelas y en la familia puede modificar positivamente este problema; como médicos familiares debemos orientar y brindar atención que impacte en sus conductas reproductivas, ya que los jóvenes necesitan información que vaya más allá de la reproducción y la anticoncepción, es necesario que aclaren sus valores, que establezcan metas personales y que los fortalezcan en sí mismos con la formación y no solo información sobre el área de la sexualidad. Por consiguiente la pregunta de investigación es:

¿Cuáles son los factores que condicionan embarazos en los adolescentes?

3. JUSTIFICACIÓN

Se requiere conocer los factores asociados al embarazo en adolescentes ya que es un problema multifacético, de los cuales pueden ser físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales, educativos y morales; los cambios físicos en la pubertad indica a los jóvenes que ya no son niños; desde el punto de vista biológico el ser humano es un ser sexuado, la existencia de los órganos genitales no sólo determina la asignación de sexo, sino que provocan un comportamiento sexual; psicológicamente en los adolescentes los sueños y las fantasías ocupan un lugar importante en su vida, la omnipotencia del pensamiento los lleva a pensar “a mi nunca me va a pasar eso”, o sueñan con “su príncipe azul”. En la sociedad industrializada se insiste aún en desvincular la sexualidad de la reproducción ya que el sexo sigue siendo un problema “tabú” impregnado de misterio y represión; la estructura social, los medios masivos de comunicación y otras instituciones sociales, sumergen a los jóvenes en la confusión de “lo bueno,” “lo que debe de ser,” “lo adecuado” etcétera. Culturalmente, mientras que por un lado se exige a las mujeres abstinencia y virginidad, por el otro se impulsa a los varones a una libertad sexual. El ejercicio de la sexualidad requiere asumirse como un derecho, pero un derecho que se ejerce de manera informada, con responsabilidad y en condiciones de autonomía y equidad, sin dominio, violencia o imposición.

Por lo tanto al conocer estos factores se podrá implementar programas de educación para los adolescentes y familiares de los mismos, disminuyendo así los factores que sean modificables y evitar el embarazo en las adolescentes; de no hacerse, el número de embarazos ira incrementando, con sus conocidas repercusiones a nivel individual y social.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar factores que condicionan embarazos en adolescentes.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Determinar si los siguientes factores:

- Sociodemográficos: edad, escolaridad, nivel socioeconómico, toxicomanías.
- De la familia de origen: ocupación y estado civil de los padres, tipo de familia, ciclo vital de la familia y funcionalidad familiar.
- De la sexualidad: tener novio, cantidad de novios, tiempo de noviazgo, vida sexual y edad de inicio de la misma, número de parejas sexuales, desear y planear el embarazo, el matrimonio, utilización de método de planificación familiar, educación sexual y de quién recibió la información.
- De la pareja sexual: edad, escolaridad y toxicomanías.

Condicionan embarazo en adolescentes.

5. HIPÓTESIS

5.1 HIPÓTESIS GENERAL:

En embarazos en adolescentes existen factores que los condicionan.

5.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

Las siguientes características se asocian a embarazos en adolescentes:

- Sociodemográficos: edad de 15 a 19 años, escolaridad baja, nivel socioeconómico bajo, toxicomanías positivas.
- De la familia de origen: ytabajar ambos padres, estado civil no unido (soltero, divorciados, viudo) de los padres, familia no nuclear, familia rural, familia tradicional, familia disfuncional, familia en fase de independencia
- De la sexualidad: tener novio, tener un solo novio, tiempo menor de un año de noviazgo, edad de inicio de vida sexual entre 14 a 16 años, tener más de una pareja sexual, desear y planear el embarazo, estar casada, no utilizar método de planificación familiar, no haber recibido educación sexual, la fuente de información por parte de amigas.
- De la pareja sexual: edad mayor, escolaridad mayor y presentar toxicomanías.

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO:

Estudio de casos y controles. (transversal, comparativo, observacional, retrospectivo).

6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO:

6.2.1 POBLACIÓN:

Mujeres de 10 a 19 años de edad embarazadas o que han tenido embarazo que acudieron a las pláticas tanto de control de embarazo como de niño sano o como enviadas por médicos familiares, y no embarazadas.

6.2.2 LUGAR:

Que acudieron a consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 55 del IMSS de Fresnillo Zacatecas.

6.2.3 TIEMPO:

Del 1 de Junio al 31 de Diciembre 2003.

6.3 MUESTREO

6.3.1 TIPO DE MUESTRA:

Muestra no probabilística, de casos consecutivos de (casos) adolescentes embarazadas y (controles) adolescentes no embarazadas, con relación de 1 a 1, que acudieron a la consulta externa en la UMF No. 55 del IMSS en Fresnillo. Zacatecas.

6.3.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se incluyeron 195 adolescentes embarazadas y 195 no embarazadas que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar No. 55 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Fresnillo Zacatecas en el periodo de 1 de junio al 31 de diciembre 2003.

6.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

6.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Mujeres de 10 a 19 años adscritas a la Unidad de Medicina Familiar número 55 de Fresnillo Zacatecas.

6.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Mujeres adolescentes que no aceptaron participar en el estudio.

6.5 VARIABLES A RECOLECTAR:

6.5.1 VARIABLE DEPENDIENTE:

- Embarazo en adolescentes.

6.5.2 VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Sociodemográficas: edad, escolaridad, nivel socioeconómico y toxicomanías.
- De la familia de origen: ocupación, estado civil de los padres, tipo de familia, ciclo vital de la familia y funcionalidad familiar.
- Sexualidad: tener novio, número de novios, tiempo de noviazgo, vida sexual, edad de inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, deseo y planeación el embarazo, utilización de método de planificación

familiar, educación sexual, y fuente de información de la misma y el matrimonio.

- De la pareja sexual: edad, escolaridad y toxicomanías.

6.5.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES:

Variable dependiente:

Nombre: **Embarazo en adolescente.**

Definición conceptual: Es el periodo gestacional que se presenta en mujeres de edad comprendida entre 10 y 19 años de edad, desde la concepción hasta el parto.

Definición operacional: Presencia o ausencia de embarazo en el momento de la entrevista, o antecedente de embarazo.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Adolescentes embarazadas y no embarazadas.

Variables independientes:

Nombre **Escolaridad.**

Definición conceptual: Periodo durante el cual se asiste a la escuela para adquirir grado académico.

Definición operacional: Grado académico que tiene el encuestado a la fecha de aplicación del cuestionario o antes del embarazo.

Escala de medición: Ordinal

Categorías: Nula, primaria, secundaria, preparatoria y profesionista.

Nombre: **Nivel socioeconómico.**

Definición conceptual: Recta administración de los bienes de una familia o sociedad.

Definición operacional: Grado de administración de los bienes que tiene la familia de origen en el momento de la entrevista., o antes del embarazo valorado por el método de Graffar:

Estrato alto 04-06 puntos.

Medio alto 07-09 puntos.

Medio bajo 10-12 puntos.

Obrero 13- 16 puntos.

Marginal 17-20 puntos.

Escala de medición: Ordinal.

Categoría: Estrato alto, medio alto, medio bajo, obrero y marginal.

Nombre: **Edad.**

Definición conceptual: Tiempo que lleva existiendo una persona o ser vivo desde su nacimiento.

Definición operacional: Años cumplidos de una persona al momento de levantar la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: De 10-14 y de 15-19 años cumplidos.

Nombre: **Ocupación.**

Definición conceptual: Empleo, oficio que se desempeña.
Definición operacional: Desempeño que refieren el momento de la encuesta.
Escala de medición: Nominal.
Categorías: Ama de casa, obrero (a), Empleado(a), profesionista.

Nombre: **Estado Civil.**

Definición conceptual: Relación legal ante la sociedad de 2 personas.
Definición operacional: Relación legal establecida en la fecha de la encuesta, de los padres y de la pareja.
Escala de medición: Nominal.
Categorías: Soltera, casada, viuda, divorciada.

Nombre: **Educación sexual.**

Definición conceptual: Información de la importancia de saber sobre la sexualidad para tomar decisiones y evitar problemas como embarazos no deseados o contraer enfermedades de transmisión sexual.
Definición operacional: Información que ha tenido la entrevistada de su sexualidad hasta el momento de la encuesta.
Escala de medición: Nominal.
Categorías: Si o No.

Nombre: **Fuente de información de la educación sexual.**

Definición conceptual: Documentos o personas que brindan información sobre educación sexual.

Definición operacional: Medio por el cual se recibe la información de su educación sexual hasta el momento que se realiza la entrevista.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Padres, maestros, amigos de la misma edad, amigos mayores, revistas y medio de comunicación.

Nombre: **Tipo de familia.**

Definición conceptual: La familia es una unidad microsocial totalmente dependiente de la estructura social global de la cual recibe sus características y sus valores fundamentales.

Definición operacional: Tipo de familia de origen que se detecte en el momento de realizar la encuesta o antes del embarazo. De acuerdo a su desarrollo (Moderna y tradicional) a su demografía (Urbana rural), por su conformación (Nuclear, seminuclear, extensa y compuesta).

Escala de medición: Nominal

Categorías: Desarrollo: Moderna o tradicional.

Demografía: Urbana o rural.

Conformación: Nuclear, seminuclear, extensa y compuesta.

- Nombre: **Funcionalidad familiar.**
- Definición conceptual: Capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.
- Definición operacional: Grado de funcionalidad familiar (de origen) para el entrevistado en el momento de la encuesta o antes del embarazo. De acuerdo a la valoración por el APGAR familiar: antes, durante y después del embarazo.
- 0-3 puntos – Disfunción severa.
- 4-6 puntos - Disfunción moderada.
- 7-10 puntos –Familia funcional.
- Escala de medición: Ordinal.
- Categorías: Disfuncional severa.
- Disfuncional moderada.
- Familia funcional.
- Nombre: **Ciclo vital de la familia.**
- Definición conceptual: La familia como todo ser humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso, siguiendo un patrón similar al hombre (nace, crece, se desarrolla, reproduce y muere).
- Definición operacional: La fase en que se encuentra la familia de origen en el momento de la encuesta o antes de su embarazo, según Geyman:

- Matrimonio: Inicia al consolidarse el vínculo matrimonial.
- Expansión: La llegada del primer hijo y la incorporación de nuevos miembros de la familia.
- Dispersión: La asistencia de todos los hijos a la escuela y ninguna trabaja.
- Independencia: Los hijos forman nuevas familias.
- Retiro y muerte: Incapacidad para laborar, desempleo, agotamiento de los recursos económicos, muerte de uno de los cónyuges.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Matrimonio, expansión, dispersión, independencia, retiro y muerte.

Nombre: **Toxicomanías.**

Definición conceptual: Hábito patológico de intoxicarse con sustancias que provocan estados agradables o que suprimen dolor.

Definición operacional: Hábito de la entrevistada del consumo actual o anteriormente de sustancias tóxicas.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Tabaquismo, alcoholismo, marihuana, drogas inhalantes, pastillas para dormir.

Nombre: **Método de planificación familiar.**

Definición conceptual: Es el uso de algún método de acuerdo a orientación o consejería que se obtenga para planear el momento, número y espaciamiento de embarazos.

Definición operacional: Según refiera la encuestada si usa o ha utilizado algún método de planificación familiar. Así como el tipo de método.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Sí o No. Preservativo, hormonales orales o inyectables, DIU.

