



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIO DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



SEDE

PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA

TITULO

CARACTERISTICAS FAMILIARES Y PERSONALES DE LA EMBARAZADA
ADOLESCENTE ADSCRITA A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 79 EN
PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
DE MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR CECILIO GARCÍA AGUILAR

PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA

2004 - 2007



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.

TITULO

CARACTERISTICAS FAMILIARES Y PERSONALES DE LA ADOLESCENTE
EMBARAZADA ADSCRITA A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 79 EN
PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR CECILIO GARCÍA AGUILAR

AUTORIZACIONES

DR. GUILLERMO SALINAS CUELLAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS

DR. GUILLERMO SALINAS CUELLAR
ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS

DRA. MARIA DEL SOCORRO LOPEZ SILLER
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESIGACION

TITULO

CARACTERISTICAS FAMILIARES Y PERSONALES DE LA ADOLESCENTE
EMBARAZADA ADSCRITA A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 79 EN
PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DR CECILIO GARCÍA AGUILAR

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

AGRADECIMIENTO

A mi ángel Cecilia que desde el cielo me bendijo en todo momento.

A mi esposa Carmen por su comprensión y apoyo.

A mi familia que son mis hijos Guicho y Elisa que siempre han estado conmigo.

A mis compañeros de residencia semipresencial que siempre estuvimos unidos,

A mi profesor titular que me asesoro en todo momento dándome aliento para terminar

La especialidad de medicina familiar.

Así quienes colaboraron de alguna forma para realizar la especialidad de medicina familiar

ÍNDICE GENERAL

PÁGINA

1.- MARCO TEÓRICO.....	1
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	36
3.- JUSTIFICACIÓN.....	37
4.- OBJETIVOS	
OBJETIVO GENERAL.....	38
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	38
5.- METODOLOGÍA	
TIPO DE ESTUDIO.....	39
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.....	39
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	39
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....	39
VARIABLES A RECOLECTAR.....	40
PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN.....	41
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	42
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	43
6.- RESULTADOS.....	44
7.- DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	46
8.- CONCLUSIONES.....	48
9.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
10.-ANEXOS.....	52

1.- MARCO TEÓRICO.

Adolescente proviene del latín *adoleceré*, que significa crecer. La Organización Mundial de la Salud estableció que adolescencia es la etapa de la vida que transcurre entre los 10 y 19 años de edad, y suele dividirse en adolescencia temprana (10-14 años) y adolescencia tardía (15-19 años de edad). Más de la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años de edad y la mayoría de los jóvenes más del 80%, viven en países en desarrollo. (1,11).

La adolescencia es definida desde diversos puntos de vista, que van desde aquél que lo ve como una aportación o condicionamiento de la cultura, hasta el que la considera como una etapa natural en el desarrollo del ser humano. Al respecto, algunos autores definen la adolescencia de la siguiente manera.

STANLEY HALL. La adolescencia es un nuevo nacimiento, los rasgos humanos surgen en ella más completamente, las cualidades del cuerpo y el espíritu son nuevas, el desenvolvimiento es gradual y más violento. El crecimiento proporcional de cada año aumenta, siendo muchas veces el doble del que correspondería y aún más, surgen funciones hasta ayer inexistentes.

MIRA Y LÓPEZ, La adolescencia es el periodo de crecimiento acelerado, el llamado estirón, que separa la niñez de la edad adulta.

BERNARD. Es preciso establecer distinción neta entre pubertad y adolescencia. La pubertad se refiere esencialmente a la maduración física de los órganos sexuales. La adolescencia alude al proceso total de crecimiento.

HERNRY Y PIERON. El periodo de la vida que coincide con el despertar del sexo, fenómeno que domina pubertad. Esto es, para los organismos femeninos y masculinos teniendo en cuenta cierta oscilación en el tiempo, una fase de crisis orgánica y afectiva de efervescencia, en la cual las interferencias hormonales, las modifica de las tendencia que suscitan reacciones a veces muy vivas y sorprendentes.

PAUL SWARTZ. La palabra adolescencia tiene una connotación tanto biológica como psicológica, en el primer sentido la adolescencia designa el periodo de crecimiento corporal que se extiende desde la pubertad hasta la adquisición de la madurez

fisiológica. El desarrollo psicológico se refiere a la evolución de la conducta desde la pubertad hasta la edad adulta.

Partiendo de las definiciones anteriores podemos decir que es el lapso comprendido entre la niñez y la edad adulta. En nuestro mundo occidental comienza alrededor de los 12 ó 13 años y termina alrededor de los 19 ó 20 años. Su comienzo lo anuncia la aparición de la pubescencia, aunque en la mujer siempre es más prematuro, estadio en el que se caracteriza por el crecimiento fisiológico y la madurez de las funciones reproductivas de los órganos sexuales primarios acompañados de caracteres sexuales secundarios, concluyendo con la pubertad, que significa que el individuo es capaz de reproducirse.

No es fácil delimitar el final de la adolescencia. Intelectualmente se dice que es cuando la persona es capaz de pensar en abstracto. Sociológicamente se dice que el individuo ha llegado a la edad adulta cuando es capaz de sostenerse así mismo, es decir, que se ha independizado. Desde el punto de vista legal se dice que es adulto cuando se puede votar, casarse sin permiso de los padres o conformar una sociedad al cumplir la mayoría de edad que en México es a los 18 años.(2)

Otra definición de adolescencia según INGERSOLL, que proporciona una visión holística de la etapa y se considera la adolescente como una unidad biopsicosocial en evolución. Así para INGERSOLL la adolescencia es, el periodo de desarrollo personal durante la cual el joven debe establecer un sentido personal de identidad individual y sentimientos de mérito propio que comprenden una modificación de su esquema corporal, la adaptación a capacidades intelectuales más maduras, la adaptación a la exigencias de la sociedad con respecto a una conducta madura, la internacionalización de un sistema de valores personales y la preparación para roles adultos. (3)

CLASIFICACIÓN Y PSICOLOGÍA DE LA ADOLESCENCIA

El proceso de la adolescencia se reconoce como un largo camino con indicadores buenos de su inicio y muy vagos o ninguno de su término. Se considera que la adolescencia comprende de 10 a 12 años de vida cronológica y durante este periodo la

secuencia de los sucesos marca diferencias notables entre las tareas a realizar en las etapas de inicio y final. Por ello, existe el consenso de dividirla en tres etapas.

1. Adolescencia temprana. Abarca de los 12 a 14 años de edad y corresponde al periodo de la educación secundaria. También se considera pubertad. (3, 8). Según Sileo, (1991), refiere que la adolescencia temprana esta comprendida entre la edad de 10 y 13 años. Marca el final de la pubertad y el ingreso a la adolescencia. Durante este tiempo se produce la mayoría de los cambios orgánicos y aparecen los caracteres sexuales secundarios. Los conflictos característicos de esta edad son: preocupación por la imagen corporal y los cambios que están aconteciendo, deseos de independizarse de los padres, pero simultáneamente la necesidad de mantener la dependencia. Deseos sexuales aumentados pero restringidos por la duda, el temor al acercamiento al sexo opuesto, conflictos entre los deseos y las normas morales aprendidas, masturbación frecuente. Angustia ante el crecimiento y la maduración, cambios en el trato por parte de los adultos.(12,13)
2. Adolescencia media. Se extiende desde los 15 hasta los 17 años de edad, y entonces equivale al periodo del bachillerato en cualquiera de sus modalidades o a la educación media superior. (3). Sileo, refiere la etapa media de la adolescencia comprendida entre los 14 y 17 años, se consolida la identidad sexual, aumenta la crítica ante la autoridad en general, pero especialmente la de los padres gran valoración del grupo, preocupaciones filosóficas y religiosas, persiste la angustia ante la sexualidad pero el acercamiento es cada vez menos difícil, comienzan las preocupaciones por la elección de la carrera o profesión y por el futuro en general. (12,13).
3. Adolescencia tardía o fase de resolución de la adolescencia. Comprende de 18 a 21 años de edad, y corresponde a la educación universitaria casi por completo. (3,4). Sileo, denomina a la adolescencia tardía, a la comprendida de 18 a 21 años de edad, durante esta última fase debe de haberse constituido sin mayores problemas la identificación y el ejercicio del rol sexual, la rivalidad con los padres comienza a ceder el paso de la identificación con ellos y a la internacionalización de las normas familiares y sociales, el grupo empieza a perder su importancia primordial quedando en primer plano el concepto del individuo. La adolescencia desde el punto de vista psicológico puede señalarse

en forma general las transformaciones a las cuales debe adaptarse la personalidad del joven. (12,13).

En Iberoamérica, la mayoría de los jóvenes no incorporados en el sistema de educación nacional vive bajo las dos últimas subetapas cuando intenta aprender a trabajar por medio de un oficio o trabajo ocasional o estable, que pocas veces satisface su deseo genuino como forma de realización personal.

Los adolescentes sí pueden llevar a cabo tareas impuestas por el desarrollo. Lo hacen de acuerdo con el apoyo familiar y ambiental para crecer con responsabilidad. Los factores sociales pueden jerarquizar las urgencias de maduración en diferentes grupos de manera diferente a las propuestas por la teoría psicológica. Se comprueba en núcleos urbanos donde las capacidades y destrezas de los adolescentes varían mucho en función de las condiciones económicas diversas y la pertenencia a subculturas con variadas expectativas de vida y compromiso social para sus hijos. Se presiona para adquirir la madurez que cumpla las expectativas impuestas por dicho escenario social a corto plazo.

La ocasión de una maduración psicosocial durante la adolescencia es una oportunidad que debe ser favorecida por los padres y el medio social, y nunca desaprovechada por los adolescentes, ya que el éxito de la vida futura como adulto depende en gran medida de la forma en que se acepte y se cumpla esa moratoria. Quizá por esto el escritor británico George Bernard Shaw se atrevió a decir. “La adolescencia es un periodo de la vida tan importante que no debería ser confiada a los jóvenes” (5).

Desarrollo moral del adolescente, la mayoría están en el desafío convencional del desarrollo moral, se conforman a lo que la (mayoría) sociedad dice, piensan en hacer lo correcto para complacer a otros o para obedecer la ley. Las diversas formas en que los adolescentes reaccionan a los dilemas morales, ilustran las diferencias en su manera de reaccionar. La formación y desarrollo del adolescente depende de manera determinante del tipo de educación que se le haya inculcado y las experiencias de vida o dilemas morales a los que se haya enfrentado. Kohlberg tiende a pensar que a la persona se le puede orientar para que eleve su pensamiento moral, no moralizándole o predicándole, ni con recompensas o castigos sino

confrontándole con dilemas morales y ayudándole a desarrollar su pensamiento en relación a los mismos.

Desarrollo de Vocación del adolescente, en la búsqueda de identidad, está estrechamente relacionada con las aspiraciones vocacionales, la pregunta “¿Quién seré yo?”, está muy relacionada con “¿Que haré?” y es una preocupación primordial de esta edad. Sin embargo hay muchos factores que afectan directamente la búsqueda de un trabajo significativo. El nivel socio-económico, la función familiar, la escolaridad y su personalidad entre otros.

El egocentrismo del adolescente, a pesar del desarrollo de la mente y de las habilidades que durante la adolescencia se adquiere, su pensamiento no es aún adulto completamente, una muestra de ello es su prolongado egocentrismo. Al estar preocupado consigo mismo, creen que los pensamientos de otros se centran en ellos, lo que constituye el egocentrismo del adolescente. Muchos adolescentes se sienten en boca de todos y piensan que los admiran o los critican. Esta creencia de que otros en nuestra inmediata vecindad están preocupados con nuestros pensamientos y nuestro comportamiento, como nosotros lo estamos, se conoce como audiencia imaginaria. Una contraparte del auditorio imaginario, es la fábula personal, que es la creencia que el adolescente de que mucha gente está interesada en él. La fábula personal hace que una chica piense que ella no puede quedar embarazada, o que un muchacho no puede perder la vida en la carretera. “Estas cosas les suceden a otras personas no a mí”, es la suposición inconciente, buena parte de la toma de riesgos del adolescente. (5).

FISIOLOGÍA EN LA ADOLESCENCIA.

La pubertad es la etapa de la vida en la cual se da la mayor diferencia sexual desde el estadio prenatal, en esta época el individuo madura sexualmente y ya es capaz de reproducirse. (2).

Es la transición de la niñez a la madurez. Los cambios provocan tensión y la pubertad no es la excepción. (3).

El desarrollo femenino normal de la pubertad requiere una concertación complicada del eje hipotálamo-hipófisis-gónada. En las niñas los signos físicos de la pubertad

consisten en la aceleración del crecimiento y la aparición de las características sexuales secundarias. Antes de que aparezcan los signos visibles de la pubertad, ocurren cambios hormonales como el resultado de la activación de la unidad hipotálamo-hipófisis y la secreción de esteroides sexuales a través de los ovarios. El hipotálamo sintetiza y libera hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH), que también se llama hormona liberadora de hormona luteinizante (LHRH). La síntesis y secreción de la hormona liberadora de gonadotropinas la regulan los centros corticales superiores y el sistema límbico. Además también recibe la influencia de neurotransmisores, esteroides sexuales y péptidos gonadales. Por consiguiente, la liberación pulsátil de gonadotropinas es la causa del estímulo de los ovarios y la maduración subsecuente del epitelio germinal con síntesis de esteroides gonadales.