Nombre: **Número de parejas sexuales.**

Definición conceptual: Cantidad de personas con las que se ha tenido contacto sexual.

Definición operacional: Cantidad de parejas sexuales que ha tenido la entrevistada en el momento en que se realiza la encuesta.

Escala de medición: De razón.

Categorías: ---

Nombre: **Edad de inicio de vida sexual.**

Definición conceptual: Tiempo de existencia desde su nacimiento cuando tuvo su primera experiencia sexual.

Definición operacional: La edad que tenía la encuestada al iniciar relaciones sexuales.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: De 10-14 y 15-19.

Nombre: **Novio**

Definición conceptual: Persona que tiene relaciones amorosas con propósito de contraer matrimonio.

Definición operacional: Según refiera la encuestada si tiene novio o ha tenido novio, en el momento en que se realiza la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Sí o No.

Nombre: **Tiempo de noviazgo para el embarazo**

Definición conceptual: Duración de un noviazgo.

Definición operacional: Tiempo en que la encuestada tiene con su novio en el momento en que se realiza la encuesta o antes del embarazo.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Menos de 6 meses, de 6 meses a un año, más de un año.

Nombre: **Número de novios.**

Definición conceptual: Cantidad de novios que tiene una persona.

Definición operacional: Número de novios que ha tenido la encuestada en el momento en que se realiza la encuesta, o antes del embarazo.

Escala de medición: De razón.

Categorías: ---

Nombre: **Embarazo deseado.**

Definición conceptual: Tender a la posesión o realización de un embarazo.

Definición operacional: Según refiera la adolescente y su pareja si desearon el embarazo.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Si o No.

Nombre: **Embarazo planeado.**

Definición conceptual: Proyectar sobre un embarazo.

Definición operacional: Según refiera la adolescente y su pareja si planearon el embarazo.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Si o No.

6.6 PROCEDIMIENTOS PARA CAPTURAR LA INFORMACIÓN:

Una vez autorizado el protocolo, se procedió a entrevistar a las adolescentes embarazadas y no embarazadas que acudían a la consulta externa de la UMF No. 55

del IMSS en Fresnillo, Zacatecas, del 1 de junio al 31 de diciembre del 2003, los datos se concentraban en una hoja de datos que incluían aspectos personales y los instrumentos de medición para el nivel socioeconómico (método de Graffar), el APGAR familiar (Anexos 1 y 2). Se iban capturando los datos en el programa de Excel de Microsoft, posteriormente mediante el programa estadístico SPSS ver. 10.0, se realizó estadística descriptiva determinando media y desviación estándar para variables cuantitativas y porcentaje para variables cualitativas. Para determinar asociación de los factores de riesgo se utilizó razón de momios con sus intervalos de confianza del 95%, y la prueba de Chi cuadrada (X^2) o exacta de Fisher para determinar la significancia estadística, considerando el valor de $p < 0.05$.

6.7.- CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El presente estudio no contraviene las disposiciones contempladas en la Declaración del Helsinki y sus modificaciones subsiguientes hasta la de Edimburgo Escocia en octubre de 2000. Así como las dispuestas por la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

El estudio fue autorizado por el Comité Local de Investigación del HGZ No. 2 del IMSS de Fresnillo, Zacatecas. Se solicitó el consentimiento informado de los participantes (Anexo 3).

7. RESULTADOS

Se incluyeron 390 adolescentes, de las cuales 195 fueron del grupo de embarazadas con un promedio de edad de 17 años, con desviación estándar de 2.5 y rango de 12 a 19 años; y 195 del grupo de no embarazadas con promedio de edad de 17 años, desviación estándar de 2.3 y rango de edad de 10 a 19 años.

En cuanto al promedio de edad de inicio de vida sexual activa (IVSA) fue similar en las embarazadas de 16.4 con rango de 12 a 19 años y las no embarazadas 16.7 con rango de 14 a 19 años.

La procedencia del medio urbano predominó tanto en el grupo de las embarazadas como en las no embarazadas con casi el 85% (n = 165). (Cuadro 1/ Gráfica 1).

El nivel socioeconómico medio bajo y obrero fue mayor en ambos grupos con 162 (83%) en las embarazadas y 158 (82%) en las no embarazadas. (Cuadro 2 / Gráfica 2).

El grado escolar de secundaria se encontró con más frecuencia en ambos grupos de 60% (n = 117) en embarazadas y 57.5% (n = 112) en no embarazadas, siguiendo la preparatoria y profesional con 55 (29.1%) y 42 (21.6%) respectivamente. (Cuadro 3 / Gráfica 3).

En el grupo de embarazadas 150 (76.9%) el estado civil fue casada y de éstas 78 (52.4%) la causa de su matrimonio fue el embarazo, de las no embarazadas predominaron las solteras 184 (94.3%). (Cuadro 4 / Gráfica 4).

La ocupación de ama de casa en las embarazadas fue la mayor parte con 144 (73.6%) y en las no embarazadas las estudiantes fueron más con 157 (80.5%). (Cuadro 5 / Gráfica 5).

El tipo de familia según la cultura en ambos grupos predominó la tradicional con 142 (72.8%) en embarazadas y 123 (63.1%) en las no embarazadas. (Cuadro 6 / Gráfica 6).

Según la estructura familiar la mayoría es nuclear 72.3% (n = 141) en las embarazadas y 77.9% (n = 152) en las no embarazadas, seguidas de la familia seminuclear 22% (n= 43) y 16.4% (n= 31) respectivamente. (Cuadro 7 / Gráfica 7)

El ciclo vital de la familia en las embarazadas predominó la fase de independencia 82% (n= 161) y en las no embarazadas la de dispersión 125 (64.1%). (Cuadro 8 / Gráfica 8).

En las embarazadas casi una tercera parte es disfuncional con 30.3% (n= 59) y en las no embarazadas una quinta parte con el 20.6% (n= 40). (Cuadro 9 / Gráfica 9).

El tiempo de noviazgo en las embarazadas fue mayor de 6 meses en 164 (84.1%) y menos de 6 meses 31 (15.9%), en las no embarazadas más de 6 meses 110 (56.1%) y menos de 6 meses 20 (10.3%) el resto de las no embarazadas nunca han tenido novio 64 (33.8%). (Cuadro 10 / Gráfica 10).

En cuanto al número de novios que han tenido, las embarazadas con más de dos fueron 86 (44.2%) y las no embarazadas 31 (15.9%); (Cuadro 11 / Gráfica 11).

Las no embarazadas que tienen relaciones sexuales son el 15.9% (n = 31). (Cuadro 12 / Gráfica 12).

Más de la mitad de sus relaciones sexuales no fueron planeadas tanto en embarazadas como en no embarazadas 102 (52.4%) y 19 (61.2%). (Cuadro 13 / Gráfica 13).

Las embarazadas que tuvieron una sola pareja sexual fue el 88% (n = 172), y el 87% (n = 27) de las no embarazadas. (Cuadro 14 / Gráfica 14).

Cerca del 90% de las adolescentes embarazadas y no embarazadas refieren haber recibido educación sexual. (Cuadro 15 / Gráfica 15).

La fuente de información sexual fue obtenida por parte de padres y maestros en 144 (73.8%) en las embarazadas y en 142 (72.8%) las no embarazadas. (Cuadro 16 / Gráfica 16).

Predominaron los embarazos deseados tanto por las adolescentes como por sus parejas de forma similar en el 81.5% (n = 159) y 80.0% (n = 156) respectivamente. (Cuadro 17 / Gráfica 17).

Los embarazados fueron planeados en su mayoría por las adolescentes 130 (66.7%) y sus parejas 128 (65.6%). (Cuadro 18 / Gráfica 18).

El estado civil casado del padre y de la madre fue similar en ambos grupos, cerca del 75%. La ocupación empleado del padre en ambos grupos predomino en cerca del 50% y de las madres fue ser ama de casa con 73% (n = 144) en las embarazadas y 62.6% (n = 122) en las no embarazadas. (Cuadro 19-21).

Antes del embarazo dos terceras partes no utilizaron método de planificación 64.7% (n = 126); y el que más se utilizó fue el preservativo 21% (n = 41) y los hormonales 12.8% (n = 25). De las 195 embarazadas, en el tiempo de la encuesta 133 cursaban con embarazo. (Cuadro 22)

De las adolescentes no embarazadas solo 31 (15.8%) han tenido relaciones sexuales de las cuales 22 (70.9%) utilizan método de planificación y de ellos predominan el preservativo 15 (68.2%) y los hormonales 7 (31.8%).

De los factores asociados con significancia estadística para embarazo en adolescentes fue el grupo de edad de 15 a 19 años con Razón de Momios (RM) de 123.90, con intervalo de confianza del 95% (IC95%) de 18.31- 2430.78, con un valor $p < 0.001$; el estatus socioeconómico bajo con RM de 2.2, con IC95% de 1.07-4.78, $p = 0.019$; el estado civil “unidas” (casadas y unión libre) con RM 76.47 con IC95% de 35.91-166.71, $p < 0.001$; familia de tipo tradicional con RM 1.57 IC95% 1.00-2.47, $p = 0.039$; el ciclo vital en fase de independencia con RM de 8.84 IC95% 5.37 -14.62, $p < 0.001$; la disfuncionalidad familiar con RM 1.68, IC95% de 1.03-2.74, $p = 0.27$; la escolaridad baja de la pareja con RM de 3.64 IC95% 2.01-6.62, $p < 0.001$, la pareja sea de mayor edad con RM de 2.91 IC95% 1.61- 5.26, $p < 0.001$, las toxicomanías positivas en la pareja con RM de 2.82 IC95% de 1.55 - 5.16, $p < 0.001$.

De los factores que no se encontró asociación para el embarazo en adolescentes es la procedencia rural, la escolaridad baja, el tener novio por menos de 1 año, toxicomanías positivas, la familia seminuclear, tener un solo novio, planear relaciones sexuales, inicio de vida sexual activa entre los 14 -16 años, tener una sola pareja sexual, tener educación sexual, tener varias fuentes de información sexual. (Cuadros 23-26)

Cuadro 1. Residencia de las adolescentes estudiadas de la U.M.F. 55 del IMSS Fresnillo

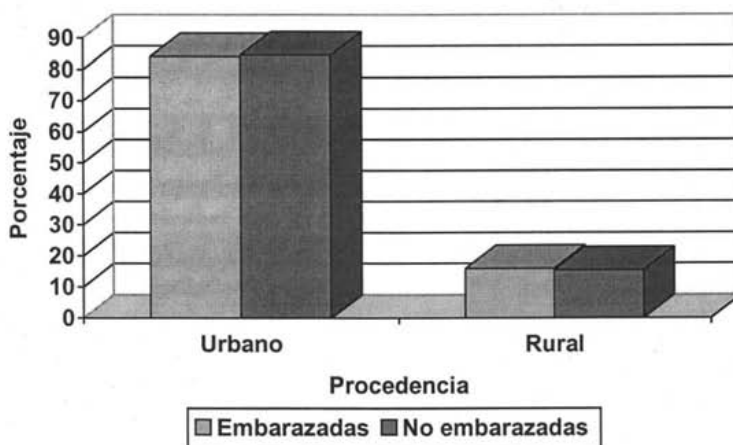
Zacatecas en el año 2003.