Los esteroides sexuales se producen en los folículos ováricos y la teca del ovario. Además, el ovario produce factor de crecimiento similar a la insulina, inhibina, activina y citocinas. Estos productos ováricos ejercen un efecto de retroalimentación sobre la secreción de gonadotropinas. Se lleva en hipotálamo dicho efecto modula la frecuencia y amplitud de liberación de hormona liberadora de gonadotropina, y a nivel de la hipófisis la cantidad de LH y FSH liberada como respuesta a los impulsos de GnRH.

Dos factores importantes que estimulan la división de las células germinales y el desarrollo folicular son la producción de gonadotropinas y de esteroides sexuales ováricos. Entre el quinto y sexto mes de la gestación existen entre seis y siete millones de oocitos, el neonato posee cerca de 1 a 2 millones, hacia la pubertad sólo quedan de 300 000 a 500 000 oocitos. Durante los años prepúberes, ocurre una regulación del sistema hipotálamo-hipofisiario, con reducción de amplitud y frecuencia de los pulsos de GnRH, y una respuesta hipofisiaria reducida a esta prueba.

El ovario aumenta de tamaño durante los años prepúberes y muestra datos de crecimiento activo y atresia de los folículos. La vagina que mide cerca de 4 centímetros de longitud al nacimiento, crece únicamente entre 0.5 y 1.0 centímetros al principio de la infancia, pero al final de la misma crece entre 7 y 8.5 cm. El útero mide aproximadamente 2.5 cm. de longitud en la infancia. La relación entre el

cuerpo y cuello uterino es menor de 1-1, alcanza la cifra 1-1 en la menarca y la relación de la edad adulta 3-1 después de la menarca.

Al final de la prepubertad y el principio de la pubertad los picos episódicos de LH y FSH aumentan durante el sueño. El comienzo de la pubertad se acompaña de un mayor incremento en la amplitud de LH que de su frecuencia. Las pulsaciones diurnas se incrementan gradualmente. Las pulsaciones de LH dependen de la GnRH a cualquier edad, en tanto que la regularización de las pulsaciones de la FSH a través de la GnRH disminuye conforme aumenta la actividad ovárica. La hormona luteinizante estimula las células de la teca interna del ovario para que se sintetizen precursores y la FSH incrementa la enzima aromatasas, que es la que convierte a los precursores androgénicos en estrógenos. Los estrógenos alcanzan su punto máximo entre 10 y 12 horas después de la secreción de gonadotropinas. Los ovarios se caracterizan por crecimiento folicular, y en el ultrasonido muchas veces parecen grandes y multiquísticos. Conforme la pubertad avanza se libera gonadotropina y libera esteroides sexuales. Gracias a los estrógenos brotan los botones mamarios, se estrogeniza la mucosa vaginal y se alarga el útero. La secreción vaginal fisiológica de la pubertad, llamada leucorrea, corresponde a la descamación de células epiteliales y moco de la mucosa estrogenizada.

Conforme la pubertad avanza la concentración de FSH y LH que se alcanza durante la noche se desplaza de manera gradual hacia las horas de vigilia hasta desaparecer el incremento del sueño. Incluso antes de la menarca, la concentración de estrógenos circulantes en las púberes posee ciertas características cíclicas, al final estas fluctuaciones periódicas son suficientes para provocar sangrado uterino. Los primeros 2 años después de la menarca se caracteriza por una menstruación anovulatoria. Este periodo coincide con el crecimiento rápido del útero, vagina, trompas de Falopio y ovarios. (9)

El pico de crecimiento depende del inicio de la pubertad. La mayoría de las niñas alcanza la velocidad máxima de crecimiento antes de llegar al estadio de Tanner B3 y PH2. La niña promedio crece entre 5 y 7.5 centímetros durante los 2 años posteriores a la menarca. Las proporciones del esqueleto se definen por la velocidad del desarrollo puberal. El índice corporal superior-inferior es de aproximadamente 1.0 a los 10 años de edad. Durante la pubertad las extremidades

crecen rápidamente de longitud, mientras que la columna vertebral se alarga en forma más gradual. (9).

CARACTERISTICAS SEXUALES SECUNDARIAS

Crecimiento del vello, en la región púbica comienza a crecer vello, fino y más oscuro que el del resto del cuerpo, que posteriormente se vuelve grueso y rizado. El vello axilar comienza a crecer así como la barba y el vello facial.

Cambio de piel. Se presenta con la aparición de barros y puntos negros que anteceden a la aparición del acné que la produce la creciente actividad de glándulas sebáceas, que hacen a la piel más grasosa por el crecimiento de los poros y la textura más gruesa. La actividad de las glándulas sebáceas hace también que durante la adolescencia, el cabello sea más grasoso y las glándulas sudoríparas, trabajen más.

En las mujeres el desarrollo de los senos, los pezones se agrandan y sobresalen las areolas o arcos pigmentadas alrededor de los pezones también se agrandan, éstas por lo general logran su crecimiento antes de la menarquia y además algunas veces uno suele crecer más rápidamente que el otro.

Menstruación, se da por primera vez cuando el crecimiento repentino se ha identificado a una edad que va entre los 12 y 13 años. Sin embargo se ha venido presentando a una edad más temprana en este último siglo. (3).

Tanner refiere que la edad de la menarca en promedio es de 13.46 años, con límites de los nueve a 16 años. En los estudios de Zacharias y Wurtman, la edad promedio de la menarca fue de 12.65 más menos 1.2 años.

Estadios de Tanner y Marshall establecieron una clasificación de la maduración sexual de los adolescentes con base en la aparición de los caracteres sexuales secundarios y el desarrollo de los órganos genitales. Tomaron cinco fases, etapas o momentos con la reunión de los signos clínicos pubescentes más importantes que suceden en la secuencia de tiempos próximos o de modo simultáneo.

ETAPA I

Corresponde en realidad a la pubertad:

Sexo femenino. Hay elevación de la papila mamaria y laaréola es rosada.

Sexo masculino. Los testículos, el escroto y el pene poseen casi las mismas dimensiones que en la infancia

Ambos sexos. No existe vello púbico.

ETAPA II

Sexo femenino; hay protrusión del pezón, surge el primer crecimiento del botón mamario y de la aréola del pezón. Puede iniciarse la pigmentación.

Sexo masculino; crecen los testículos y el escroto, este se arruga, cambia de aspecto y empieza a pigmentarse. Hay poco impulso del crecimiento del pene.

Ambos sexos; el vello púbico inicia su crecimiento en la raíz del pene en varones y en la parte superior de los labios mayores en las mujeres. Es fino, largo y ligeramente pigmentado.

ETAPA III

Sexo femenino. La glándula mamaria crece de manera acelerada. El pezón crece igual que la aréola, pero no se eleva sobre la mama. En la región pectoral hay acumulación de tejido adiposo y también incremento del parénquima glandular.

Sexo masculino. El pene se desarrolla en sentido longitudinal. El crecimiento del escroto y testículos continúa de manera acelerada.

Ambos sexos. El vello púbico aumenta de cantidad se hace fuerte, rizado y pigmentado. También se extiende sobre la superficie púbica.

ETAPA IV

Sexo femenino. El pezón y la aréola se levantan sobre la superficie de la glándula mamaria para ampliar su diámetro y formar un segmento diferente a la glándula

mamaria. Aumenta el tejido adiposo como base de los lóbulos mamarios que son turgentes y casi como en las adultas.

Sexo masculino. El pene continúa en crecimiento longitudinal y, de manera acelerada, en grosor. El glande se desarrolla, y continúan agrandándose los testículos y el escroto, éste también se pigmenta cada vez más.

Ambos sexos. El vello púbico adopta características propias del sexo y de la edad adulta, pero en extensión cubre un área inferior a la del adulto. No se extiende a regiones colindantes.

ETAPA V

Sexo femenino. El pezón se proyecta y pigmenta, y la aréola retrocede respecto a la glándula mamaria. Los elementos glandulares se desarrollan por completo. Los genitales externos son casi como en el adulto.

Sexo masculino. Los genitales adquieren forma y tamaño de tipo adulto. El pene deja de crecer.

Ambos sexos. En varones el vello púbico tiende a cubrir la cara interna de muslos, región perineal y abdomen. En mujeres deja de extenderse. (3)

FRISCO, elaboró un monograma para pronosticar la edad de la menarca con base en la talla y el peso entre los nueve y 13 años de edad, conforme a su observación de que la menarca está ligada a un peso corporal crucial promedio 46-47 kilogramos en la mayoría de las niñas norteamericanas y europeas). El porcentaje de grasa corporal constituye el factor determinante importante. De acuerdo con esta teoría, se necesita un mínimo de 17% de grasa del peso corporal para que comiencen los ciclos menstruales y un mínimo de 22% para mantener los ciclos ovulatorios regulares. Las niñas con maduración temprana o tardía comienzan su pico de crecimiento de la adolescencia con un peso aproximada de 30 kilogramos.

Zacharias y Wurtman, observaron que el intervalo que transcurre entre la menarca y los periodos regulares es de aproximadamente 14 meses y el intervalo entre la menarca y los ciclos ovulatorios dolorosos es de cerca de 24 meses. Empero, los

ciclos ovulatorios pueden comenzar durante el primer año después de la menarca y acompañarse de una fase lútea corta. Los datos de Finlandia demuestran que durante los primeros dos años después de la menarca, entre 55 y 82% de los ciclos son anovulatorios. Aproximadamente tres años después de la menarca el porcentaje de ciclos anovulatorios disminuyó hasta 50% y hasta el quinto año hasta 10 a 20%.

El ciclo menstrual se divide en una fase folicular, una fase ovulatoria y una fase lútea. Al principio de la fase folicular del ciclo menstrual, la GnRH liberada de manera pulsátil a partir del hipotálamo estimula la secreción hipofisaria de FSH y LH. A su vez la granulosa en el folículo ovárico, aumenta el número de receptores para FSH en la célula de la granulosa e induce a estas células para que adquieran una enzima aromatizante que proporciona el paso esencial para la conversión de los precursores androgénicos en estradiol. El estradiol también aumenta el número de células de la granulosa y el número de receptores de FSH, que a su vez amplifica todavía más el efecto de la FSH. Las células de la teca bajo el estímulo de la LH, secretan androstenediona, testosterona y estradiol hacia el torrente sanguíneo y también hacia el folículo como sustrato. Por lo general brota un solo folículo dominante entre el quinto y séptimo día del ciclo. La elevación del estradiol aumenta el número de células glandulares y el estroma en el endometrio del útero. A la mitad de la fase folicular la FSH comienza a descender, en parte por la retroalimentación negativa de los estrógenos. La inhibina secretada por las células de la granulosa, bloquea la síntesis y la liberación de FSH y se incrementa durante la última parte de la fase folicular de manera paralela al aumento del estradiol. Su concentración máxima se alcanza durante la fase lútea y, junto con el estradiol y la progesterona, desempeña un papel importante en la regulación de la FSH durante esta fase del ciclo también. Las activinas, también secretadas en las células de la granulosa, estimulan la secreción de FSH. El folículo dominante posee la irrigación más rica, así como la mayor producción de estrógenos y de aromatasa de la granulosa. El mayor número de receptores de FSH en el folículo dominante le permite seguir respondiendo aunque el aumento de los estrógenos reduzca la FSH.

Durante la fase periovulatoria del ciclo, el folículo dominante es muy evidente, posee más receptores para LH y secreta una concentración cada vez mayor de estradiol. La mayor cantidad de estrógenos ocasiona la proliferación del endometrio

con incremento en el tamaño de las glándulas. Al parecer, el aumento de LH induce un bloque de las vías de los esteroides que inicia la secreción de 17-hidroxiprogesterona y progesterona y la luteinización gradual de las células de la granulosa.

El desarrollo del cuerpo lúteo recibe la influencia de la concentración de LH y de la rotura del folículo. El cuerpo lúteo secreta progesterona y 17-hidroxiprogesterona.

Bajo la influencia de una concentración cada vez mayor de progesterona y estrógenos, el endometrio entra en la fase secretora, que se caracteriza por la ondulación de las glándulas endometriales, una mayor vascularidad del estroma y un mayor contenido de glucógeno en las células epiteliales. La maduración del endometrio se alcanza dentro de los primeros ocho o nueve días después de la ovulación y si no ocurre fertilización, se inicia la regresión. Se puede obtener evidencia de ovulación y de la fase lútea con biopsia endometrial, con las curvas de temperatura basal y la concentración de progesterona en suero (mayor de 10ng/ml).

En ausencia de embarazo y con el aumento concomitante de la gonadotropina coriónica humana placentaria, comienza la luteólisis, y la concentración de estrógenos y progesterona empieza a descender. A diferencia de la hCG, el apoyo luteotrópico de la LH no puede extender la vida del cuerpo lúteo más allá de 14 días. Además, en contraste con la duración variable de la fase folicular, la fase lútea es de 14 días. Por lo tanto la vida media del cuerpo lúteo es definida por un reloj preestablecido que permite la implantación y la retención hasta que interviene la Hcg trofoblástica. Una vez que disminuye la concentración de progesterona y estrógenos, el endometrio sufre cambios necróticos que dan como resultado el sangrado menstrual. El nuevo ciclo comienza al final de la fase lútea cuando la concentración de FSH en plasma empieza a aumentar para iniciar el desarrollo del folículo. (8).