RESIDENCIA	EMBARAZADAS		NO EMBARAZADAS	
	Número	%	Número	%
Urbana	164	84.1	165	84.6
Rural	31	15.9	30	15.4
TOTAL	195	100.0	195	100.0

*Fuente de información: Encuestas

Grafica 1

Procedencia de las adolescentes estudiadas en la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003



Fuente: Cuadro 1.

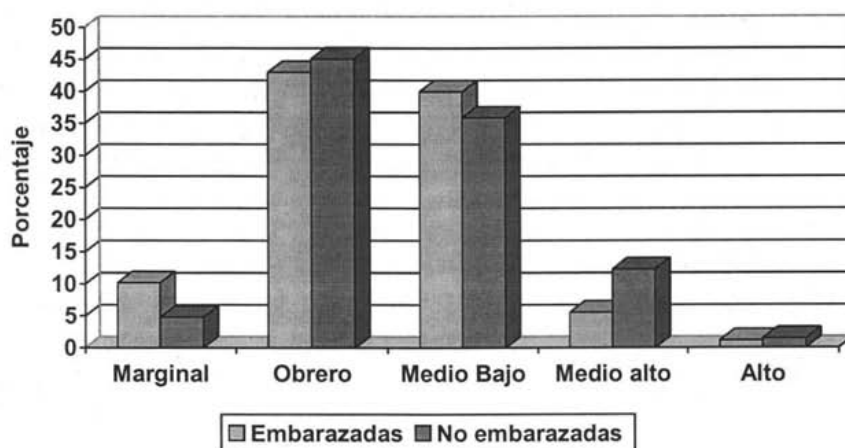
Cuadro 2. Nivel socioeconómico de las adolescentes estudiadas en la U.M.F. 55 del IMSS
Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

NIVEL SOCIOECONÓMICO	EMBARAZADAS		NO EMBARAZADAS	
	Número	%	Número	%
Alto	2	1.2	3	1.5
Medio alto	11	5.6	24	12.3
Medio bajo	78	40.0	70	35.9
Obrero	84	43.0	88	45.1
Marginal	20	10.2	10	5.2
TOTAL	195	100.0	195	100.0

*Fuente de información: Encuestas

Grafica 2.

Nivel socioeconómico de las adocentes estudiadas en la UMF
55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003



Fuente: Cuadro 2.

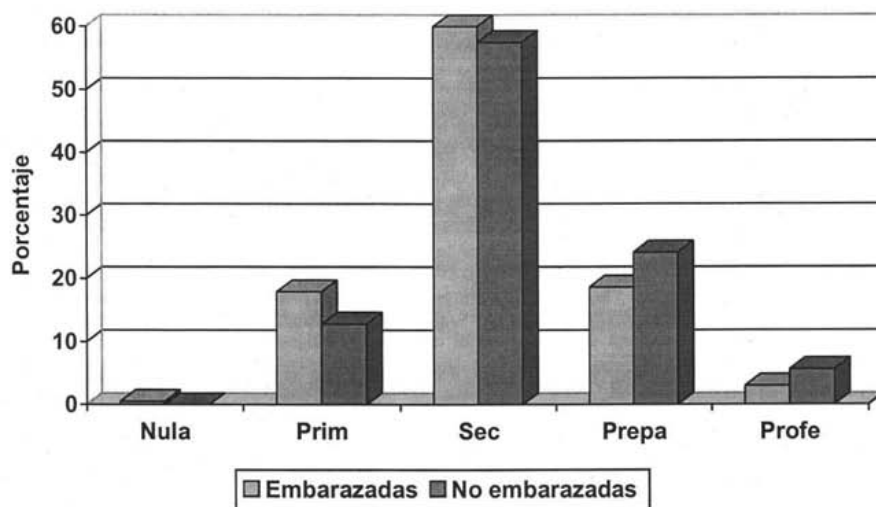
Cuadro 3. Grado de escolaridad de las adolescentes estudiadas en la U.M.F. 55 del IMSS
Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

ESCOLARIDAD	EMBARAZADAS		NO EMBARAZADAS	
	Número	%	Número	%
Nula	1	0.5	0	0.0
Primaria	35	17.9	25	12.8
Secundaria	117	60.0	112	57.5
Preparatoria	36	18.6	47	24.1
Profesional	6	3.0	11	5.6
TOTAL	195	100.0	195	100.0

*Fuente de información: Encuestas

Grafica 3

**Escolaridad de las adolescentes estudiadas en la UMF 55 del IMSS
Fresnillo Zacatecas en el año 2003**



Fuente: Cuadro 3.

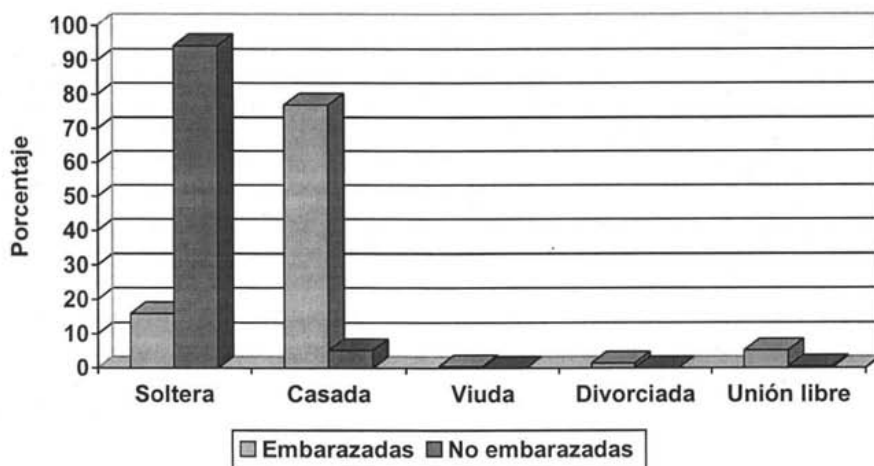
Cuadro 4. Estado civil de las adolescentes estudiadas en la U.M.F. 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

ESTADO CIVIL	EMBARAZADAS		NO EMBARAZADAS	
	Número	%	Número	%
Soltera	31	15.9	184	94.3
Casada	150	76.9	10	5.2
Viuda	1	0.5	0	0.0
Divorciada	3	1.5	0	0.0
Unión libre	10	5.2	1	0.5
TOTAL	195	100.0	195	100.0

*Fuente de información: Encuestas, (de las casadas embarazadas 78 se casaron por causa de embarazo y 86 no fue la causa el embarazo.)

Grafica 4

Estado civil de las adolescentes estudiadas en la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003



Fuente: Cuadro 4.

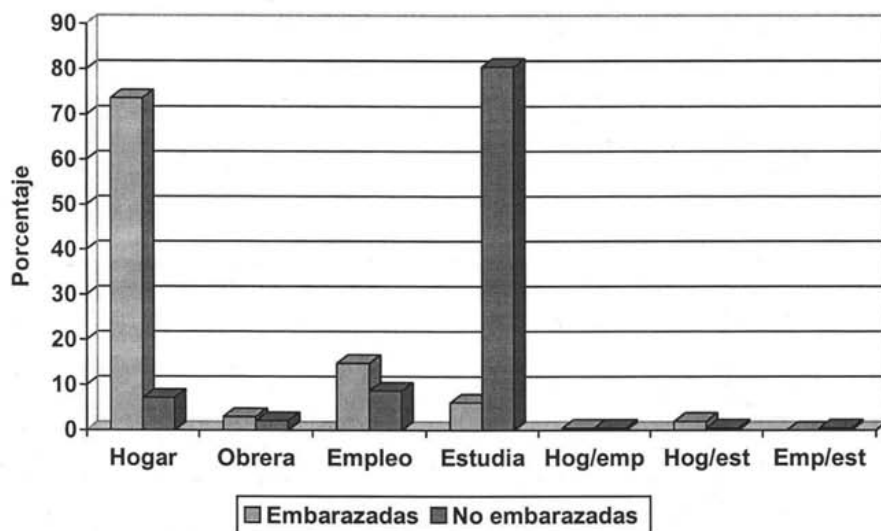
Cuadro 5. Ocupación las adolescentes estudiadas en la U.M.F. 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

OCUPACIÓN	EMBARAZADAS		NO EMBARAZADAS	
	Número	%	Número	%
Ama de casa	144	73.6	14	7.2
Obrera	6	3.0	4	2.1
Empleada	29	14.8	17	8.7
Estudiante	12	6.1	157	80.5
Ama casa/ empleada	1	0.5	1	0.5
Ama casa/ estudiante	4	2.0	1	0.5
Empleada/ estudiante	0	0.0	1	0.5
TOTAL	195	100.0	195	100.0

*Fuente de información: Encuestas

Grafica 5.

Ocupación de las adolescentes estudiadas en la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003



Fuente: Cuadro 5.

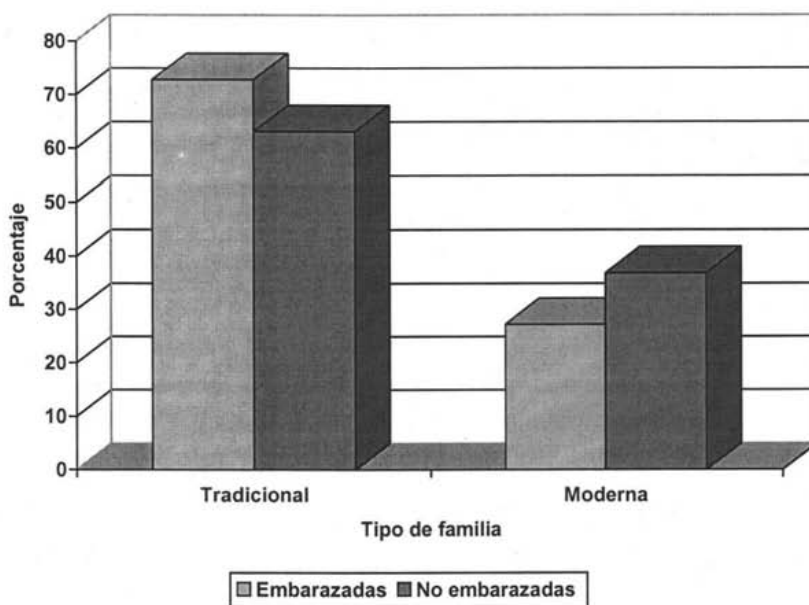
Cuadro 6. Tipo de familia según cultura de las adolescentes estudiadas en la U.M.F 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

TIPO DE FAMILIA SEGÚN CULTURA	EMBARAZADAS		NO EMBARAZADAS	
	No.	%	No.	%
Tradicional	142	72.8	123	63.1
Moderna	53	27.2	72	36.9
TOTAL	195	100.0	195	100.0

*Fuente de información. Encuestas.

Gráfica 6

Tipo de familia según cultura de las adolescentes estudiadas en la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003



Fuente: Cuadro 6.