FAMILIA Y ADOLESCENCIA.

Se entiende por familia un grupo humano unido por lazos de consanguinidad o sin ellos, que reunido en lo que se considera su hogar, se intercambia afecto, valores y se otorga mutua protección. Ackerman ofrece una inmejorable definición.

(...) La familia se puede considerar como una especie de unidad de intercambio. Los valores que se intercambian son el amor y los bienes materiales. Estos valores influyen en todas direcciones dentro de la esfera familiar.

Leñero y otros autores definen en forma similar la familia, pero subrayan el reconocer en ella un grupo consanguíneo.

(...) lo familiar tiene una raíz de naturaleza biológica que se transforma motivado por el impulso del subsistema y superación humana. En este sentido, la familia figura como un espacio vital de intimidad donde las personas pretenden conjugar una identidad personal con su expresión emotiva y afectiva. (4).

EL ADOLESCENTE EN LA FAMILIA

La adolescencia como ya se mencionó, es una etapa crítica del desarrollo humano, dominada por la tarea de lograr la maduración psicosocial del individuo. En corto tiempo quien vive la adolescencia tendrá que vivir una experiencia existencial única e intransferible, el madurar emocionalmente al cumplir entre muchas, las siguientes tareas para poder integrarse a la vida social como persona adulta contribuyente en la sociedad.

- 1.- Aceptar el papel psíquico y sexual
- 2.- Establecer un nuevo tipo de relación frente a los padres
- 3.- Adquirir autonomía
- 4.- Descubrir la vocación, desarrollar capacidades intelectuales y conceptos para la competencia social adecuada
- 5.- Adquirir pautas de conducta responsables
- 6.- Preparar la vocación del matrimonio y la dirección de la familia
- 7.- Construir valores propios armónicos con el medio donde vive

Estas labores sólo serán viables si se realizan en una familia funcional. Enumerar los compromisos adquiridos tanto por el núcleo familiar como por quien cursa la adolescencia es fácil, cumplirlos, es difícil. Las posibilidades de realizar estos compromisos serán mayores siempre y cuando quienes forman la familia estén enterados de cuáles son las pautas a que se obligan, tanto padres como hijos, y sepan también, en primer lugar, cuáles son las normas de desarrollo biosicosocial de la adolescencia y, en segundo, qué tan motivadas están ambas partes para que con afecto, responsabilidad, prudencia y tacto se acompañen en el proceso existencial de la maduración. Es decir, cuánta disposición emocional tienen para ofrecerse con buena voluntad, apoyo y entendimiento para recorrer y ser compañeros durante esta nueva etapa, siendo cada uno y permitiendo ser y adquiriendo así un nuevo desarrollo de logros que ofrece la adolescencia. Este proceso tendrán que repetirlo los padres con cada uno de sus hijos, según las características individuales de cada uno de ellos. No obstante, los padres siempre han de permitir la pluralidad, la diversidad dentro del marco de referencia en este acontecimiento básico de la existencia.

La primera dificultad que se presenta a las familias con adolescentes, es el ajuste emocional en el que obligadamente entran los hijos por el proceso de maduración emocional, que los transforma y los separa gradualmente de la familia, como la única fuente de convivencia e intercambio afectivo. La adolescencia como proceso existencial obliga a partir.

Es conveniente recordar que se presenta un síndrome de tormenta emocional en el adolescente. Josselyn lo define así. El joven cuenta con escasos recursos emocionales o inadecuados ante las nuevas y variadas demandas punzantes y lacerantes del Yo. Esta situación convierte al adolescente en una persona confusa, insegura, inestable, causante de grandes, pequeños o variados tipos de problemas por su comportamiento personal y grupal, condición que en diversos grados puede ocasionar verdaderas crisis de relación con saldos negativos para todos los miembros de la misma si no se entienden los porqués ni se saben manejar.

Entre las necesidades del adolescente esta la de desprenderse del mundo infantil, que se cumple con agrado o desagrado. Con buena gana y reconocen el crecimiento. Sin embargo todos pasarán a esta etapa con una mezcla de sentimientos como,

alegría, tristeza, confianza e incertidumbre. Este periodo reclama una nueva óptica para entender los cambios que se dan en los hijos, ocurren como consecuencia de la maduración biológica, emocional, social, cognoscitiva por la que atraviesan. Entender y valorar estos nuevos cambios es una demanda y un requerimiento dirigidos directamente a los padres.

Se abre un espacio en la relación personal y familiar que lograra el proceso de adolescencia ocurra en armonía y en forma gradual con el apoyo familiar. Ayuda a crecer con libertad y responsabilidad.

Las finalidades que señaló Ackerman para el funcionamiento familiar, siguen vigentes en la etapa de la adolescencia. El adolescente ya es capaz de entender claramente y, por lo tanto, si lo desea, comprender el significado de cada uno de ellos y reconocer que el imperativo que contiene es necesario en su formación familiar y para su autoafirmación. Por ello, lejos de que los padres fueren al joven a colaborar estos requerimientos, será aconsejable que por medio del dialogo se los expliquen, los cuales en parte ya han sido desarrollados desde niños dentro del seno familiar. El explicarlos a la adolescente permitirá ponerlos en sintonía con la nueva etapa, darles el sentido que persiguen de ella, y con ello los fines que alcanzan al observarlos como persona y como grupo. La familia que se propone, desea, puede y logra actuar así, rejuvenece y fortalece con la experiencia que brinda acompañar la adolescencia de cada hijo, renueva la fe en si misma, logra tener mayor actividad en cada proceso y ayuda a ampliar o cambiar, según el caso, los nuevos caminos elegidos por los que habrá de andar. Familias así, propician una adolescencia normal y oportuna. Familias que niegan, impiden, sabotean la oportunidad de que la adolescencia de sus hijos se dé o que la permiten para manejarla y controlarla, sólo lograrán, por medio del mecanismo elegido, posponerla, desviarla o convertirla en un proceso patológico.

La familia funcional ha sido y seguirá siendo el mejor agente preventivo de la salud psicosocial del adolescente, y con ésta contribuye en mucho a la salud de la comunidad. La función esencial de los padres será de continuar siendo eso, padres, no amigos ni profesores. La palabra amigo y profesor significa y obliga otras funciones.

Se puede comprender y entender a los hijos, pero no ser su amigo puesto que la distancia que debe existir para realizar la función de padre y madre lo demanda. La función de informar a ayudar a encontrar vocación, promover la instrucción no convierte a los padres en profesores. En obstinados vigilantes del cumplimiento escolar de los hijos o en impositores de conocimientos, teorías y verdades según su sentir y entender.

Alvy ha señalado cinco funciones fundamentales de los padres de adolescentes, semejantes a las propuestas por Ackerman y otros autores.

1. promover recursos básicos para la subsistencia
2. cuidar el hogar
3. proteger a los jóvenes
4. orientar y promover el desarrollo físico y psicosocial de los jóvenes
5. promover y defender socialmente un espacio para el desarrollo de los jóvenes.

Se está seguro de que al menos las cuatro primeras propuestas han sido el quehacer de la mayoría de las familias funcionales en Iberoamérica. La última demanda tal vez sea un logro con conciencia de los fines y bien dirigido a la generación actual que en los países de Iberoamérica se inicia con la paternidad. Cada grupo familiar responsable, seguramente proporciona los recursos básicos a su núcleo de acuerdo con su capacidad económica y la cultura que, de vivir en la familia tiene. Será necesario sugerir y recomendar a los padres que su función no es tan solo proporcionar recursos básicos, sino, como administrarlos y compartirlos, con el fin de que sus hijos tengan clara conciencia del esfuerzo que implica conseguirlos, pues son bienes familiares que vinculan y merecen aprecio, y desde luego obliga al buen uso de ellos por parte de los jóvenes.

Con frecuencia se observa que en las familias de gran poder económico esta provisión esta dada en demasía, con desperdicio, sin valorarse su costo y en ocasiones como una función vicaria que suple al afecto, la devoción y atención familiar, pero jamás compartida. Los padres no tienen horas para estar con sus hijos, estos últimos viven en la casa familiar como un hotel de lujo donde se les brinda todo. Pero dentro de su hogar

y quizá fuera de él son irrespetuosos de todo, destruyen y abundan en el dispendio, viven en un total consumismo y en el esquema de la economía del desperdicio. Este tipo de familias no comparte nada como no sea que le adolescente y adultos viven dentro del mismo techo, pero cada quien su vida y tienen encuentros ocasionales para demandarse unos a otros algo, cosas, recriminarse actitudes. Pero no hay en esos encuentros diálogo, y en este último carece de una propuesta voluntaria que posibilite el cambio.

Diferente es la postura de las familias funcionales donde todos son concientes del esfuerzo de los padres y éstos de los menores para conservar un patrimonio, entendiendo éste como alimento, ropa, diversión, deporte, el cuidado de la salud y los gastos de la educación. Todo este proceso exista o no poder económico es siempre oportunidad de vínculo familiar, y su desarrollo favorece la maduración psicosocial, conduce a la responsabilidad personal, a tener respeto por el trabajo, su valor, el costo de dinero se aprecia y se agradece el esfuerzo de los padres para brindar un medio adecuado de vida y tener el hogar como una plataforma sólida de protección social. El afecto, el respeto surge y se reconoce en estas familias en todas direcciones.

Las familias carentes de poder económico con frecuencia ofrecen dos imágenes distintas. La primera, es la que cumple con creces los cometidos de este inciso en medio de grandes esfuerzos y privaciones, pero cada quién de alguna manera contribuye al patrimonio familiar, y se logra el crecimiento sano de los hijos. Por pobre que sean, estos jóvenes tiene un proyecto de vida, respeto y orgullo de sus padres y su obra, confiadamente se proponen seguir adelante, sabiendo que su futuro es duro, creen en sí mismos y son capaces de confiar en los demás, saben proyectarse y buscar apoyo. La segunda, entre las familias, constituyen quienes son muy desorganizados, en otras hay vicios de conducta de los padres. Nada pueden hacer, pues toda intención externa de cambiarlos hacia esquemas funcionales que les brinden la oportunidad de una experiencia existencial diferente fracasará por falta de carácter, voluntad y disciplina que les ha caracterizado como familia.

El estudio acerca de familia hecho en México se, puede decir que en lo relativo al cuidado del hogar y la atención en la familia en el modelo, es a la madre a quien se le asigna por tradición esta responsabilidad, de no ser por ella la encargada será una hija o un familiar femenino incluido en el hogar quien realice esta función. En clases económicamente pobres carentes de padre puede ser un hijo varón, designado por la

madre, quien sea el responsable, ya que por lo general el padre obliga a una hija o trae una madre sustituta sea ésta su pareja o no.

En cualesquiera de las formas cuando a un hijo (a) se le asigna un papel sustituto de autoridad parental, de no ser una función vigilada y apoyada, se dañará el proceso de desarrollo psicosocial del menor, pues éste cancela muchas funciones de carácter personal y social (deportes, fiestas, escuela) para cumplir su cometido. Además, aprenden prematuramente a actuar, sentir, hablar y ordenar como adulto, sin realmente serlo. Como consecuencia, no es bien recibido entre los pares y en ocasiones es rechazado. Para no sentirse mal entre los pares opta por solo relacionarse con adultos. Más tarde aquellos hermanos o los que atendió, reconocerán sus pretensiones de adulto sobre ellos. Su vida queda pues alterada por este proceder.

La función de protección asignada a los padres durante la adolescencia es correcta y necesaria, pero surge como una de las fuentes de conflicto más frecuentes. Porque en cada familia los padres entienden la palabra proteger según su cultura y la tradición general en la que crecieron y desde luego mediante el significado que le dan según su perspectiva emocional. Para algunos es defender a los hijos, aún jóvenes de los peligros externos que pueden constituir en riesgo existencial, sea que estos vengan de otros pares, adultos, desempeño de empleos o la comunidad social.

Los padres funcionales y con buena relación con los hijos, saben que éstos se encuentran en edad de experimentar con libre albedrío la vida, que se exponen a peligros, pero entienden que esos riesgos son necesarios para crecer, darse un valor personal y adquirir separación de los padres, es decir son riesgos controlados que conducen al paulatino logro de la autonomía. Por otra parte, saben que esos riesgos en los que los jóvenes incurren porque creen saber manejarlos y por lo mismo los padres sensatos no los impiden, pero están atentos al acontecer de las vidas y el desarrollo de sus hijos, pudiendo percibir y configurar la diferencia entre riesgos lógicos y necesarios, de otros que con probabilidad pueden causarles verdaderamente daño. Cuando lo último es viable, intervienen y por lo general lo hacen con claros propósitos, con honradez y oportunidad de advertir y orientar a los hijos, pero jamás cancelando la oportunidad de ensayo de ser en libertad, porque saben de sobra que sólo pueden madurar y convertirse en adultos quienes aprenden a decidir, quienes toman y desarrollan nuevas responsabilidades con las cuales se comprometen y tratan de salir adelante.

Hay grupos de familias donde la palabra proteger, es entendida y puesta en práctica por los adultos como sobreprotección, palabra que paraliza, aísla y cancela toda oportunidad de aprender a vivir por medio de una sana experimentación. Esta última incluye la práctica de ciertos riesgos comunes en todos los jóvenes y el ensayo de ser en diferentes opciones.