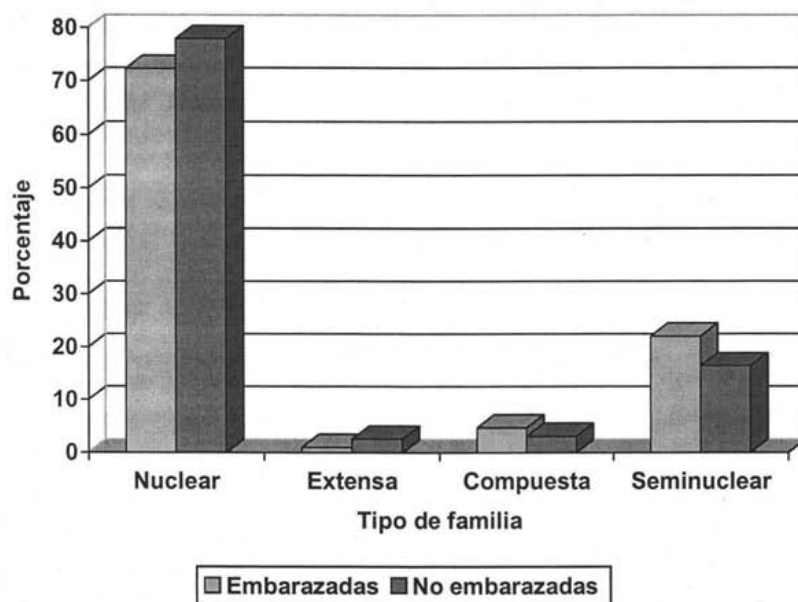
Cuadro 7. Tipo de familia según estructura de las adolescentes estudiadas en la U.M.F 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

TIPO DE FAMILIA SEGÚN ESTRUCTURA	EMBARAZADAS		NO EMBARAZADAS	
	Número	%	Número	%
Nuclear	141	72.3	152	77.9
Extensa	2	1.0	5	2.6
Compuesta	9	4.7	6	3.1
Seminuclear	43	22.0	32	16.4
TOTAL	195	100.0	195	100.0

*Fuente de información. Encuestas.

Gráfica 7

Tipo de familia según estructura de las adolescentes estudiadas en la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003



Fuente: Cuadro 7.

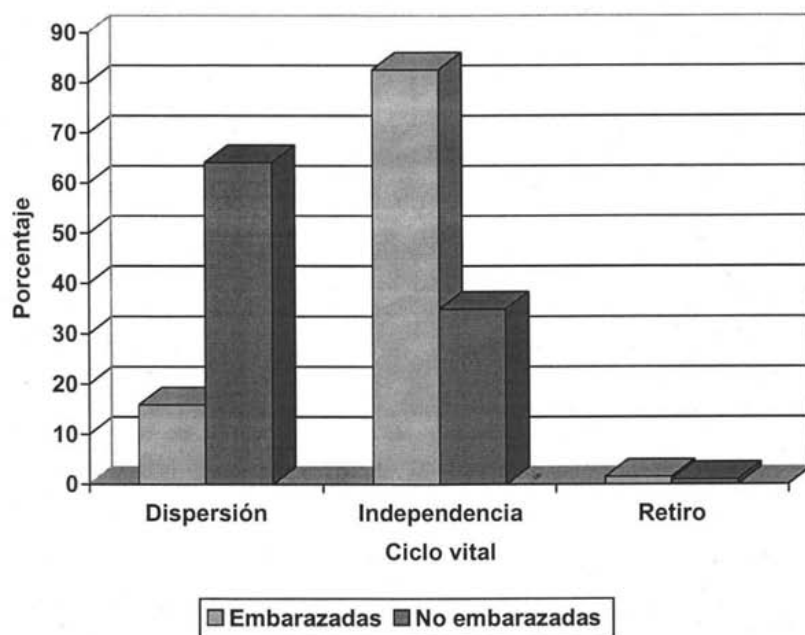
Cuadro 8. Ciclo vital de las adolescentes estudiadas en la U.M.F 55 del IMSS Fresnillo
Zacatecas en el año 2003

CICLO VITAL	EMBARAZADAS		NO EMBARAZADAS	
	Número	%	Número	%
Dispersión	31	15.9	125	64.1
Independencia	161	82.6	68	34.9
Retiro	3	1.5	2	1.0
TOTAL	195	100.0	195	100.0

*Fuente de información. Encuestas.

Gráfica 8

Ciclo vital de las adolescentes estudiadas en la UMF 55 del IMSS
Fresnillo Zacatecas en el año 2003



Fuente: Cuadro 8.

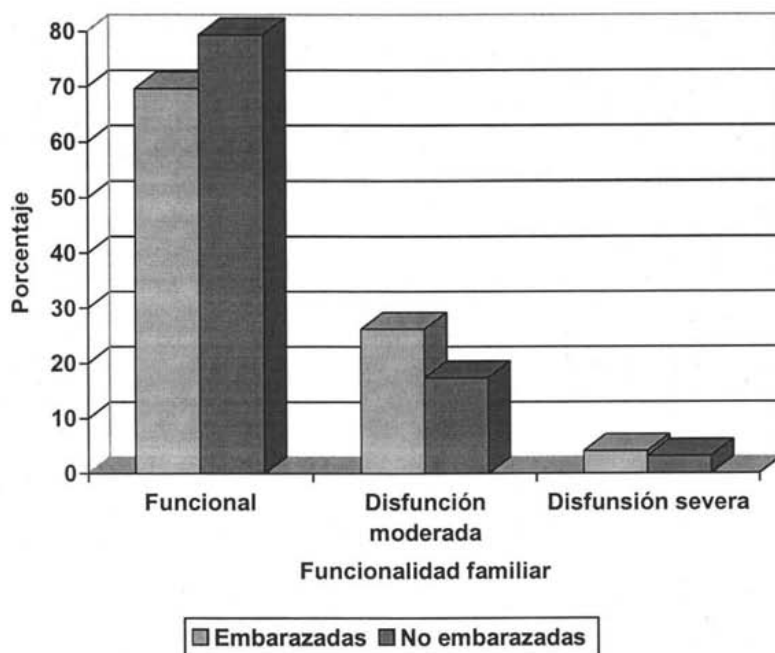
Cuadro 9. funcionalidad familiar de las adolescentes estudiadas en la U.M.F 55 del IMSS
Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	EMBARAZADAS		EMBARAZADAS	
	Número	%	Número	%
Funcional	136	69.7	155	79.4
Disfunción moderada	51	26.2	34	17.4
Disfunción severa	8	4.1	6	3.2
TOTAL	195	100.0	195	100.0

*Fuente de información. Encuestas.

Gráfica 9

Funcionalidad familiar de las adolescentes estudiadas en la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003



Fuente: Cuadro 9.

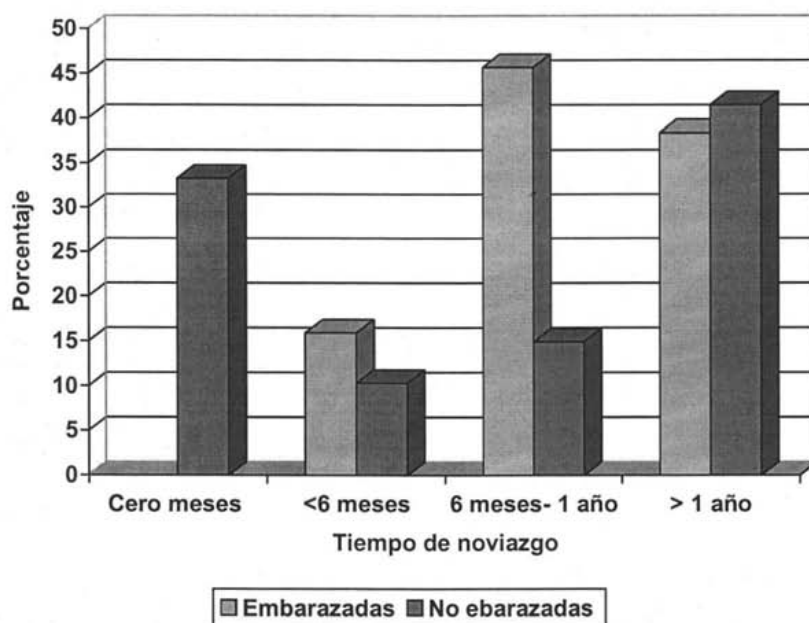
Cuadro 10. Tiempo de noviazgo de las adolescentes estudiadas en la U.M.F 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

TIEMPO DE NOVIAZGO	EMBARAZADA		NO EMBARAZADAS	
	No.	%	No	%
Cero meses	0	0.0	65	33.3
< 6 meses	31	15.9	20	10.3
6 meses – 1 año	89	45.7	29	14.9
> 1 año	75	38.4	81	41.5
TOTAL	195	100.0	195	100.0

*Fuente de información: Encuestas

Gráfica 10

Tiempo de noviazgo de las adolescentes estudiadas en la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003



Fuente: Cuadro 10.

Cuadro 11. Número de novios de las adolescentes estudiadas en la U.M.F 55 del IMSS

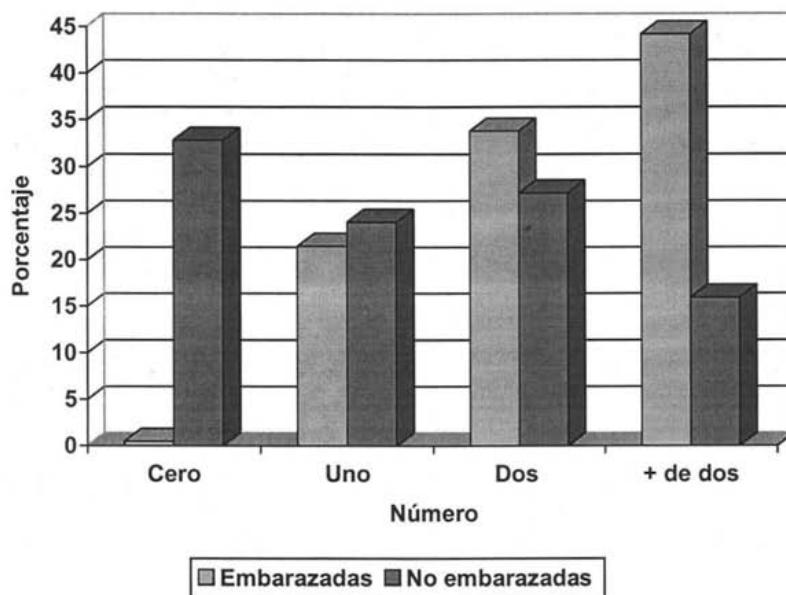
Fresnillo Zacatecas en el año 2003

NUMERO DE NOVIOS	EMBARAZADAS		NO EMBARAZADAS	
	Número	%	Número	%
Cero	1	0.5	64	32.8
Uno	42	21.5	47	24.1
Dos	66	33.8	53	27.2
+ de dos	86	44.2	31	15.9
TOTAL	195	100.0	195	100.0

*Fuente de información: Encuestas

Gráfica 11

Número de novios de las adolescentes estudiadas en la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003



Fuente: Cuadro 11.