Otro tipo de padres opuesto a los anteriores, renuncia a su función de protección a los hijos adolescentes, al considerar que no tienen motivo de intervención alguna sobre ellos, toda vez que estos han asumido una maduración corporal y sexual que los convierte en todo un hombre o mujer, que ya sabe lo que hace. Los hijos de este tipo de padres al necesitar protección acaban por buscarla en adultos ajenos al núcleo familiar sean estos parientes cercanos o extraños, y con esto entran en conductas de riesgo. Otros jóvenes aprovechan la oportunidad que les dan en su casa para desvincularse totalmente de ella y ensayar con su propio criterio y con responsabilidad o irresponsabilidad la vida. Esto último se relaciona con un tipo de sistemas anárquicos de vida familiar donde la paternidad se entiende únicamente como compromiso de procreación.

Los padres no pueden dejar de reconocer que sin protección los actuales jóvenes se enfrenta socialmente a muchos, y diversos y graves peligros, entre éstos, la delincuencia, delitos juveniles con rama de fuego, conducta antisocial, violencia, accidentes automovilísticos, alcoholismo, drogadicción, promiscuidad sexual, EMBARAZO NO DESEADO, abandono de estudios desde edades tempranas, carencia de identidad y aprender a vivir sin compromiso y sin voluntad. La vigilancia recomendada en esta etapa por parte de los padres es la supervisión de la conducta y el conocimiento de los acontecimientos sociales que competen a sus hijos. Vigilar a los hijos no significa perseguirlos ni cortar su libertad, que se les ha concedido por su condición de seres humanos, por medio de las propias reglas de la familia. Los padres deben de interesarse por el desarrollo de los hijos tanto en la vida personal como social. Se logra un diálogo sincero, que lleva a un mejor conocimiento y comprensión del joven.

El interés en la vida de los hijos no avala actitudes de entrometerse o controlar con exageración la vida de los jóvenes. El ejercicio mesurado e inteligente de esta prerrogativa sigue siendo la protección como uno de los mejores medios para garantizar

la vida sana en la familia. Sin embargo actualmente es más difícil pues los padres se ven obligados a trabajar 2 turnos estando más tiempo fuera del hogar, agregándose la lejanía del trabajo así como, los horarios escolares. Hoy un gran número de familias necesitan que la madre y el padre trabajen, para poder subsistir con dignidad y no por que la familia sea extensa. Por esa razón la familia nuclear deja sin apoyo a los menores en la casa, por lo general, abandonados a su suerte. Entre las prerrogativas familiares está una clasificación de gran significación, la orientación y promoción del desarrollo integral del joven, del cual no deben sustraerse los padres. Sin embargo, actualmente lamentablemente, muchos, en todas las capas sociales lo hacen.

La promoción de la salud y el desarrollo físico, emocional, espiritual y social del joven es trascendental, ya que compromete su futuro y, por lo mismo el de su familia, al menos durante el tiempo que permanece en el hogar. En algunos casos aún por separado del núcleo familiar el proceder de éste afecta a su familia. Anteriormente la formación de los hijos era la tarea primordial de los padres. Se consideraba un timbre de orgullo y de estirpe tener un hijo o hija educado, valorado por propios y extraños.

De siempre, esta formación se ha logrado de una manera significativa por el ejemplo de vida de los padres, la educación personal, la orientación, el consejo, el diálogo y las intervenciones correctivas, éstas, como se han mencionado, forman parte del marco de referencia el cual todos están sujetos, obligados y contribuyen a un buen funcionamiento de familia.

Hasta hoy se reconoce el funcionamiento de un marco referencial con límites claros, donde hay afecto, respeto, diálogo, ejemplo de vida y encuentros cálidos entre padres e hijos producen cercanía no tan sólo física, sino emocional y espiritual. Esto facilita la promoción y orientación durante el desarrollo emocional, cognoscitivo y espiritual del joven, sin cancelar su libertad. Los adolescentes se convierten en personas con identidad, comprometidas, dinámicas, capaces de compartir, responsabilidades y éticas dependerá de gran parte del moldeado de la conducta humana brindada por los padres y de lo oportuno de las intervenciones correctivas, que más que escarnio ofrecen una posibilidad de reflexión que permite el crecimiento.

Educar a los hijos solo es posible si en verdad se les conoce, ama y respeta. Es promover en ellos sus capacidades, sus dones y ayudarlos a crecer como persona. Es

brindarles la posibilidad de conocerse a sí mismos, ayudarlos a elaborar desde su interior su proyecto de vida, a construir y alcanzar objetivos. A los hijos les gusta que sus padres valoren y les fomenten una auténtica autoestima y también que sean capaces de señalarles sus errores y claudicaciones, pues no de otra manera y sin ayuda podrán superar sus insuficiencias. Los hijos adolescentes desean escuchar de sus padres las expectativas que de ellos tienen, pero a su vez el diálogo por medio del cual ellos puedan externar las propias y después evaluar qué es viable, en qué términos y tiempo, cual será, como será y por cuanto tiempo el apoyo real para sus proyectos. Hay padres siempre temerosos de las intervenciones ajenas en el proceso modelador de la conducta de sus hijos. Debe concederse a los jóvenes la capacidad de valorar las influencias y relaciones que ellos aceptan. La mayoría cuando percibe y se dan cuenta de que éstas no le convienen, simplemente las abandonan.

Hoy por hoy, muchas familias funcionan estando ambos padres, otras no funcionan a pesar de la presencia de ellos por un lado, y por otro están las familias que funcionan aun con la ausencia de un padre o de ambos, las de divorciados que funcionan o no funcionan, las de divorciados vueltos a casar con responsabilidades en dos familias.

En la comunidad de tipo rural, hasta un 50 a 60% de familias ejidales sólo tienen la presencia de la madre. Ello se debe a la migración del padre con frecuencia al extranjero para trabajar por meses, dejando a la esposa e hijos encargados al abuelo o hermano mayor. Aunque esto pasa la mayoría de adolescente de estas comunidades, mantienen un alto índice de funcionalidad, lo que significa algo positivo para la familia.

En el área urbana, padres e hijos tienen dificultades para llevar a cabo un adecuado manejo de la promoción del desarrollo humano porque con frecuencia los actuales adolescentes demandan permisividad, independencia y credibilidad irrestricta sus padres y éstos no los consideran merecedores de ello. El común denominador de estas conductas problemáticas, el común denominador de ellas radica en los jóvenes se sienten más capaces y con mayor autoridad que sus padres para elegir cómo satisfacer sus necesidades y arreglar sus problemas, arguyen una mayor escolaridad que sus padres. Sin embargo, no atienden la diligencia, bondad y la experiencia que de ellos reciben. La mayoría de los padres así enjuiciados, son personas que o vivieron adolescencia como hoy lo viven la mayoría de los jóvenes, .no les permitieron la etapa diferente de la adolescencia.

La mayoría de estos padres, siempre llenos de trabajo y preocupaciones, para sobrevivir, no tienen otra perspectiva de la etapa que no sea la que ellos vivieron, y de esta manera no pueden entender las propuestas y demandas de sus hijos o hijas como razonables, lo sean o no. Se trata pues de un problema cultural.

En México, uno de los principales problemas más graves en la actualidad en las familias con hijos adolescentes es el que estos se separen de su casa informando a sus padres de ello. Es decir, no se escapan, simplemente comunican su decisión. Llenando de angustia y dolor a la mayoría quien no estaba informada. Otros padres saben los motivos y tiene que aceptarlo guste o no. En estos casos se reconoce que la separación produce fuerte dolor a toda la familia, no se habla de culpable o inocentes, pero se puede emplear el término responsabilidad. De ella, con seguridad, que todos los involucrados tienen una cuota. Cuando una hija o hijo ha tomado la decisión de partir del hogar, es difícil convencerlo de lo contrario. (4).

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Al hablar de embarazo en la adolescencia, se entiende como aquel que se inicia y desarrolla dentro de los dos primeros años de edad ginecológica, y cuando la adolescente mantiene una total dependencia socioeconómica del núcleo familiar. Sin embargo habrá que agregar que muchas de las adolescentes embarazadas, si no es que la mayoría, proviene de zonas conurbadas de extrema pobreza y marginación, quienes se gana su propio sustento desde una tierna edad y viven arrimadas a familiares lejanos. Otras conviven en banda con sus pares. El embarazo en jóvenes campesinas, obedece a la tradición de la comunidad de casarse a una edad temprana y aunque los factores predisponentes para quedar preñada pueden ser, en muchos casos, semejantes a las de las jóvenes urbanas, la comunidad y la familia de la joven campesina aceptan el embarazo en un contexto cultural y social diferente y, habitualmente dentro de ese contexto dan una solución positiva al problema. (3).

En México se reportó en el año de 1989 una proporción de adolescentes entre 15 y 19 años de edad, casi una cuarta parte de la población mexicana. Se consideró como una causa de demanda para la atención médica de adolescentes embarazadas, sin planeación, lo que genera problema de salud pública, con cerca de un millón de embarazos anuales.
(14)

El embarazo en la adolescencia es una de las problemáticas en salud reproductiva, más sentida en la sociedad mundial, 15 millones de adolescentes dan a luz cada año, correspondiendo a una quinta parte de todos los nacimientos del mundo. La gran mayoría viven en países en desarrollo. En América Latina y el Caribe, a pesar del número de nacimientos entre mujeres de todas las edades ha descendido, entre las adolescentes ha aumentado. Las adolescentes del Caribe y América latina son responsables por un millón y medio de nacimientos cada año. En Latinoamérica las adolescentes menores de 15 años tienen 70.000 niños por año. Se considera que las adolescentes no tienen aún una preparación y maduración fisiológica y psicológica para enfrentar la maternidad. (1,11).

En Estados Unidos, en 1993 ocurrieron un poco más de un millón de embarazadas adolescentes, incluyendo nacimientos, óbitos y abortos. Con resultado de 513 647 de madres menores de 20 años de edad. (9).

El adolescente de hoy en día tiene mayores posibilidades de enfrentar el fenómeno de un embarazo, deseado o no, lo cual acarrea todo una serie de problemas, alrededor del 50% de las adolescentes entre 15 y 19 años de edad, tienen una vida sexual activa. Hay autores que planean un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19 años, por otro lado, el 25% con experiencia sexual se embaraza. Además debemos añadir que el 35% de las madres adolescentes son solteras, y que el 50% de las madres solteras son adolescentes. (19).

Cuevas Arana (2005), encontraron que la edad promedio de la adolescente embarazada es de 18-19 años. (14)

Fernández-Paredes F en su estudio 1998 mostró también una incidencia de 17^a 19 años edad. (16).

FACTORES DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

El preludeo más evidente para que una adolescente se embarace es el inicio precoz de la relación sexual. Algunos factores principales de riesgo son, situación socioeconómica baja, orientación deficiente hacia los logros del futuro, dificultades académicas, escasas oportunidades y escuelas deficientes. Así como la influencia de hermanas y compañeras. Las adolescentes con antecedentes familiares de padres jóvenes, también

corren mayor riesgo de embarazo precoz. La falta de “afecto cariño” del padre así como la falta de comunicación hace que la adolescente inicie actividad sexual en busca de emociones. El abuso sexual, o rodeada de drogas, alcohol son factores vinculados para el inicio de actividad sexual precoz. (5).

Dentro de los factores determinantes y predisponentes que ocurren en la embarazada adolescente están los siguientes. Factores determinantes, relaciones sexuales sin medidas anticonceptivas y la violación. Factores predisponentes, rara vez actúan solos, actúan vinculados en forma sincrónica, durante una época o actuar en forma pertinente hasta lograr condiciones en quien los sufre, facilite el involucrarse en la problemática, divididos en, personales, sociales y familiares. Factores de carácter individual, abandono escolar, baja autoestima, falta de confianza en sí mismo, sentimientos de abandono y desesperanza, problemas emocionales, carencia de afecto, incapacidad para planear un proyecto de vida, inicio temprano de las relaciones sexuales, consumo de sustancias tóxicas, necesidad de afirmar identidad y sexo, menarquia temprana.

Gutiérrez –Gómez, refieren que el inicio de relaciones sexuales sin anticoncepción en etapas tempranas induce a embarazo. (15). Cueva-Arana encontró un bajo por ciento en este aspecto. (14)

Factores familiares; familia disfuncional, hacinamiento y promiscuidad, formas de vida familiar, crisis existencial en el núcleo familiar, emocionales, económicas y sociales. Enfermos crónicos en la familia, madre con antecedente de embarazo adolescente, hermana con antecedentes de embarazada adolescente, normas en el comportamiento y actitudes sexuales de los adultos.

Factores sociales, abandono escolar, mal o inadecuado uso del tiempo libre, nuevas formas de vida, cambios sociales que dificulten la incorporación laboral con ingreso temprano a la fuerza laboral, cambios de status en el adolescente, condiciones socioeconómicas desfavorable, marginación social, los efectos de medios de comunicación masiva, en especial la televisión , afectan el modelo de la conducta sexual del adolescente.

Cuevas-arana y cols, encuentran un alto índice de familiares con antecedentes de embarazo en la adolescencia. En aspectos socioeconómicos, en el estudio de Cuevas-

Arana reporta alto porcentaje de padres casados, con escolaridad similar en ambos progenitores. También describe con respecto a la adolescente gestante el predominio por labores del hogar, en el rubro de adolescentes su estado civil predominó el de casadas. Refiere en su estudio alta incidencia para casarse o salirse de su casa el haberse embarazado. La aceptación del embarazo fue bajo en este estudio. (14)

Gutiérrez-Gómez, reporta en su estudio alto índice de mujeres dedicadas al hogar, refiere además un porcentaje alto de adolescentes en unión libre. Refiere alto por ciento de adolescentes que no utilizaron método anticonceptivo. Encontró estado civil de padres casados menor y grado de estudio elemental y medio. (15)

Fernández-Paredes F, encontró en su estudio promedio de edad de la adolescentes embarazada de 17 años. Predominio de la ocupación hogar. La aceptación del embarazo por las adolescentes fue alto. (16)

Ortigosa en su estudio encontró el predominio de adolescentes embarazadas solteras. (17)

Factores sociales, abandono escolar, mal o inadecuado uso del tiempo libre, nuevas formas de vida, cambios sociales que dificulten la incorporación laboral, ingreso temprano de la fuerza laboral, cambios en estatus de la adolescente, condiciones socioeconómicas desfavorable, marginación social, efecto de medios de comunicación masiva, en particular de televisión, en el modelo de la conducta sexual.

La ignorancia en la reproducción, en el cual los jóvenes no aprenden los mecanismos esenciales que tiene que ver con los mecanismos de reproducción. Usualmente solo el perfil anatómico suele ser enseñado. Un estudio realizado por María Álvarez en Chile, permite aseverar que las adolescentes muy poco acerca de la edad en que la mujer y el hombre pueden procrear y saben mucho menos de maternidad y paternidad responsable. El embarazo y la maternidad en la adolescencia suelen llevar al, abandono escolar, estableciéndose el círculo vicioso, fecundidad temprana, falta de educación, pérdida en la capacidad de contribuir con independencia económica y pobreza. (1,11). La ignorancia para planificación por parte de las adolescentes, se debe al no conocimiento de métodos de planificación familiar. El método de planificación familiar en la adolescencia es la abstinencia sexual. Pero si los coitos hacen parte de la vida sexual del

adolescente, diferentes métodos pueden ser utilizados de forma segura e inocua. (1,11). La falta de comunicación, es la pérdida del poder de la familia, como elemento manejador o controlador de los hijos. La mayor y más temprana libertad adolescente para disponer de su tiempo libre, sin compartir con sus progenitores sus vivencias o ansiedades. El distanciamiento intencionado o no, hasta perderse la relación padres hijos, dando a un hijo una falsa capacidad para tomar decisiones, que pueden crear problemas, como la gestación en la adolescencia, la fármaco dependencia o las enfermedades de transmisión sexual.(1)

DOIAGNOSOTICO DE EMBARAZO

Los jóvenes acuden al médico en busca de orientación y apoyo cuando sospechan el embarazo. El 60 y 40% de adolescentes que acuden a su primera visita médica entre el tercer y cuarto mes de embarazo. El impedimento para reconocer el embarazo o negarlo es mayor en el grupo de adolescentes de 12 a 15 años de edad que en el de 16-18 años de edad. Intervienen, la ignorancia, diversos aspectos emocionales con el estado de confusión de la paciente y por otra, con un gran descuido de la familia por el mundo de sus hijos y un gran desinterés hacia la salud de los mismos. En los casos donde los embarazos se detectan en forma temprana no solo se debe a la sinceridad de las jóvenes, sino que provienen de familias donde alguno de los miembros se interesa, dialoga con ellas y les brinda su apoyo.

Algunas de las causas por las cuales no acuden al médico pese a la sospecha de estar embarazadas se encuentran las siguientes, en primer lugar el miedo a ser incomprendidas, rechazadas, ridiculizadas, y la segunda es por que en la mayoría de las pacientes no hay antecedentes que hayan permitido crear vínculos de confianza con el área de la salud, porque posiblemente desde la edad preescolar no asistieron al centro de salud o al médico particular. No hubo educación para la salud.

Como la causa mas frecuente de sospecha de embarazo es la amenorrea secundaria, cualquier adolescente con retraso en su menstruación se debe someter a una prueba de embarazo en orina para buscar gonadotropina coriónica humana (hCG). Si la adolescente se ha retrasado una o dos semanas y se encuentra preocupada por la posibilidad de embarazo deberá consultar al médico, quien contemplaría este

diagnóstico. Si no hay embarazo y lleva vida sexual posiblemente se tenga que ofrecer un método anticonceptivo.

La paciente llega con una sintomatología diferente, cefalea, dolor abdominal, mareo síncope náuseas y frecuencia urinaria, posteriormente al interrogatorio directo refiere la amenorrea. La fecha del embarazo se considera a partir del primer día de la última regla, aunque la ovulación casi siempre ocurre dos semanas después. Se realizara exploración física pélvica, para valorar el tamaño del útero, y así poder analizar con la adolescente las opciones posibles para el embarazo. El saber la altura del fondo uterino nos da la confirmación de edad probable de embarazo, a las 12 semanas esta en la sínfisis del pubis, a las 20 semanas a nivel de la cicatriz umbilical, y al término de 40 semanas puede dar una medida uterina aproximadamente a nivel apófisis xifoides.

En ocasiones la paciente no recuerda la fecha de última regla y habrá de tomar en consideración otros diagnósticos, cuando el útero es pequeño o cuando es grande a las fechas aproximadas. Útero pequeño, podemos pensar en error en la fecha menstruación, error de laboratorio, aborto incompleto o diferido, embarazo ectópico. Útero grande, fecha imprecisa, embarazo gemelar, embarazo molar, leiomiomas, útero grande. Para realizar el diagnostico correcto se realizara ultrasonido y, cuando este indicada cuantificación de gonadotropina coriónica humana. (3,8).

CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LA DOLESCENTE Y SU FAMILIA

El embarazo en la adolescencia causa repercusiones psicosociales trascendentes en la gestante, su familia y pareja. De manera invariable la más afectada será la joven madre. Las repercusiones sociales de los adolescentes afectados son variadas y dependen de diversos factores, como el previo desarrollo psicoafectivo y social de la futura madre. El ambiente familiar en que interactúa y la tradición cultural desde la cual se juzga la gestación en adolescentes. Por otro lado, existen elementos que aminoran o exacerban las consecuencias negativas del embarazo en este grupo de edad, por ejemplo, La actitud personal hacia la vida, la existencia o no de proyecto hacia el futuro al momento del embarazo, las expectativas que tienen del desarrollo de la gestación, para el parto y la vida ulterior. Los diversos factores psicosociales afectan el equilibrio presente y futuro de la conducta de la joven madre o de la pareja no actúa de manera aislada, sino que se

apoyan y retroalimentan uno a otro. Muy rara vez uno de ellos predomina sobre los demás y les resta total importancia.

Las consecuencias psicosociales del embarazo en adolescentes se puede clasificar basada en la secuencia en que se presenta la gestación.

1. Inmediatas; las que surgen en torno a la sospecha y confirmación del diagnóstico de embarazo.
2. Mediatas; todas aquella que parecen en le curso del embarazo.
3. A largo plazo; las que se presentan después del parto y la experiencia neonatal.

Estas consecuencias no ocurren necesariamente en todos los casos. En ellas también influyen el medio cultural y el nivel socioeconómico de las personas comprometidas y la aceptación o no del embarazo.

Consecuencias inmediatas: La pareja o joven que recibe o confirma el diagnóstico de embarazo por lo general tiene un cuadro súbito de pérdida de autoestima, angustia en diferentes grados y pérdida del estatus social. Presentan sentimientos positivos y negativos, emociones de culpa, vergüenza, devaluación y rechazo que lleva a la futura madre, o a la pareja, a la automarginación y el silencio. Ya que el embarazo no es deseado los jóvenes se llenan de miedo, tanto a la familia como a los pares.

Consecuencias mediatas; las repercusiones psicosociales mediatas pueden presentarse incluso si se cuenta con un apoyo familia bien establecido. Afectan fundamentalmente a la madre, aunque en alguna medida también tocan al compañero. Una vez establecido el embarazo, gran parte de lo que suceda dependerá de la conciencia social que tengan del problema y de las normas con que la comunidad no solamente las califique sino que las acepte. Las principales consecuencias mediatas psicosociales se refieren fundamentalmente a la deserción escolar lo cual significa menos capacitación para el trabajo con la consecuencia a largo plazo de falta de oportunidades de remuneración y una mejor realización social.

Consecuencia a largo plazo; se refieren principalmente a la vida de relación con la pareja y la familia, a las dificultades del ingreso o reingreso al campo laboral, la búsqueda del matrimonio estable y un adecuado desempeño social y, finalmente pero no menos importante , la relación y atención del hijo. Padecen depresión crónica, por

perdida del status, de la actividad social con sus pares, alejamiento de amigos, de las posibilidades de triunfo, la experiencia del parto ocasionalmente, soledad y perdida del objeto amoroso y afectivo, que se manifiestan en diferentes trastornos emocionales, como ansiedad, labilidad emocional, sentimientos de incompetencia y minusvalía, además de complejos de culpa y autodevaluación, los cuales conducen a conductas autoagresivas, destructivas y muy ocasionalmente , al suicidio. (5)

La repercusión de la maternidad en la adolescencia significa un cambio en la vida de la relación y, personal. La preocupación de la adolescente en esos cambios está asociada a la colaboración de la familia de origen. La preocupación de los cambios parece estar en función de los contenidos de la esfera afectivo-motivación, de la adolescente antes del embarazo. La orientación a la madre adolescente debe considerar características de la edad, destacando la individualidad de la joven mamá. Estos resultados reafirman, la necesidad de la orientación familiar, que se tiene integrar a padres y madres y adolescentes para potenciar las diferentes esferas de la vida y en particular, en la sexualidad... Ello puede resultar de un proceso largo en el que convoquemos a los agentes socializadores de mayor repercusión en el desarrollo humano, los cuales fertilizarán el terreno y florecerán hombres y mujeres preparadas para disfrutar de una salud sexual y reproductiva plena, capaces de una planificación familiar adecuada y en condiciones de asumir el sublime reto de la maternidad y paternidad responsable. Es un desafío a la educación, "ACEPTEMOS EL RETO". (21).

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

En las adolescentes maternas sin control prenatales tiene siempre mayor morbilidad asociada al embarazo (más ruptura prematura de membranas, más infección, más hipertensión inducida por el embarazo, partos pretérmino, más embarazos prolongados), tenían mayor frecuencia de cesárea o mayor necesidad de fórceps. Estas adolescentes sin control prenatal también tuvieron a la vez mayor riesgo de complicaciones en el puerperio e incluso más riesgo de muerte materna. La tasa de mortalidad materna para América Latina en 1983 fue de 279 x 100.000 nacidos vivos y en países desarrollados de 30 x 100.000 nacidos vivos en el mismo periodo, observándose la magnitud de la mortalidad materna en la adolescencia.(1,3,11)

La hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia o eclampsia) entidad de causa desconocida, es una complicación frecuente. Se refiere encontrarse en 32% de menores de 16 años de edad. La falta de control prenatal es factor determinante para el establecimiento de toxemia en las jóvenes de menor edad. Duarte y Contreras afirma que el stress emocional, la falta de desarrollo endocrinológico y un desarrollo biológico deficiente para establecer la adaptación a la gestación, pueden participar en el aumento en la frecuencia de hipertensión inducida por el embarazo. No se puede olvidar que la preeclampsia eclampsia puede causar daño renal y una subsecuente hipertensión arterial crónica, queará efectos deletéreos sobre los embarazos posteriores. Diferentes autores refieren que la hipertensión inducida por el embarazo es cinco veces más frecuente en menores de 16 años que en las de mayor edad. (1, 3,11)

Monterrosa y Bello, encontraron que los hijos de madres adolescentes en edad temprana, tuvieron menor peso al nacer que hijos de madres adultas. Entre las causales de bajo peso al nacer se encuentran el parto pretérmino, toxemia, anemia, desnutrición, falta de control prenatal, y sobre todo stress emocional que impide la inadecuada alimentación, el sosiego y el descanso oportuno. (1, 3,11)

Las consideraciones conforme al parto pretérmino son controversiales. Las jóvenes de 13 a 18 años de edad. Se observa que las adolescentes de esta edad cursan con mayor parto pretérmino, que las mayores de 20 años de edad. Se le acepta al stress como factor desencadenante de trabajo de parto pretérmino. A adolescente puede estar agobiada por incertidumbre, o con temores sobre su integridad al momento del parto. La inmadurez biológica y una deficiente adaptación uterina, como factores responsables, han sido consideradas por algunos autores. (1,21).

Se ha publicado que entre adolescentes existe un mayor riesgo de aborto espontáneo, desnutrición, anemia, desproporción céfalo pélvica, trabajo de parto prolongado, dinámica uterina alterada. Algunos otros autores refieren estos criterios que solo en menores de 15 años existen riesgos significativos comparados con adultas. NO existen diferencias entre las adolescentes y adultas con respecto a la oportunidad de parto vaginal. No se aumentan las tasas de cesárea entre adolescentes por estrechez pélvica. La pelvis femenina crece rápidamente con la pubertad y puede ser adecuada para el paso del feto de término poco después de la menarquia. Estudios recientes señalan que al proporcionarse amplia atención obstétrica con adecuado control prenatal, educación

perinatal y apoyo psicológico apropiado, se disminuyen los riesgos biológicos y económicos, tanto para las pacientes como para las instituciones. (1,11).

PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Los programas para reducir el número de embarazos entre adolescentes, no hay consenso para que una joven se embarace. Algunos autores opinan que el único mensaje que se debe impartir en las jóvenes es la abstinencia sexual. Así como algunos otros implican la instrucción acerca de la conducta sexual responsable al tiempo que se le permite el acceso a la anticoncepción. El problema importante es el financiamiento de los programas para la prevención de embarazos, y contar con el apoyo de la comunidad para que tengan éxito los programas. Se requieren diversos tipos de programas por los diferentes grupos étnicos, raciales y socioeconómicos. Uno de los programas es llevarlo a las escuelas, públicas y privadas, donde se aborde la sexualidad humana, informando para tomar decisiones, manera de cómo posponer el coito entre adolescentes y sobre todo planificación familiar. Se ha demostrado que este tipo de programas ha logrado posponer las relaciones sexuales entre los adolescentes que todavía no las han tenido.

La prevención de embarazos imprevistos en la adolescente constituye un reto importante para médicos, educadores, creadores de política y la sociedad en general. Se necesitan programas que mejoren las oportunidades educativas y para la vida en general de estos jóvenes, que les ayude a posponer su actividad sexual y a emplear un método anticonceptivo eficaz cuando la inician. Los médicos desempeñan un papel vital en el asesoramiento de las mujeres jóvenes que se embarazan durante los años escolares. (9).

Los programas y proyectos diseñados en las áreas de promoción, prevención y atención de la salud sexual y reproductiva dirigidos a personas adolescentes, deben de ser visualizados desde sus perspectivas, considerando los espacios donde cotidianamente se encuentran y desarrollan las personas adolescentes. En consecuencia, el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva se potencializa y mejora. Para llevar a cabo un abordaje integral de la prevención del embarazo en la adolescencia como una condición no solamente biológica sino, también las características sociales, de contexto y

psicológicas de quienes viven esta situación, desde donde quiera que se ubiquen, ya sea como adolescente embarazada, como embarazador como familia y sociedad. Las estrategias de prevención deben considerar que la situación de pobreza aumenta considerablemente el riesgo de un embarazo en la adolescencia, debido a sus complejas derivaciones en lo psicológico, socio afectiva y económico. Los adolescentes pobres se ven expuestos a mayores factores desencadenantes de un embarazo en este periodo como, estar fuera de sistema educativo, iniciar actividad sexual tempranamente así como tener antecedentes en la familia nuclear de madres adolescentes solteras. Las estrategias de prevención deben de contar con el apoyo de las familias y personas adultas que tengan vínculo con los adolescentes. Es importante la participación de los padres, ya que en los programas de educación sexual, éstos pueden actuar en forma negativa e inclusive agresiva. El miedo de los padres es que piensen que se les oriente con estas a tener relaciones sexuales. Pero explicándoles que se ha demostrado que los programas de educación sexual son más eficaces para modificar los comportamientos, cuando los mensajes llegan a las personas adolescentes antes de que tengan una vida sexual activa. Se deberá dar seguimiento en el aula al docente y los estudiantes para determinar el impacto del proceso educativo, que constituiría un valioso aporte. Es necesario gestionar proyectos de apoyo, para que en los servicios de salud, se fortalezca el área de investigación. (18).

Cuevas-Arana, refiere presentar en su estudio un por ciento bajo de prevención de adolescentes embarazadas de no utilizar anticoncepción. La mayor parte de embarazadas decidió el embarazo para casarse. (14)

Gutiérrez- Gomes, reportan edad temprana y sin protección de las relaciones sexuales para el embarazo. (15)

ANTICONCEPCIÓN

La reflexión inicial sobre métodos anticonceptivos debe comenzar con la aceptación de una realidad. Los adolescentes mantienen relaciones sexuales. Es un tema cotidiano en los medios de comunicación y lo sufren día a día las familias, pero de eso no se habla en los círculos oficiales de tomas de decisión de muchos países, en especial latinoamericanos.

La evolución en la frecuencia de actividad sexual de la adolescente de 1973 se observó que en 10 años la adolescente duplicó su frecuencia de relaciones sexuales y la edad de inicio descendió dos años. Las cifras actuales son similares.

Aspectos Psicológicos: Un 40% de las adolescentes de manera global mantienen una vida sexual activa, pero la mayoría lo hacen con protección discontinua o sin ella 60%. Es impresionante, pero la información escasa y a veces errónea sobre mecanismos que regulan la fertilidad y la manera de controlarlos constituyen un motivo fundamental para dejar de adoptar un método anticonceptivo seguro. Los adultos muchas veces niegan esta información porque creen que los adolescentes no tienen edad suficiente para recibir instrucción sexual o que así se les induce a iniciar relaciones sexuales. Esto determina la desconfianza de los jóvenes y los lleva a buscar ayuda en lugares inadecuados.

Esta falta de información objetiva sobre el tema origina la aparición de mitos sexuales, los cuales se escuchan de manera constante en el consultorio, a esta edad no hay riesgos de embarazo, pocas relaciones sexuales y discontinuas no son peligrosas, los métodos anticonceptivos pueden ser perjudiciales para la salud, si no hay penetración no hay embarazo, entre otros. La solución de esta problemática no es simple, la psicología de la jóvenes. Aún después de recibir información clara por profesionales especializados, ya sea de grupo o de manera individual, pocas de ellas adoptan un método anticonceptivo (35%). (6).

Los métodos de planificación familiar o anticonceptivos.

Estos deben de tener características ideales como.

1. Inocuidad: Ausencia de efectos deletéreos sobre la salud.
2. Eficacia: Posibilidad de impedir efectivamente un embarazo.
3. Reversibilidad: Posibilidad de recuperar la fertilidad cuando se descontinúa su uso
4. Tolerancia: Ausencia de efectos adversos
5. Aceptabilidad: Relacionada con la simplicidad y comodidad de su uso, así como la motivación de los usuarios para evitar un embarazo
6. Accesibilidad: Costo y facilidad para su obtención.

CLASIFICACIÓN

Métodos naturales; estos rebasan en los momentos más fértiles del ciclo menstrual para evitar las relaciones sexuales en esos días. Son de mediana eficacia.

Ritmo periódico: se calcula el inicio del periodo fértil restando 18 días a sus 12 ciclos anteriores más cortos. El final del ciclo se obtiene sustrayendo 11 días al ciclo más largo.

Térmico: requiere medir la temperatura basal desde el primer día del ciclo. Las personas se abstienen de relaciones sexuales desde ese momento hasta el tercer día siguiente al aumento térmico.

Billings (ciclo moco cervical); se basa en el conocimiento e interpretación de los cambios clínicos del moco cervical debido a las variaciones estrogénicas. El tiempo de entrenamiento es de 1 a 3 meses.

Retiro voluntario (coitus interruptus); consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación.

Métodos de Barrera; Dentro de estos están los químicos, preservativo, diafragma vaginal y esponja vaginal.

Métodos hormonales; se basan en la administración de esteroides ováricos sintéticos, en combinación con progestágenos o de progestágenos solos, por vía oral, inyectables o intracorporal. Estos inhiben la ovulación por supresión del pico de hormona luteinizante, alteración de la motilidad del epitelio tubárico y disociación del endometrio, generando un moco hostil, lo que en conjunto disminuye la capacitación espermática.

Combinados orales, se clasifican en: Monofásicos y trifásicos.

Monofásicos; todos los comprimidos tienen una dosis igual de una combinación de diferentes estrógenos y progestágenos. Etinilestradiol, levonorgestrel, desogestrel, gestodeno, norgestimato.

Trifásicos; cada comprimido combina una dosis fija de estrógenos con dosis crecientes de diferentes progestágenos según las marcas, lo cual aproxima más su acción a la de un ciclo natural. Etinilestradiol más levonorgestrel, mestranol más levonorgestrel, etinilestradiol más gestodemo.

Combinados parenterales; se administra una inyección mensual, la primera en el quinto día del ciclo y luego una cada 30 días. Valerianato de estradiol más acetato de noretisterona, enantato de estadiol más acetofenido de hidroxiprogesterona. Pueden presentar trastornos del ciclo en 10% de los casos y a veces amenorreas prolongadas.

Progestacionales; orales y paraenterales inyectables.

Orales; minipildora, dosis baja de progestágenos sin efecto anovulatorio, que actúa generando moco hostil que dificulta la migración espermática y modificando la secreción de los epitelios tubárico y endometrial. Están indicados en periodo de lactancia diariamente. Lonestrol, Norgestrel.

Parenterales inyectables; acetato de medroxiprogesterona dosis trimestral, presenta trastornos ciclo menstrual.

Intracorporales; estos métodos son dispositivos de membrana semipermeables que liberan gestágenos en forma prolongada cuando se los ha implantado en la subdermis, con una duración de cuatro años. Son eficaces pero alteran trastornos del ciclo.

Anticoncepción poscoitiva; frente a un coito sin protección en periodo periovulatorio se puede inducir una menstruación indicando, dentro de las primeras 72 horas del coito, una combinación de estrógenos con progesterona.

La prevención del embarazo en la adolescente no es tarea sencilla, ni se puede llevar a cabo como una tarea general y rutinaria, ya que se necesita auténtica motivación de quienes van a prestar el servicio. La tarea del equipo de salud el compromiso social en la generación de actitudes y conductas sexuales responsables es en parte, una de las acciones que tienen que realizar la persona que trabaja en salud reproductiva, pues no es fácil de convencer a los adolescentes de usar método ideal.

El éxito de esta misión radica en saber concientizar acerca de la metodología y sus frutos, pero igualmente en respetar los valores de los adolescentes y apoyar su libertad siempre que se acompañe con responsabilidad. (7, 9).

FUNCIÓN DEL MÉDICO FAMILIAR Y SU INTERVENCIÓN EN EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

La función del médico es la de orientar a la adolescente esté o no embarazada, indicándole una atención prenatal adecuada, con orientación y apoyo con el fin de que la gestante, su familia y su compañero se integren en una responsabilidad para poner acciones de conducta de contención y protección que beneficien a todos. Así mismo se muestra que los responsables de la salud debe dirigirse a favorecer un diálogo, entre los afectados, del cual surjan las acciones a seguir si son convenientes, entonces es necesario apoyarlos y motivarlos para que rescaten lo positivo de su propia existencia, así parezca escasa, y la utilicen como fuerza moral y emocional. Esta fuerza bien usada producirá contención que neutralice los factores psicosociales, negativos que rodean el suceso y que afecta más al adolescente que carece de apoyo.

Además la tarea del médico se ha tornado todavía más desafiante por los avances políticos, legales, sociales y médicos. Están surgiendo nuevas medidas para las escuelas y las clínicas, y han comenzado evaluaciones más rigurosas. Es muy importante que el médico trascienda más allá de la retórica y comprenda la causa del índice tan alto de embarazos en niñas escolares en el mundo. Los factores vinculados al embarazo de las adolescentes, incluidos grupos minoritarios, situación socioeconómica baja, oportunidades educativas limitadas, hogar con un solo padre y relaciones familiares deficientes, se encuentran entrelazados de manera intrincada. Hay que tener en mente la presencia de muchos factores mezclados al revisar la literatura sobre las causas y los resultados del embarazo en la adolescente.

Por último, se concluye que la atención interdisciplinaria del embarazo en la adolescencia es la única forma de lograr que este suceso triste que altera el desarrollo humano de los afectados, se convierta en oportunidad de reflexión que lleve al encuentro del proceso de desarrollo adolescente en forma adecuada y digna. (3,9).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema de las adolescentes embarazadas se empezó a estudiar hace aproximadamente 30 años, con el objeto de encontrar las diferentes implicaciones biológicas, emocionales y sociales que convergen en el embarazo.

Afecta a toda la población en general desde la clase baja, pasando por la media, media superior y la clase alta de la sociedad. Así como también a la clase campesina.

Sáez (1992), refiere que anualmente ocurren en el mundo 15 millones de partos en adolescentes, de los cuales 80% pertenecen a países en vías de desarrollo

Las consecuencias que abarca el embarazo van desde aspectos físicos, maternos y psicosociales, interfiriendo en la madurez, desarrollo, aceptación tanto de la madre como el hijo por parte de la familia y la sociedad.

En Estados Unidos de Norteamérica, se presentan medio millón de embarazos en las adolescentes. En Canadá se embarazan aproximadamente 4 000 adolescentes. (3)

En México se reportaron adolescentes embarazadas entre 15 y 19 años de edad, que generaron medio millón de consultas anuales, significando un problema de salud pública (3).

Actualmente México cuenta con adolescentes con edades de 12 a 19 años un total de 8 247 594. (20)

Por todo lo anterior hacemos esta pregunta.

¿Qué características familiares y personales en sus diferentes estructuras, están presentes en la adolescente embarazada en la Unidad de Medicina Familiar de la ciudad de Piedras Negras, Coahuila?