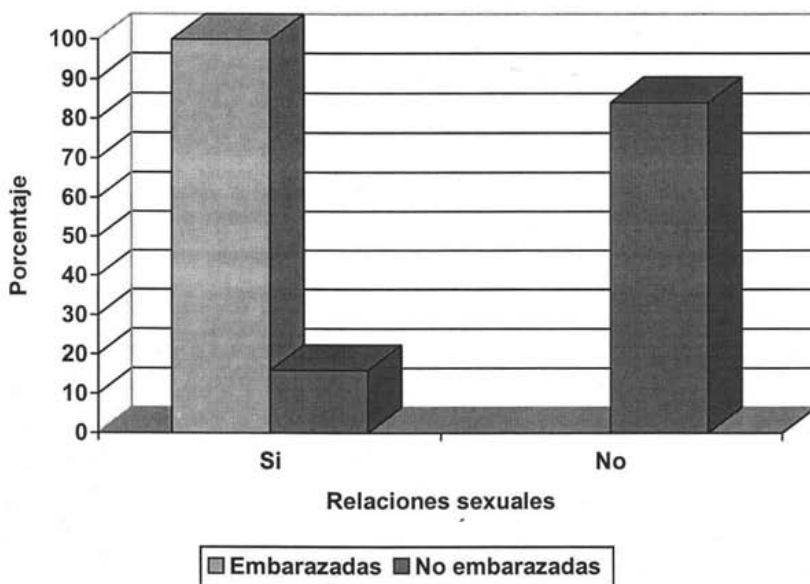
Cuadro 12. Relaciones sexuales de las adolescentes estudiadas en la U.M.F 55 del IMSS
Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

RELACIONES SEXUALES	EMBARAZADAS		NO EMBARAZADAS	
	Número	%	Número	%
Si	195	100.0	31	15.9
No	0	0.0	164	84.1
TOTAL	195	100.0	195	100.0

*Fuente de información: Encuestas

Gráfica 12

Relaciones sexuales de las adolescentes estudiadas en la UMF
55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003



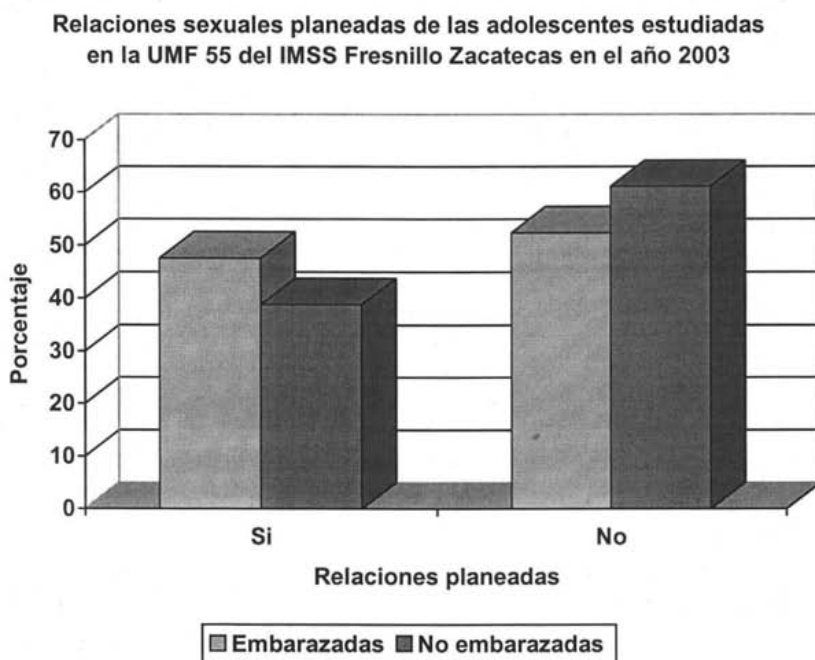
Fuente: Cuadro 12.

Cuadro 13. Relaciones sexuales planeadas de las adolescentes estudiadas en la U.M.F 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

RELACIONES SEXUALES PLANEADAS	EMBARAZADAS		NO EMBARAZADAS	
	Número	%	Número	%
Si	93	47.6	12	38.8
No	102	52.4	19	61.2
TOTAL	195	100.0	31	100.0

*Fuente de información: Encuestas

Gráfica 13



Fuente: Cuadro 13.

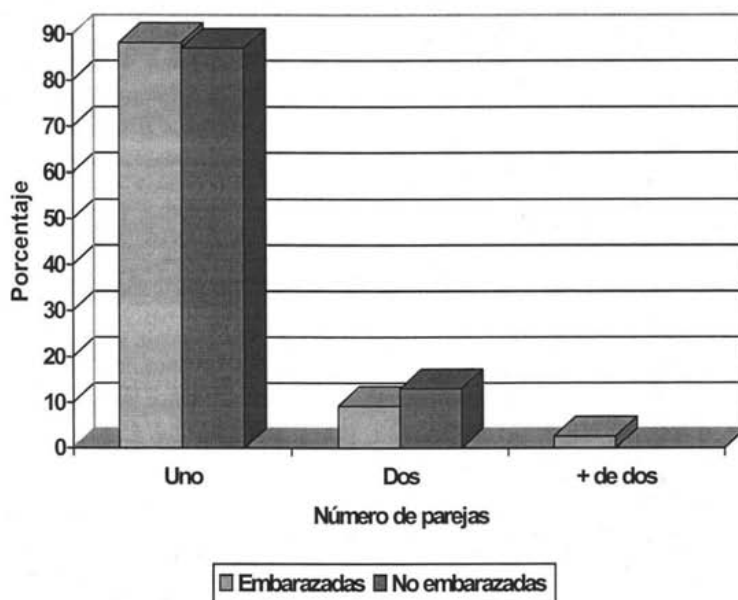
Cuadro 14. Número de parejas sexuales de las adolescentes estudiadas en la U.M.F 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	EMBARAZADAS		NO EMBARAZADAS	
	Número	%	Número	%
Uno	172	88.2	27	87.0
Dos	18	9.2	4	13.0
Más de dos	5	2.6	0	0.0
TOTAL	195	100.0	31	100.0

*Fuente de información: Encuestas

Gráfica 14

Número de parejas sexuales de las adolescentes en la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003



Fuente: Cuadro 14.

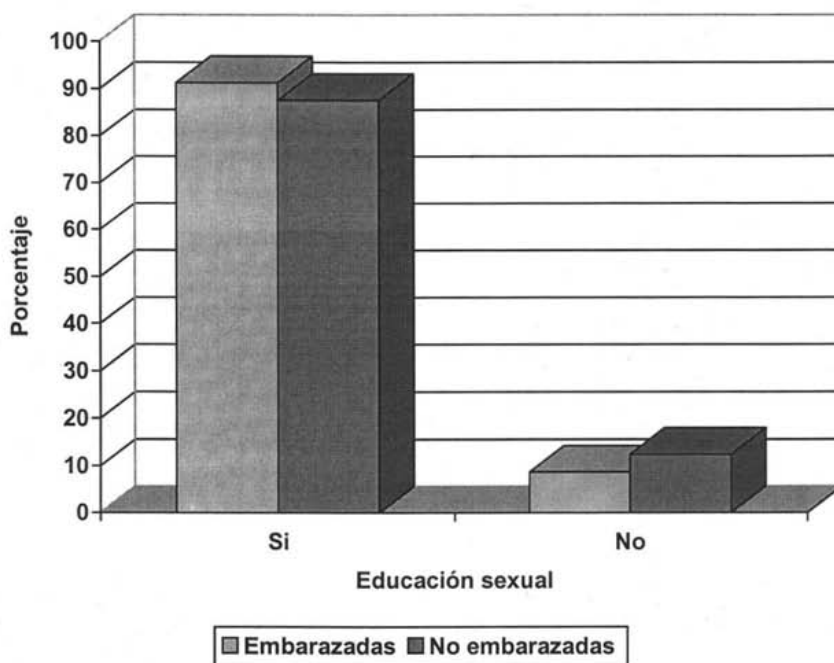
Cuadro 15. Educación sexual de las adolescentes estudiadas en la U.M.F del IMSS
Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

EDUCACIÓN SEXUAL	EMBARAZADAS		NO EMBRAEAZADAS	
	Número	%	Número	%
Si	178	91.3	171	87.6
No	17	8.7	24	12.4
TOTAL	195	100.0	195	100.0

*Fuente de información: Encuestas

Gráfica 15

Educación sexual de las adolescentes estudiadas en la UMF 55
del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003



Fuente: Cuadro 15

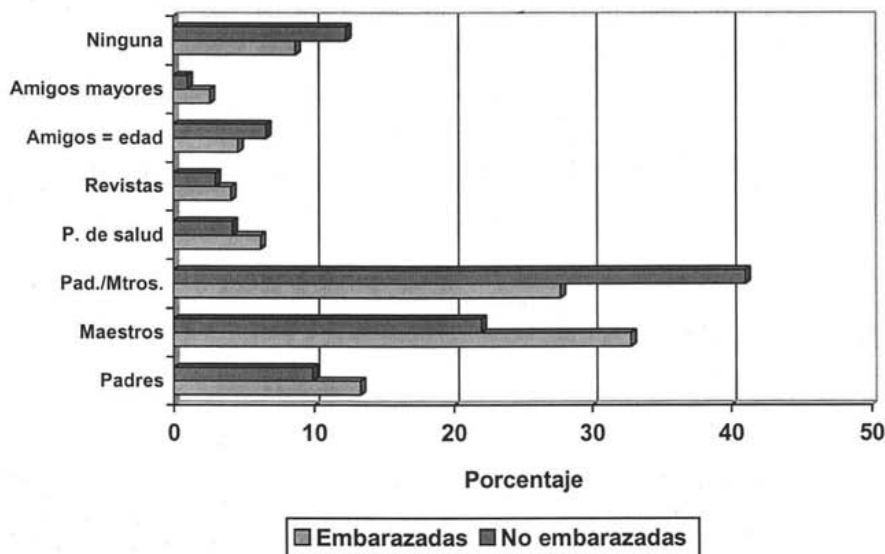
Cuadro 16. Fuente de información sexual de las adolescentes estudiadas en la U.M.F del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

FUENTE DE INFORMACION SEXUAL	EMBARAZADAS		NO EMBARAZADAS	
	Número	%	Número	%
Padres	26	13.3	19	9.9
Maestros	64	32.8	43	22.0
Padres / maestros	54	27.7	80	41.0
Personal de salud	12	6.2	8	4.2
Revistas	8	4.1	6	3.0
Amigos misma edad	9	4.6	13	6.6
Amigos mayores	5	2.6	2	1.0
Ninguna	17	8.7	24	12.3
TOTAL	195	100.0	195	100.0

*Fuente de información: Encuesta.

Gráfica 16

Fuente de información sexual de las adolescentes estudiadas en la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003



Fuente: Cuadro 16.

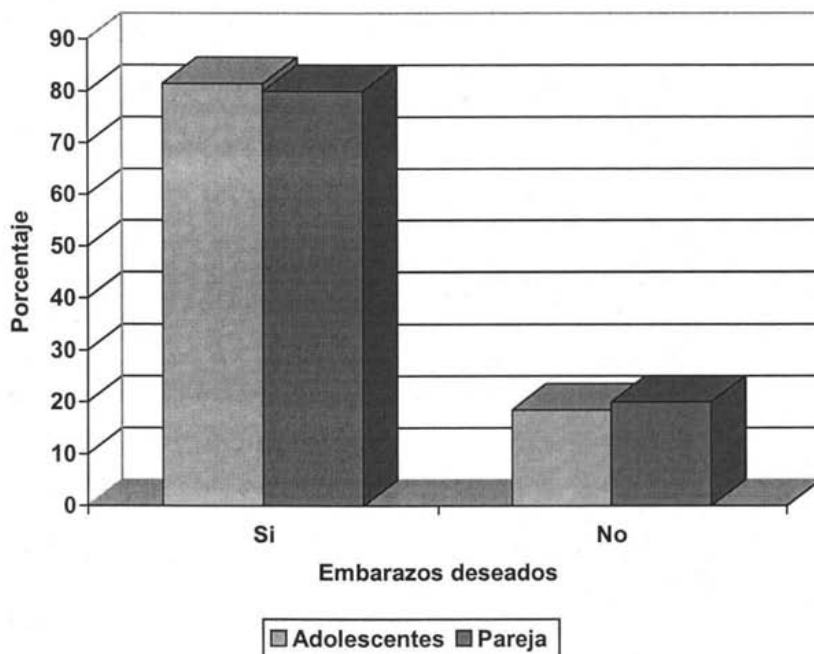
Cuadro 17. Embarazos deseados por las adolescentes y sus parejas estudiados en la U.M.F. 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el 2003.

EMBARAZO DESEADO	ADOLESCENTES		PAREJA	
	No.	%	No.	%
Si	159	81.5	156	80.0
No	36	18.5	39	20.0
TOTAL	195	100.0	195	100.0

*Fuente de información: Encuestas

Gráfica 17

Embarazos deseados por las adolescentes y sus parejas estudiados en la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003



Fuente: Cuadro 17.

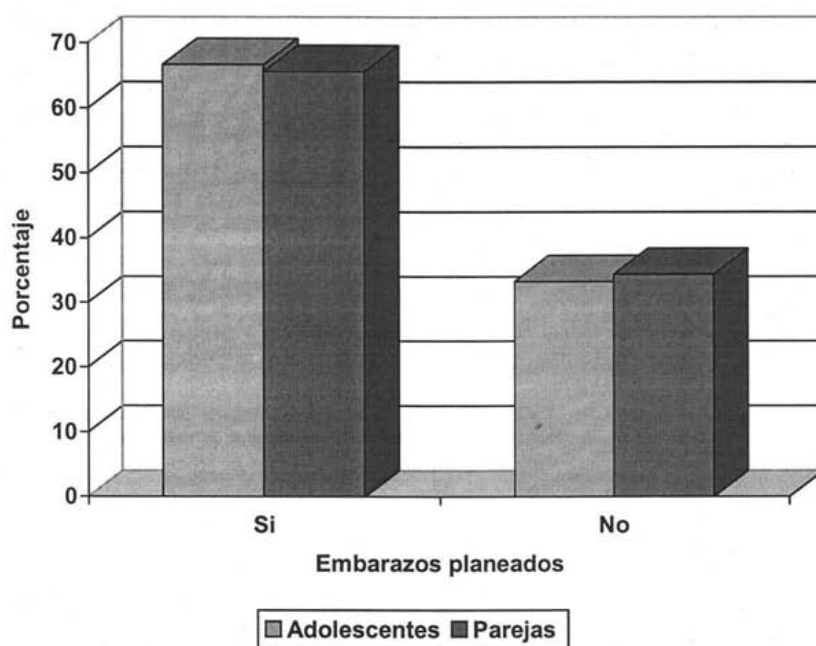
Cuadro 18. Embarazos planeados por las adolescentes y sus parejas estudiados en la U.M.F. 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el 2003.

EMBARAZO PLANEADO	ADOLESCENTES		PAREJA	
	No.	%	No.	%
Si	130	66.7	128	65.6
No	65	33.3	67	34.4
TOTAL	195	100.0	195	100.0

Fuente: Encuestas

Gráfica 18

Embarazos planeados por las adolescentes y sus parejas estudiados en la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003



Fuente: Cuadro 18.

Cuadro 19. Estado civil de los padres de las adolescentes estudiadas en la U.M.F. 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

ESTADO CIVIL	EMBARAZADAS N = 195		NO EMBARAZADAS N = 195	
	Número	%	Número	%
Padre				
Ignora	23	11.8	20	10.2
Soltero	0	0.0	1	0.5
Casado	141	72.4	153	78.5
Unión libre	18	9.2	10	5.1
Viudo	3	1.5	1	0.5
Divorciado	10	5.1	10	5.1
Madre				
Ignora	4	2.0	2	1.0
Soltera	8	4.1	5	2.5
Casada	140	71.8	155	79.5
Unión libre	20	10.3	9	4.6
Viuda	13	6.7	14	7.2
Divorciada	10	5.1	10	5.1

*Fuente: Encuesta.

Cuadro 20. Escolaridad de los padres de las adolescentes estudiadas en la U.M.F. 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

ESCOLARIDAD	EMBARAZADAS N = 195		NO EMBARAZADAS N = 195	
	Número	%	Número	%
Padre				
Ignora	9	4.6	5	2.6
Nula	17	8.7	10	5.2
Primaria	88	45.1	74	37.9
Secundaria	56	28.7	50	25.7
Preparatoria	19	9.9	28	14.3
Profesional	6	3.0	28	14.3
Madre				
Nula	21	10.7	7	3.6
Primaria	84	43.0	80	41.0
Secundaria	67	34.3	61	31.2
Preparatoria	14	7.3	26	13.4
Profesional	9	4.6	21	10.8

*Fuente: Encuesta.

Cuadro 21. Ocupación de los padres de las entrevistadas en la U.M.F 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

OCUPACION	EMBARAZADAS N = 195		NO EMBARAZADAS N = 195	
	Número	%	Número	%
Padre				
Ignora	11	5.6	5	2.6
Obrero	62	31.7	55	28.2
Empleado	88	45.2	94	48.2
Técnico	0	0.0	1	0.5
Comerciante	29	14.9	24	12.3
Profesionista	5	2.6	16	8.2
Madre				
Ama de casa	144	73.8	122	62.6
Obrera	2	1.0	9	4.6
Empleada	31	15.9	39	20.0
Comerciante	12	6.2	16	8.2
Profesionista	6	3.1	9	4.6

*Fuente: Encuesta.

Cuadro 22. Método de Planificación familiar utilizados por las adolescentes estudiadas en la U. M. F. 55 de Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

MÉTODO DE PPF	EMBARAZADAS N = 195*		NO EMBARAZADAS N = 195	
	Número	%	Número	%
Utiliza método de PPF				
Si	69	35.3	22	70.9
No	126	64.7	9	29.1
Tipo de método				
Preservativo	41	59.4	15	68.2
Hormonales	25	36.2	7	31.8
DIU	2	2.9	0	0.0
Preservativo y hormonal	1	1.5	0	0.0

Fuente de información encuestas. * Total de embarazadas, de las cuales actualmente están embarazadas 133.

Cuadro 23. Factores asociados a embarazo en adolescentes estudiadas de la U.M.F. 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en al año 2003.

Factores	Embarazadas	No Embarazadas	RM	IC 95%	Valor P
Edad					
10-14 años	1	76	1.0	---	---
15-19 años	194	119	123.90	18.31-2430.78	<0.001
Procedencia					
Urbana	164	165	1.0	---	---
Rural	31	30	1.04	0.58-1.88	0.881
Estatus Socioeconómico					
Alto	13	27	1.0	---	---
Bajo	182	168	2.25	1.07-4.78	0.019
Escolaridad					
Alta	42	58	1.0	---	---
Baja	153	137	1.54	0.95-2.51	0.063
Toxicomanías					
Negativas	183	184	1.0	---	---
Positivas	12	11	1.0	0.44-2.75	0.829
Estado Civil					
No Unida	35	184	1.0	---	---
Unida	160	11	76.47	35.91-166.71	<0.001

*Fuente de información: Encuestas.

Cuadro 24. Factores en cuanto a tipos de familia, ciclo vital, y funcionalidad de las familias asociados a embarazo de las adolescentes estudiadas de la U.M.F. 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

Factores	Embarazadas	No Embarazadas	RM	IC 95%	Valor P
Familia x cultura					
Moderna	53	72	1.0	---	---
Tradicional	142	123	1.57	1.00-2.47	0.039
Familia x estructura					
No. Seminuc.	152	163	1.0	---	---
Seminuclear	43	32	1.44	0.84-2.47	0.157
Ciclo Vital					
No independencia	34	127	1.0	---	---
Independencia	161	68	8.84	5.37-14.62	<0.001
Apgar Familiar					
Funcional	136	155	1.0	---	---
Disfuncional	59	40	1.68	1.03-2.74	0.027

*Fuente de información: Encuestas

Cuadro 25. Factores del noviazgo y vida sexual asociados a embarazo de las adolescentes estudiadas de la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

Factores	Embarazadas	No Embarazadas	RM	IC 95%	Valor P
Tiempo de noviazgo					
<1 año	75	81	1.0	---	---
>1 año	120	113	1.15	0.75-1.76	0.507
Número de novios					
Uno	42	47	1.0	---	---
Más Uno	153	148	1.16	0.70-1.91	0.540
Relaciones sexuales planeadas					
No	102	19	1.0	---	---
Sí	93	12	1.37	0.59-3.21	0.431
Edad IVSA					
< 14- > 16 años	100	17	1.0	---	---
14-16	95	14	1.15	0.51-2.64	0.712
No. Parejas sexuales					
0 ó más de 1	23	4	1.0	---	---
Uno	172	27	1.11	0.30-3.75	0.525*
Educación sexual					
No	17	24	1.0	---	---
Sí	178	171	1.47	0.73-2.98	0.247
Fuente de información sexual					
Amigos	9	13	1.0	---	---
Otras personas	169	158	1.55	0.60-4.05	0.327

Fuente de información: encuestas realizadas

* Prueba exacta de Fisher.

Cuadro 26. Factores de las parejas asociados a embarazo de las adolescentes estudiadas en la U.M.F. 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

Factores	Embarazadas	No Embarazadas	RM	IC 95%	Valor P
Edad					
Igual a ella	54	39	1.0	---	---
Mayor a ella	141	35	2.91	1.61-5.26	<0.001
Escolaridad					
Alta	56	44	1.0	---	---
Baja	139	30	3.64	2.01-6.62	<0.001
Toxicomanías					
Negativas	78	47	1.0	---	---
Positivas	117	25	2.82	1.55-5.16	<0.001

Fuente: Encuestas realizadas

8. DISCUSIÓN

De los factores asociados a embarazos en adolescentes que encontramos con significancia estadística fueron tener edad entre 15 a 19 años con 124 veces más que las de menor edad, esto se debe probablemente a que en esa edad ya existe mayor roce social con el sexo opuesto y el embarazo lo ven como una fuga para mayor independencia de la familia. En otro estudio que se realizó en servicio de tocoginecología, en el Hospital Llano se encontró también que los embarazos eran más frecuentes en mayores de 16 años (OR 6.25).³ En otros estudios (4, 5, 6, 7 y 8) la frecuencia es de 80% de los adolescentes dentro de estas mismas edades, aunque en ellos no determinan el grado de la asociación.

El nivel socioeconómico bajo se asoció dos veces más que el alto, quizá se deba a otros factores inherentes en esta subcultura como poca expectativa de superación y repetición de patrones familiares, semejante al estudio 14 y 15 con frecuencia de 68% que tampoco determinó la asociación.

El estar unida (casada y unión libre) se asoció 76 veces más que las no unidas (solteras, divorciadas y viudas), este resultado es debido a que las embarazadas que viven con su pareja ya es "normal" la procreación, al contrario de un estudio realizado en Chile en donde hay muchos hijos ilegítimos como consecuencia de no unirse la pareja, en se menciona la frecuencia 59.6% y tampoco se determinó asociación.¹⁷

El que la familia se encuentre en ciclo vital en fase independencia en el momento de que la adolescente se embaraza se asoció ocho veces más que en fase de dispersión, tal vez, el que hermanos que ya se hayan casado o formado una familia influye o facilite al adolescente para seguir el ejemplo.