JUSTIFICACIÓN

En el estado de Coahuila de Zaragoza existen un total de 846 887 mujeres, con una población de mujeres adolescentes entre 12 y 19 años de 179 913. Piedras Negras, tiene un total de 14 078 adolescentes de acuerdo a edades de 10 a 14 años un total de 7 507, de 15 años 1 432, de 16 años 1 309, de 17 años 1 374, de 18 años 1 327 y de 19 años 1 129. (INEGI).

En la Unidad de Medicina Familiar se cuenta con un total de 2 531 adolescentes ente las edades de 10 a 19 años. En el lapso de estudio comprendido del 1 abril al 31 de julio 2006 en la unidad se diagnosticaron 70 embarazadas adolescentes. (Arimac, IMMS)

Con relación al sector salud, en el Hospital General de Piedras Negras, de la Secretaria de Salud atendieron en año 2006 a 335 embarazadas adolescentes. (SIS)

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar que cuenta con, un número de pacientes femeninas adolescentes derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social con un total de 2,531. Se cuenta con salas de espera en planta baja y primer piso de la unidad. Así como 18 consultorios del turno matutino y vespertino, personal médico, asistentes médicas y trabajadoras sociales.

El estudio sirve para conocer el índice de adolescentes embarazadas en este puerto fronterizo y, como puede afectar a la familia de origen, así como a la propia adolescente en su aspecto psicosocial, escolar y laboral.

Estos resultados obtenidos nos servirán tanto, al médico de primer nivel de atención, especialistas y a las Unidades del Sector Salud, para poder influir con orientación, apoyo y control de métodos anticonceptivos, prevenir las complicaciones del embarazo en la adolescente así, como disminuir la tasa de morbi-mortalidad materno-fetal que ocurre en estas pacientes con embarazo en la adolescencia. Influyendo en menor costo tiempo hospitalario de recuperación.

6.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores familiares y personales así, como la comunicación, de la adolescente embarazada primigesta derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar No 79 de el Instituto Mexicano del Seguro Social, de Piedras Negras, Coahuila.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Identificar el tipo de subsistema conyugal de los padres, que predomina en las familias de adolescentes embarazadas primigestas.
- 2.- Establecer la comunicación existente, paterno filial de la adolescente embarazada.
- 3.- Identificar la tipología familiar de la adolescente embarazada primigesta en aspectos socioeconómico, demográfico y ocupacional.
- 4.- Conocer las características personales de la adolescente embarazada primigesta de acuerdo a edad, escolaridad, estado civil y ocupación.
- 5.- Conocer los aspectos personales de la adolescente embarazada primigesta, en relación a, motivo de embarazo, actitud ante el saberse embarazada y probables adicciones que presente.

7.- METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Observacional, descriptivo, retrospectivo, trasversal y encuesta.

POBLACIÓN, LUGAR Y FECHA DEL ESTUDIO

Población femenina adolescente embarazada primigesta entre 14 y 19 años de edad, derechohabientes adscritas en el turno matutino y vespertino de la unidad de Medicina Familiar No 79 de el Instituto Mexicano del Seguro Social de Piedras Negras, Coahuila. Con un lapso de tiempo comprendido entre 1° de abril al 31 julio del 2006.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

En la Unidad de Medicina Familiar No 79 de Piedras Negras, Coahuila, existe una población de adolescentes femeninas de 2 531 entre las edades de 14 a 19 años. De estas en el periodo comprendido del 1 de abril al 31 julio 2006 se diagnosticaron en la unidad un total de 70 embarazos de adolescentes primigestas, de las cuales se encuestaron a un total de 40 adolescentes dando un 57%.(ARIMAC, IMSS)

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.- Derechohabientes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 79 de Piedras Negras, Coahuila.
- 2.- Edad de 14 - 19 años.
- 3.- Primigestas.
- 4.- Aseguradas o beneficiarias.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1.- No derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social.

2.- Edad menor de 14 años o mayor de 19 años.

3.- Secundigestas o multigestas.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1.- Adolescentes embarazadas que cambiaron de adscripción.

2.- Adolescentes embarazadas que causaron baja del Instituto Mexicano del Seguro Social.

VARIABLES A RECOLECTAR

1.- Embarazo en la adolescencia; es aquel que se presenta dentro de los dos primeros años de edad ginecológica y cuando el adolescente mantiene total dependencia económica del núcleo familiar.

2.- Familia Consenso canadiense: Una familia está compuesta por un marido y una esposa, con o sin hijo, o un padre o madre con uno o más niños, que viven bajo el mismo techo.

- Consenso norteamericano: Una familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos de matrimonio o adopción.

- Concepto de la Organización de las Naciones Unidas, familia se entiende a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio.

Desde el punto de vista social se ha clasificado en:

A.- En base a su desarrollo; moderna, tradicional y arcaica.

B.- En base a su Demografía; urbana y rural.

C.- En base a su integración; integrada, semi-integrada y desintegrada.

D.- Tipología familiar; campesina, obrera y profesional.

3.- Funciones familiares esenciales; aquí encontramos socialización, cuidado, afecto, reproducción, estatus y nivel socioeconómico.

4.- Familia desde enfoque de sistemas, se divide en subsistemas conyugal, paternal y filial.

5.- Ocupación; conjunto de funciones, obligaciones y tareas que realiza un individuo.

6.- Comunicación; medio por el cual dos o más personas pueden intercambiar frases a través de un proceso en el cual hay un emisor y un receptor.

7.- Adicción; enfermedad primaria, crónica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen su desarrollo. Tabaquismo, alcoholismo y drogadicción. (20).

8.- Anticoncepción; método para planificación familiar.

9.- Escolaridad; grado de formación académica de cada individuo.

PROCEDIMIENTOS PARA RECABAR LA INFORMACIÓN

El estudio fue realizado por el autor del protocolo, autorizado por el Comité Local de Investigación No 0508. Con delimitación del tema a estudiar del 20 de abril al 15 de junio 2005. Recuperación, revisión y selección de bibliografía del 16 de junio al 30 septiembre del 2005. Elaboración del protocolo del 1 de octubre al 15 noviembre 2005. En la planeación operativa efectuada del 1 de abril al 31 julio 2006, con el apoyo de 8 médicos colaboradores , 8 asistentes médicas así, como 2 trabajadoras sociales, de ambos turnos del la Unidad de Medicina Familiar No 79 de Piedras Negras, Coahuila. Mediante encuesta previamente comentada con personal medico del Comité Local de investigación, así como colaboradores médicos de la residencia semipresencial de segundo año.

La encuesta se elaboró con la recolección de preguntas realizadas en artículos ya publicados, sobre embarazo y adolescencia, basándose en las variables a recolectar.

La entrevista se realizó por los médicos participantes en el estudio, asistentes médicas y trabajadoras sociales. El lugar donde se realizó la encuesta fue en los consultorios médicos y sala de espera de la U.M.F . No 79 del I.M.S.S.

La recolección de la información y el análisis de los resultados fue realizado por el investigador y comentados con el asesor de tesis en el periodo comprendido 1 de agosto al 31 de agosto 2006.

La tesis se terminó en diciembre del 2006.

Los recursos materiales que se necesitaron fueron; material impreso y material de oficina

El presente estudio de investigación, fue autofinanciado por el investigador.

ANALISIS ESTADISTICO

Para la realización del análisis se aplicó estadística descriptiva, se realizó medición de número y porcentajes de cada una de las variables.

Los datos se capturaron y analizaron por medio del paquete estadístico Excel de Microsoft y los resultados se llevaron a tablas, con probabilidades estadísticas para su demostración.

CONSIDERACIONES ETICAS

De acuerdo a la norma ética en la Declaración de Helsinki así como, la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial y la carta de consentimiento informado del Instituto Mexicano del Seguro Social, este estudio fue aprobado por el Comité Local de Investigación No 0508 considerando lo siguiente;

- a) Investigación sin riesgo
- b) Garantizar y dar respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos y beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.

Así mismo se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, obtenida de la encuesta... Ya que el deber médico es promover y velar por la salud del paciente, sin afectar órgano alguno así como no afectar la salud física y mental del paciente. En este estudio se le informo y oriento al paciente adolescente y a su tutor del propósito de la investigación. Dado que el estudio se baso en adolescentes menores de edad se les proporciono un formato para su aceptación el cual menciona; lugar y fecha del estudio, tipo de participación, objetivo del estudio, así como explicación en que consiste dicho estudio, y la información de riesgos y molestias que pudo haber causado el estudio. Posteriormente de la firma de consentimiento por parte del cónyuge o tutor, y con la colaboración de testigos, se realizo la encuesta.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a 40 embarazadas adolescentes primigestas con respecto a las características familiares y personales así como la comunicación paternal fueron los siguientes.

Características familiares de la adolescente embarazada.

El estado civil que presentan los padres de la adolescente embarazada, 69% casados corresponde a 28 padres; 15% que corresponde a 6 padres divorciados; 13% que corresponde a 5 padres en unión libre; y 1% corresponde a otros. (Anexo 1)

Con relación a su demografía, 80% corresponde a 32 familias DE zona urbana; 20% corresponde a 8 familias de zona suburbana y, no se presentó ninguna con familia rural. (Anexo 2)

Medio socioeconómico, 55% corresponde a 22 familias son de clase media; 18% corresponde a 18 familias de clase proletaria ó baja; no hubo familias de medio socioeconómico alto. (Anexo 3)

Ocupación de la madre, un 71% dedicada al hogar corresponde a 28 madres; un 23% obreras correspondiente a 9 madres; 3% profesionista que corresponde a 1 madre y, 3% corresponde a otra causa 1 madre. (Anexo 4)

Ocupación del padre, 79 % obreros correspondiente a 32 padres; 18% otras actividades que corresponde a 7 padres; 3% es profesionista corresponde a 1 padre. (Anexo 4)

Relación con sus padres en comunicación; 29 si tenían comunicación; 10 pacientes tenían comunicación distante; 6 pacientes embarazadas eran reprimidas por el embarazo; 32 pacientes embarazadas refirieron afecto por parte de los padres. (Anexo 5)

Con relación de antecedentes de embarazo en sus familiares cercanos; 20 tuvieron antecedente de madre con embarazo en la adolescencia 40%; 6 tuvieron antecedente de hermanas con embarazo en la adolescencia 12%; 6 tuvieron antecedente de abuela con embarazo en la adolescencia 12%; 8 tuvieron antecedente de tías con embarazo en la adolescencia 16%; y 10 no tuvieron antecedente alguno de familiares con embarazo en la adolescencia. (Anexo 6)

Características personales de la adolescente embarazada.

Edad en años; 18 - 19 años, 19 adolescentes correspondiente al 47.5%.

16 -17 años, 13 adolescentes correspondiente al 32.5%.

14-15 años, 8 adolescentes correspondiente al 20%. (Anexo 7)

De acuerdo a grado de escolaridad; 27 cursan secundaria que corresponde al 67%; 8 cursan bachillerato corresponde al 20%; 5 con grado de escolaridad primaria corresponde al 13%. (Anexo 8)

Ocupación de la adolescente embarazada; 24 se dedican al hogar correspondiente a un 67%; 10 trabajan correspondiente a un 20%; 6 estudian que corresponde a 13%. (Anexo 9)

Estado civil de la adolescente embarazada; casadas 26 adolescentes que corresponde al 65%; unión libre 8 adolescentes que corresponde a 20%; solteras 6 adolescentes que corresponde a 15%. (Anexo 10)

Motivo para embarazo; 29 adolescentes no utilizaron anticoncepción 72.5%; 9 adolescentes se embarazaron para casarse 22.5%; 2 adolescentes se embarazaron para salirse de su casa 5%. (Anexo 11)

Actitud que tomó ante el embarazo la paciente embarazada: 40 aceptaron el embarazo corresponde el 100%. (Anexo 12)

Adicciones; ninguna paciente presentó alguna adicción. (Anexo 13)

DISCUSIÓN

El embarazo en la adolescencia, es un problema de salud en los países en vías de desarrollo, ya que puede presentar mayores complicaciones materno-fetales, así como problemas en el aspecto social y familiar de estas adolescentes.

Nuestro estudio se basó en saber que características en la familia de la embarazada están mayormente presentes en ellas, en la Ciudad de Piedras Negras, Coahuila.

Dentro de las características familiares de la adolescente embarazada:

Encontramos un porcentaje alto en padres casados, el cual coincide con otros estudios (14,19)

En el aspecto demográfico nuestro porcentaje fue alto para la zona urbana, con una incidencia similar a lo que dice la literatura en adolescentes embarazadas. (3,9)

Medio económico, nuestro estudio captó estabilidad entre la clase media y proletaria en proporción a otros estudios donde mostraron mayor presencia de medio socioeconómico bajo (16)

En el rubro de ocupación de ambos padres, obtuvimos que el padre es obrero en un alto porcentaje y profesionistas en bajo porcentaje. Mientras que la madre se dedica más al hogar y un 23% es obrera. No encontramos estudio en el que se investigara este aspecto de las familias.

En comunicación se observó la presencia de una buena comunicación paterno filial, en 29 de las 40 adolescentes encuestadas, de estas hubo solamente 6 adolescentes reprimidas por su embarazo. Se mostró afecto por parte de los padres hacia la embarazada en alto porcentaje (80). SE observa que mientras haya comunicación, habrá orientación por parte de los padres con menor riesgo de embarazo como lo dice la literatura. (5,21).

El resultado que obtuvimos con respecto a antecedentes de embarazo en algún familiar, son idénticos al estudio de Cueva-Arana con más del 50%. con predominio de la madre con un 40%.(14).