El que la pareja sexual sea de mayor edad que las adolescentes, con 3 veces más que los de la misma edad que ellas, posiblemente las adolescentes encuentren más apoyo en varones de mayor edad, y buscan además la estabilidad que con su familia de origen no tienen, y puede ser que sean presa fácil de engaño para sus parejas ya que por la diferencia de edad el varón ya tenga más experiencia y tenga facilidad para seducir a las adolescentes.

Del mismo modo que la pareja sexual tenga baja escolaridad (Secundaria ó menos), se asocia 4 veces más que los de alta (preparatoria o más), ya que los de baja escolaridad ya trabajan y no tienen planes de continuar estudiando, y sus proyectos de vida sean el formar una familia, ya sea por continuar el ejemplo de la familia de origen, o por fracasos escolares que deciden no continuar estudiando.

Las toxicomanías positivas de la pareja (alcoholismo y tabaquismo) se asocian 3 veces mas que los de toxicomanías negativas, probablemente esto tenga relación con la edad y la escolaridad que predomino en los mismos.

Sin significancia estadística pero se insinuó cierta asociación fue la escolaridad de secundaria y menos con una y media veces mas, tal vez se debe que algunas adolescentes su objetivo no es continuar estudiando y se casan o se embarazan, o suspenden sus estudios antes de terminar la preparatoria. Semejante a estudio realizado en España en 5 Centros de Salud en donde es frecuente tengan fracaso escolar secundario al embarazo con una frecuencia 50% no mencionan asociación pero si la significancia ($p = 0.03$)¹⁰. Igual a estudio realizado en la comunidad de Llay Llay Valdivia en Colombia, en donde la escolaridad más predominante es la secundaria con una frecuencia de 75% no mencionan asociación¹⁴.

El pertenecer a una familia seminuclear se insinuó una y media vez más que los que pertenecen a una familia nuclear, tal vez el querer pertenecer a una familia integrada las incite a querer tener una y ese también sea el motivo de embarazo. Igual a estudio realizado en Cuernavaca en el IMSS, se identificó que los factores familiares que indican desintegración estuvieron asociados débilmente (RM 1.15) al embarazo en adolescente.²⁴

Así como el vivir con una familia disfuncional se insinuó una y media vez más que las de familia funcional, por lo que de la misma manera desean salir de su casa lo antes posible. Semejante a estudio que se realizó en el IMSS en la Unidad de Medicina Familiar número 53 de León Guanajuato en donde mencionan una de frecuencia 32%, más no asociación.²⁵

De los que no se encontraron con significancia estadística fueron la procedencia, en la que esperábamos que las de medio rural tuvieran asociación por que ellas tienen menos oportunidades de seguir estudiando o por costumbres propias de las localidades de matrimonio a más temprana edad. Las toxicomanías en las adolescentes se esperaba asociación que fueran positivas por la posibilidad de bajo estado de embriaguez o el consumo de alguna droga inhálata se facilitara las relaciones sexuales. El tiempo de noviazgo se esperaba el tener más de un año que se asociara en comparación con las de menor tiempo, ya que se cree que es necesario el conocerse más para enamorarse y así realizar planes del embarazo. El número de novios esperábamos que el tener más de 1 ya que el haber conocido a otros jóvenes le da oportunidad a la adolescente a decidir cual es el que le conviene para unir su vida. El planear tener relaciones sexuales se esperaba que tuviera asociación, ya que es más factible que se lleven a cabo las mismas si son planeadas, pero al no tener asociación quizá significa que el embarazo es consecuencia de tener

relaciones sexuales en forma espontánea. El número de parejas sexuales se esperaba el tener o haber tenido una sola pareja sexual, ya que generalmente con el primero que tienen relaciones sexuales es porque desean casarse o unirse. Educación sexual se pensó que el no tener, era factible que no presentaran embarazo. La fuente de información sexual se esperaba que predominara de otras personas que de sus amigos, ya que aquí influye la comunicación familiar, o con los profesores, los medios de comunicación así como personal de salud.

9. CONCLUSIONES

Los factores asociados a embarazos en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar Número 55 del Instituto Mexicano del Seguro Social fueron la edad de 15 a 19 años, el nivel socioeconómico bajo, pertenecer a una familia tradicional, ciclo vital en fase de independencia, familia disfuncional, tener pareja sexual de mayor edad, escolaridad baja de los padres y de la pareja, y la pareja con toxicomanías.

Es conveniente aumentar la educación sexual en los adolescentes, realizando actividades educativas de los mismos, así como a nivel familiar para detectar disfunciones familiares, mejorando la comunicación de las familias; en las escuelas con los profesores, para fomentar los valores morales, sobre todo enfocándonos en la prevención de embarazos no deseados, realizar consejería sobre planificación familiar. Y además el estudio clínico completo antes de un embarazo, para prevenir complicaciones durante el mismo.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Castro PA. Embarazo en adolescentes. Rev Educat Sal 2000; (42):26-34.
2. Catherine M, Suárez L. Sexualidad y embarazo adolescente en México. Papeles de Población No. 35 CIEAP/UAEM; 2003.
3. Rivero MI, Schinini J, Feu MC. Adolescencia y embarazo: ¿Es un factor de riesgo? Rev Méd Nordeste 2002; (3): 39.
4. Fleiz BC, Villatoro VJ, Medina ME, Sexualidad y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes adolescentes. Sal Mental 1999; (22): 14-19.
5. Sandoval J, González GM, Acuña C, Puga M. Dpto Obstetricia y Ginecología Hospital clínico universidad de Chile. Contribuciones III congreso de Obstetricia y Ginecología Infanto-Juvenil del 5-8 de Octubre 1999. Tema: Resultados perinatales en adolescentes Embarazadas en el hospital de Chile. Disponible en URL: <http://www.cemera.cl/viextra.contribuciones.doc>. Acceso el 20 mayo 2003.
6. Núñez RH, Ureña EA, Monge RR. y col. Características reproductivas de adolescentes costarricenses de área urbana marginal. Bol Méd Hosp Infant Méx 2002; (10): 633- 44.
7. Montero VA, Matamala RP, Valenzuela BM. Servicio e Instituto de Obstetricia y Ginecología Universidad Austral de Chile Hospital Clínico Regional de Valdivia. Contribuciones III congreso de Obstetricia y Ginecología Infanto- Juvenil del 5 al 8 de octubre 1999. Tema: Principales características bio-psicosocial, del embarazo y parto en adolescentes. Disponible en URL: <http://www.cemera.cl/viextra.contribuciones.doc>. Acceso el 20 mayo 2003.

8. Jacobo YD. Salud sexual y reproductiva en adolescentes del área rural. Rev Méd IMSS 2002; (2): 137-143.
9. Ortigosa CE, Padilla JP, López OR. Necesidades educativas en salud perinatal en madres de adolescentes embarazadas. Ginecol Obstet Méx 2002; (70): 28-35.
Ojembarrena ME, Fernández PR, Gorostiza GE, Lafuente MP. Fracaso escolar en adolescentes y factores sociosanitarios asociados. An Esp Pediatr 2002;(56):416-424.
10. Cowley Carol, Tillman F. Adolescent Girls' attitudes Toward pregnancy. J Fam Pract 2001; (50): 603-07.
11. Villanueva LA, Campos R, Pérez Fajardo MM. Conocimientos y prácticas anticonceptivas en adolescentes embarazadas. Ginecol Obstet Méx 2001; (69): 239-249.
12. Araujo CA, Rivera MJ, Hernández MP. Practica de la lactancia y control prenatal en menores de veinte años que acuden a la consulta al hospital general de Zacatecas de los servicios de salud. Gac Med Zacatecas 2000; (4): 10-12.
13. Letelier P, Urzúa F, Oyanedel C, Marillanca M, Salgado M, Lara M. Contribuciones III congreso de Obstetricia y Ginecología Infanto- Juvenil del 5 al 8 de octubre 1999. Tema. El embarazo en adolescentes ¿Un problema de Salud?
Disponible en URL: <http://www.cemera.cl/viextra.contribuciones.doc>. Acceso el 20 mayo 2003)
14. Louriel L.M, Ph. D, Bartolome S. Examining Adolescent pregnancy, department of Human Development and family science winter 1988, College of Human Ecology, Ohio State University. Disponible en URL:

<http://www.hec.ohio-state.edu/famlife/bulletin/volume.3/bull34pd.pdf>. Acceso el 3 diciembre 2003.

15. Castañeda CL, Castillo PN, Sanhueza AE. Clínica Río Blanco, Los Andes. Contribuciones III congreso de Obstetricia y Ginecología Infanto- Juvenil del 5 al 8 de octubre 1999. Tema Adolescente embarazada, resolución del parto. Realidad de una clínica privada de provincia. Disponible en URL:
<http://www.cemera.cl/viextra.contribuciones.doc>. Acceso el 20 mayo 2003.
16. Alvarado AM, Castillo A, Cabrera E. Dirección de investigación Científica. Tecnológica. Universidad de Valparaíso. Contribuciones III congreso de Obstetricia y Ginecología Infanto-Juvenil del 5 al 8 de Octubre 1999. Temas: 1 Hijos de múltiparas Adolescentes, situación legal y familiar, 2 La múltipara adolescente, aspectos biosociales. Disponible en URL:
<http://www.cemera.uchile.cl/viextra.contribuciones.doc> Acceso el 20 mayo 2003.
17. Committee on Public Education. Sexuality, contraception, and the Media. *Am Acad Pediat* 2001; 107 (1): 191-93.
18. Tuotromedico.com. embarazo en adolescentes. (Sitio den Internet). Disponible en URL: <http://www.ecomedico.com/emb/embaado/htm>. Acceso el 15 noviembre 2004.
19. Ortigosa CE, Padilla JP, López OR. Diseño y evaluación de un curso educativo dirigido a madres de adolescentes embarazadas. *Ginecol Obstet Méx* 2001; (69): 363-370.
20. González E, Molina C, Meneses R, Molina T. Centro de Medicina reproductiva y desarrollo integral del adolescente (CEMERA) Facultad de Medicina, Universidad de

- Chile. Contribuciones III congreso de Obstetricia y Ginecología Infanto-Juvenil del 5 al 8 de octubre 1999. Tema: Evaluación del impacto social de un modelo de educación alternativo para madres adolescentes: Resultados preliminares. Disponible en URL: <http://www.cemera.cl/viextra.contribuciones.doc>. Acceso el 20 mayo 2003.
21. Kimberly AJ, Bean J, Hughes R. Jr. Evaluating Teen Pregnancy Prevention Programs: An Overview. department of Human Development and family science winter 1988, College of Human Ecology, Ohio State University. Disponible en URL: <http://www.hec.ohio-state.edu/famlife/bulletin/volume.3/bull34pd.pdf>. Acceso el 3 diciembre 2003).
22. Iñaki LL, Pablo LJ, Martínez AC, Parrilla PJ. Embarazo en adolescencia. Manual de Salud en Adolescencia. 817-35. Disponible en URL: <http://www.se.es/imagenes/publicaciones/manual/Saludreproductiva/26%20salud%20reproductiva20epdf>. Acceso el 15 noviembre 2004.
23. Márquez JS, Murillo GY, Ávila JL. Family Factors associated with pregnancy in Mexican adolescents. Arch Med Fam 2003; 5(4): 118-122.
24. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM 2004; 1(47): 24-27.
25. Huerta GJ. PAC MEDICINA FAMILIAR-1. México DF: Intersistemas; 1999. p. 56-57.
26. Irigoyen CA. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. México DF: Edit. Medicina Familiar Mexicana; 2002: p.153.

11. ANEXOS

11.1 Hoja de recolección de datos.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL ZACATECAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 55

Hoja de recolección de datos
"FACTORES QUE CONDICIONAN EMBARAZOS EN ADOLESCENTES"

Fecha _____

Folio _____

1.-ESTAS EMBARAZADA 1 _____ SI 2 _____ NO

2.-PROCEDENCIA 1 _____ Urbana 2 _____ Rural

3.-TU FAMILIA DE ORIGEN ESTA FORMADA POR:

	EDAD	EDO. CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	VIVEN EN MISMA CASA
PADRE					
MADRE					
HIJO 1					
HIJO 2					
HIJO 3					
HIJO 4					
OTROS					

4.- ESTATUS SOCIOECONOMICO

A.- Profesión del jefe de familia _____

- 1.- Universitario, alto comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas
- 2.- Profesionista técnico, mediano comerciante, o de la pequeña industria
- 3.-Empleado sin profesión técnica definida, o universidad inconclusa.
- 4.-Obrero especializado: Tractorista, taxista etc
- 5.-Obrero no especializado, servicio domestico etc.

B.- Nivel de instrucción de la madre _____

- 1.-Universitaria o su equivalente
- 2.-Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa
- 3.-Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)
- 4.-Educación primaria completa
- 5.-Primaria incompleta, analfabeta

C.-Principal fuente de ingreso familiar _____

- 1.-fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, rifas etc)
- 2.-ingresos provenientes de una empresa privada, negocios profesionales (Médicos, abogados, etc) deportistas profesionales
- 3.-Sueldo quincenal o mensual
- 4.-Salario diario o semanal
- 5.-Ingresos de origen público o privado (subsidios)

D.-- Condiciones de la vivienda _____

- 1.-Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias
- 2.-Vivienda amplia sin lujos pero confortable y buenas condiciones sanitarias
- 3.- Vivienda con espacios amplios reducidos pero confortable y buenas condiciones sanitarias
- 4.-Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones Sanitarias
- 5.-Vivienda improvisada construida con materiales de desecho o de construcción Relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

5.- FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
¿Estas satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?			
¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
¿Estas satisfecho con el tiempo que tu familia y tú permanecen juntos?			
¿Sientes que tu familia te quiere?			

* EMBARAZADA. ANTES DEL EMBARAZO

DATOS PERSONALES:

- 6.- Edad _____ 7.- Escolaridad: 1 ___ Nula 2 ___ Primaria 3 ___ Secundaria
4 ___ Preparatoria 5 ___ Profesional.
- 8.- Ocupación: 1 ___ Ama de casa 2 ___ Obrera 3 ___ Empleada 4 ___ Estudiante.
- 9.- Estado Civil: 1 ___ Soltera 2 ___ Casada 3 ___ Viuda 4 ___ Divorciada.
- 10.- Toxicomanías: 1 ___ Tabaquismo 2 ___ Alcoholismo 3 ___ Marihuana
4 ___ Drogas inhalantes 5 ___ Pastillas para dormir 6 ___ Ninguna.
- 11.- ¿Tienes novio?: 1 ___ Sí 2 NO.
- 12.- Tiempo de noviazgo: 1 ___ Menos de 6 meses 2 ___ 6 meses- 1 año 3 ___ + 1 año.
Si estás embarazada: tiempo de noviazgo antes de embarazarte:
1 ___ Menos de 6 meses 2 ___ 6 meses- 1 año 3 ___ Más de 1 año.
- 13.- ¿Tu embarazo es o fue la causa de tu matrimonio? 1 ___ Si 2 ___ No.
- 14.- Edad de tu pareja _____ 15.- Escolaridad: 1 ___ Nula 2 ___ Primaria 3 ___ Secundaria
4 ___ Preparatoria 5 ___ Profesionista.
- 16.-Ocupación: 1 ___ Ninguna 2 ___ Obrero 3 ___ Empleado 4 ___ Técnico
5 ___ Profesionista. 6 ___ Estudiante.
- 17.- Estado Civil: 1 ___ Soltero 2 ___ Casado 3 ___ Viudo 4 ___ Divorciado.
- 18.- Toxicomanías: 1 ___ Tabaquismo 2 ___ Alcoholismo 3 ___ Marihuana
4 ___ Drogas inhalantes 5 ___ Pastillas para dormir 6 ___ Ninguna.
- 19.- ¿Cuantos novios has tenido? 1 ___ Cero 2 ___ Uno 3 ___ Dos 4 ___ Más de Dos.
- 20.- ¿Has tenido relaciones sexuales? 1 ___ Si 2 ___ No.
- 21.- Edad de inicio de relaciones sexuales _____

22.- Relaciones sexuales: 1 _____ Planeadas 2 _____ Repentinas.

23.- ¿Cuántas parejas sexuales has tenido? 1 ___ Cero 2 ___ Uno 3 ___ Dos 4 _____ Más
de Dos

24.- ¿Has recibido educación sexual? 1 _____ Si 2 _____ No

25.- ¿Cuál ha sido la fuente de información?

1 ___ Padres 2 ___ Maestros 3 ___ Amigos de tu misma edad 4 ___ Amigos
Mayores 5 _____ Revistas o medios de comunicación 6. ___ Médico o Personal de
Salud.

Si estás embarazada responde lo siguiente:

26.- ¿Edad del embarazo? 1 ___ Primer trimestre 2 ___ Segundo Trimestre
3 _____ Tercer trimestre

27.- ¿Es o fue deseado? Por ti 1 ___ Si 2 _____ No. Por tu pareja 1 ___ Si 2 _____ No.

28.- ¿Fue planeado? Por ti 1 ___ Si 2 _____ No. Por tu pareja 1 ___ Si 2 _____ No.

29.- Antes de tu embarazo usaste método de Planificación familiar:

1 _____ Si 2 _____ No

30.- ¿Cuál? 1 _____ Preservativo 2 _____ Pastilla o inyecciones 3 _____ DIU.

Si no estás embarazada:

31.- Usas o has usado método de planificación familiar

1 _____ Si 2 _____ No.

32.- ¿Cuál? 1 _____ Preservativo 2 _____ Pastilla o inyección 3 _____ DIU.

11.2 Anexo 2. Instrumentos de medición.

I.- Método Graffar: para determinar el nivel socioeconómico. En la parte superior del cuadro las letras señalan las cuatro variables en que se basa el método; el puntaje va de 1 a 5 y se indican los diferentes niveles en que se subdivide cada variable. Para clasificar es estrato socioeconómico, se suman las cantidades señaladas en cada variable, según la siguiente tabla:

	A	B	C	D
04-06: Estrato alto	1			
07-09: Medio alto	2			
10-12: Medio bajo	3			
13-16: Obrero	4			
17-20: Marginal	5			

Las cuatro variables y su correspondiente puntaje son las siguientes:

A.- PROFESIÓN DEL JEFE DE FAMILIA:

- 1.-Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
- 2.-Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc.
- 3.-Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa
- 4.-Obrero especializado: Tractoristas, taxistas, etc.
- 5.-Obrero no especializado, servicio domestico etc.

B.- NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

- 1.-Universitaria o su equivalente
- 2.-Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa
- 3.-Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)

4.-Educación primaria completa

5.-Primaria incompleta, analfabeta

C.- PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS

1.-Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar)

2.-Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales

(Médicos, abogados, etc.), deportistas profesionales

3.-Sueldo quincenal o mensual

4.-Salario diario o semanal

5.-Ingresos de origen público o privado (subsídios)

D.- CONDICIONES DE LA VIVIENDA

1.-Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias

2.-Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.

3.-Vivienda con espacios reducidos pero confortables y buenas condiciones sanitarias.

4.-Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias

5.-Vivienda improvisada, construida con materiales de desecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.²⁴

II.- APGAR familiar: Para determinar la funcionalidad familiar. Es un cuestionario que consta de cinco preguntas, mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en la familia y constituye un instrumento de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si por el contrario, contribuye a su enfermedad. Y sus componentes son:

1. Adaptabilidad: ¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?
2. Participación o compañerismo: ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y forma como participa con usted en la resolución de ellos?
3. Crecimiento: ¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?
4. Afecto: ¿Está satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?
5. Resolución (Compartir tiempo y recursos): ¿Le satisface la cantidad de tiempo que y su familia pasa juntos?

Evaluándose de la siguiente forma:

APGAR FAMILIAR

	Casi siempre 2 puntos	Algunas veces 1 punto	Casi nunca 0 puntos
1.-Adaptabilidad	_____	_____	_____
2.-Participación	_____	_____	_____
3.-Crecimiento	_____	_____	_____
4.-Afecto	_____	_____	_____
5.-Resolución	_____	_____	_____

00- 03 Disfunción grave

04- 06 Disfunción moderada

07- 10 Familia funcional ²⁶

III.- Tipología familiar:

1. Con base a su composición: nuclear, extensa, compuesta o seminuclear.
2. Según su cultura: Moderna, tradicional.
3. Desde el punto de vista demográfico: urbana o rural.²⁷

IV.- Ciclo Vital de la familia (Geyman): Esquema compuesto por Geyman en 1980 es el que se utiliza con mayor frecuencia en México. Y se divide en 5 fases:

1. Matrimonio: Se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo con la llegada del primer hijo.
2. Expansión: Es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia, como su nombre lo indica la familia se dilata, se “expande”.
3. Dispersión: Para algunos investigadores esta fase se identifica por el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela y ni uno solo se encuentra trabajando.
4. Independencia: Es difícil precisar el número de años transcurridos; Al inicio de esta fase, la pareja debe aprender a vivir nuevamente en “independencia”, sus hijos han formado nuevas familias.
5. Retiro y muerte: Se observa el contraste entre el entusiasmo e ilusión que caracterizaban la fase de matrimonio, con la incertidumbre y nostalgia que con gran frecuencia se ve marcada esta fase del desarrollo familiar, son cuatro las circunstancias más difíciles que hemos identificado: Incapacidad para laborar (desempleo debido a la presencia de enfermedades crónico-degenerativas), Desempleo, Agotamiento de recursos económicos, las familias de los hijos casados en

fase de expansión, sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres, abandonándolos en sus hogares de origen o recluyéndolos en asilos de ancianos.²⁷

11.3 Anexo 3. Carta de Consentimiento Informado.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: **“Factores que condicionan embarazos en adolescentes,”** registrado ante el Comité Local de Investigación del Hospital General de Zona No. 2 del IMSS en Fresnillo, Zacatecas con folio número 2003-651-01.

El objetivo de este estudio es determinar los factores que se asocian a embatazo en adolescentes.

Declaro que se me ha informado que dicho estudio será con toda la discreción, seriedad, responsabilidad y confidencialidad por el personal que lo realice.

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

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo de la Institución.

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Agradezco tu apoyo para el adecuado desarrollo de dicho evento. Para cualquier aclaración al presente estudio puedes comunicarte con la Dra. Esperanza Aguirre Hernández, Médico Familiar encargado del consultorio 9 turno matutino de la U.M.F No. 55.

Fresnillo, Zacatecas, a _____ de _____ del 2003.

Nombre y firma del entrevistado

Nombre y firma de un testigo

Nombre firma de un testigo

Dra. Esperanza Aguirre Hernández.
Investigador