CARACTERISTICAS PERSONALES DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

Encontramos gran similitud con respecto a otros estudio en la edad promedio de 16-19 años de edad, como lo refieren algunos otros estudios, con promedio de edad de 17 años. (14, 15, 16,19).

La escolaridad observada en nuestro estudio mostró que el 100%, sabe leer y escribir, con alto índice de medio elemental y bachillerato, el cual coincide con otros autores donde manejan una escolaridad promedio mayor a 6 años. (14, 15,9).

Encontramos que la ocupación de la adolescente embarazada, la mayor parte se dedica al hogar, lo cual coincide con otros estudios. (14, 15,19).

Más de la mitad de las pacientes encuestadas son casadas, lo cual coincide con algunos estudios (14,19), y otros observaron predominio de solteras (17) y otro estudio con predominio de unión libre (15).

El motivo que se observo en el estudio para que la adolescente se embarazara fue, el no utilizar anticonceptivos, lo cual nos puede indicar la falta de comunicación para el control anticonceptivo. (19) En el estudio de Cueva Arana, se que se embarazaron para casarse o salirse de su casa. (14). Lo que no coincide con nuestro estudio.

La aceptación que tuvo la adolescente embarazada para la aceptación del embarazo fue del 100%, con respecto a otros autores coincidimos. (16). Mientras que otros tienen el dato de menor aceptación hacia el embarazo. (14)

En el rubro de adicciones nuestro estudio no tuvo pacientes adictas. Contrario a otros estudios donde predomino el tabaquismo. (14).

Nuestros resultados en su mayoría coinciden con algunos otros autores, únicamente lo que muestra en nuestro estudio que si hay comunicación familiar, lo cual es importante para la orientación y prevención de la adolescente.

CONCLUSIONES

El objetivo del estudio realizado, nos muestra que la adolescente embarazada, esta desprotegida al ambiente social, si no hay comunicación entre la familia lo que puede resultar en que la adolescente busque nuevas vivencias, que la puedan afectar y en determinado momento embarazarse, lo que posteriormente, tendrá repercusiones tanto familiares como sociales y económicas. Además de truncar sus posibles proyectos futuros.

En la mayoría de las pacientes embarazadas encuestadas, encontramos un alto índice de padres casados, y que la relación parental es buena . Lo que hace que no haya un aumento de embarazos en adolescentes.

Así encontramos que la mayoría de pacientes adolescentes embarazadas viven en la zona urbana, que cuenta con módulos de planificación familiar en diferentes colonias por parte del sector salud, lo cual puede estar incidiendo en que no aumente el número de adolescentes embarazadas en nuestra población.

También observamos, que en la mayoría de las familias únicamente el sostén económico es por parte del padre, lo que en determinado momento puede ocasionar que la adolescente busque apoyar al hogar en el aspecto económico, con las consecuencias que lleva el salir de casa, la falta de comunicación con los padres pudiendo ocasionar, adicciones, truncar estudios escolares y embarazarse en esta etapa.

También en el presente estudio hubo una aceptación del embarazo por la paciente, la cual tiene bien definida su responsabilidad para el cuidado posterior del infante que nacerà, disminuyendo los problemas conyugales y familiares.

Como médico de primer nivel de atención, se ha observado poca consulta de adolescentes. Por lo que, en la medida que los padres no acuden a que se les de orientación por parte del médico de primer nivel de atención o por parte de los módulos de planificación familiar, puede aumentar la prevalencia de embarazos en adolescentes en nuestra comunidad-

Nosotros médicos de primer nivel de atención, incidimos con orientar a los padres en el momento de la consulta, y hacerles las observaciones pertinentes para que acudan con sus hijos, para recibir orientación sobre la problemática que la adolescencia implica.

Ya que un embarazo en esta etapa temprana de la vida, las consecuencias se observaran a nivel familiar, económico y social.

Así también, truncaría los proyectos realizados, no solo de la adolescente, si no también las oportunidades de desarrollo familiar trayendo como consecuencia alteración en el ámbito familiar.

Mientras los embarazos no sean planeados, se presentaran complicaciones en este, desde la no aceptación del hijo, hasta tener algunas complicaciones durante el embarazo.

Por lo que debemos tener una participación activa en el proceso de educación, no solamente a la paciente femenina adolescente, sin no en su ambiente familiar y social que la rodea.

Este debe tener un enfoque multidisciplinario e integral por parte del equipo de salud en todos los sectores de la población. Es una estrategia fundamental para evitar que aumente el número de adolescentes embarazadas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Monterrosa A. Causas e implicaciones médico sociales del embarazo en la adolescencia. Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología; vol. 49No 4-Oct-Dic 1998.
- 2.-la adolescencia.Archivo del portal de recursos para estudiantes. 2006 septiembre-diciembre <http://www.robertexto.com/archivo 10/adolesc.htm>.
- 3.- Dulanto E. Embarazo: EN: Coll A, coordinador. El adolescente. 4ª ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2000. p. 521-528.
- 4.- Dulanto E. Familia y adolescencia: EN: Dulanto E, Editor del libro. El Adolescente. 4ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000.p. 239-253.
- 5.- Chagoya L. Psicoterapia Familiar y el Adolescente: EN: Dulanto E, Editor del libro El Adolescente. 4ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000. p. 298-301.
- 6.- Méndez JM. Siemazsck K. Anticoncepción: EN. Coll A, coordinador. El Adolescente. 4ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000. P.590-592.
- 7.- Coll A. Salud Reproductiva. EN: Coll A, coordinador. El Adolescente. 4ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana.; 2000. p. 593-599.
- 8.- Martines-Martines R. La Salud del Niño y del Adolescente. Segunda edición; Salvad, 1981.
- 9.- Laufer M R. Fisiología de la Pubertad: EN: .Herriot SJ, Laufer M, Goldstein DP, Editores. Ginecología en Pediatría y la adolescente. 4ª ed. México. Mc Graw-Hill Interamericana; 2000. p. 81-106.
- 10.- Evans SJ, Smith V, Laufer M. Embarazo en las Adolescentes. EN: Emans SJ, Laufer M, Goldstein DP, Editores. Ginecología en Pediatría y la Adolescente. 4ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000.p. 521-550.
- 11.- Monterrosa A. Anticoncepción y Embarazo. Tribuna médica; 94(4):209-217.

- 12.-Esqueda E., Fontenla M., Rodríguez Y. Embarazos sucesivos en las adolescentes. Monografías.com. 2006 septiembre-diciembre <http://www.monografias.com/trabajos15/embarazo-adolescente/embarazo-adolescente.shtml>
- 13.- Sileo E. Medicina del Adolescente. Aproximación al Adolescente Sano. Caracas 1992.
- 14.- Cueva-Arana V, Olvera-Guerra JF, chumacera-López RM. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un modulo de alto riesgo. Rev Med IMSS 2005; 43(3):267-271.
- 15.- Gutiérrez-Gómez T, Pascasio-Bautista E, de la Cruz-Palomo AA, Carrasco-Martínez EV. Situación socio-familiar y nivel de autoestima de la madre adolescente. Rev Enferm IMSS 2002; 10(1):21-25
- 16.- Fernández-Paredes F, Castro-García MA, Fuentes Aguirre A, Montiel-Marín BE, Codines-González MA, Reyes –Juárez GM. Características socio familiares y mortalidad materno-infantil del embarazo en adolescentes. Bol Med Hosp Infant Mex 1998; 55(8):452-457.
- 17.- Ortigosa-Corona E, Carrasco-Resentís MI, Padilla-Jasso PY. Evaluación de un curso educativo sobre la etapa gestacional exclusivo para adolescentes embarazadas. Ginec OBST Mex199; 67(6):276-283.
- 18.- Núñez-Rivera H, Rojas-Chavarria A. Prevención y atención del embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades urbanas pobres. Rev costaric salud pública; v 8n.14 San José: jul 1999.
- 19.- Valdés-Dacal S, Essien J, Bardales-Mitac J, Saavedra-Moredo D, Bardales-Mitac E. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. Rev Cubana Obstet Ginecol 2002; 28(2):84-88.
- 20.- Irigoyen Coria AE. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar: 2ª ed. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 2004

21.- Ibarra L. Adolescencia y maternidad. Impacto Psicológico en la mujer. Rev cubana psicología; Vol. 20, No 2003.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Monterrosa A. Causas e implicaciones médico sociales del embarazo en la adolescencia. Federación Colombina de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología; vol. 49No 4-Oct-Dic 1998.

2.-la adolescencia.Archivo del portal de recursos para estudiantes. 2006 septiembre-diciembre [http://www.robertexto.com/archivo 10/adolesc.htm](http://www.robertexto.com/archivo%2010/adolesc.htm).

3.- Dulanto E. Embarazo: EN: Coll A, coordinador. El adolescente. 4ª ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2000. p. 521-528.

4.- Dulanto E. Familia y adolescencia: EN: Dulanto E, Editor del libro. El Adolescente. 4ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000.p. 239-253.

5.- Chagoya L. Psicoterapia Familiar y el Adolescente: EN: Dulanto E, Editor del libro El Adolescente. 4ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000. p. 298-301.

6.- Méndez JM. Siemazsck K. Anticoncepción: EN. Coll A, coordinador. El Adolescente. 4ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000. P.590-592.

7.- Coll A. Salud Reproductiva. EN: Coll A, coordinador. El Adolescente. 4ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana.; 2000. p. 593-599.

8.- Martines-Martines R. La Salud del Niño y del Adolescente. Segunda edición; Salvad, 1981.

9.- Laufer M R. Fisiología de la Pubertad: EN: .Herriot SJ, Laufer M, Goldstein DP, Editores. Ginecología en Pediatría y la adolescente. 4ª ed. México. Mc Graw-Hill Interamericana; 2000. p. 81-106.

10.- Evans SJ, Smith V, Laufer M. Embarazo en las Adolescentes. EN: Emans SJ, Laufer M, Goldstein DP, Editores. Ginecología en Pediatría y la Adolescente. 4ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000.p. 521-550.

- 11.- Monterrosa A. Anticoncepción y Embarazo. Tribuna médica; 94(4):209-217.
- 12.-Esqueda E., Fontenla M., Rodríguez Y. Embarazos sucesivos en las adolescentes. Monografías.com. 2006 septiembre-diciembre <http://www.monografias.com/trabajos15/embarazo-adolescente/embarazo-adolescente.shtml>
- 13.- Sileo E. Medicina del Adolescente. Aproximación al Adolescente Sano. Caracas 1992.
- 14.- Cueva-Arana V, Olvera-Guerra JF, chumacera-López RM. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un modulo de alto riesgo. Rev Med IMSS 2005; 43(3):267-271.
- 15.- Gutiérrez-Gómez T, Pascasio-Bautista E, de la Cruz-Palomo AA, Carrasco-Martínez EV. Situación socio-familiar y nivel de autoestima de la madre adolescente. Rev Enferm IMSS 2002; 10(1):21-25
- 16.- Fernández-Paredes F, Castro-García MA, Fuentes Aguirre A, Montiel-Marín BE, Codines-González MA, Reyes –Juárez GM. Características socio familiares y mortalidad materno-infantil del embarazo en adolescentes. Bol Med Hosp Infant Mex 1998; 55(8):452-457.
- 17.- Ortigosa-Corona E, Carrasco-Resentís MI, Padilla-Jasso PY. Evaluación de un curso educativo sobre la etapa gestacional exclusivo para adolescentes embarazadas. Ginec OBST Mex199; 67(6):276-283.
- 18.- Núñez-Rivera H, Rojas-Chavarria A. Prevención y atención del embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades urbanas pobres. Rev costaric salud pública; v 8n.14 San José: jul 1999.
- 19.- Valdés-Dacal S, Essien J, Bardales-Mitac J, Saavedra-Moredo D, Bardales-Mitac E. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. Rev Cubana Obstet Ginecol 2002; 28(2):84-88.
- 20.- Irigoyen Coria AE. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar: 2ª ed. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 2004.

21.- Ibarra L. Adolescencia y maternidad. Impacto Psicológico en la mujer. Rev cubana psicología; Vol. 20, No 2003.

ANEXOS.

ENCUESTA PARA REALIZAR A LA EMBARAZADA ADOLESCENTE

CARACTERISTICAS FAMILIARES

1.- Estado civil de los padres:

- a) Casada b) Divorciada c) Unión libre d) Otros.

2.- Tipología familiar:

- a) Urbana b) Suburbana

3.- Socioeconómica:

- a) Proletaria b) Media c) Alta

4.- Ocupación:

Madre: a) hogar b) Obrero c) Profesionista d)
Otro

Padre: a) Hogar b) Obrero c) Profesionista d)
Otro

5.- COMUNICACIÓN: SI NO

Afecto si no

Represión si no

Distante si no

6.- Familiares con embarazo en la adolescencia:

a) Madre b) hermanas c) abuela d) Tías e)
ninguna

CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LA ADOELSCENTE EMBARAZADA.

1.- Edad en años:

- a) 14- 15 b) 16-17 c) 18-19

2.- Escolaridad:

Primaria Secundaria Bachillerato

3.- Ocupación:

Hogar trabaja estudia

4.-Estado civil:

Casada soltera Unión libre

5.- Motivo de embarazo:

Para casarse no utilizo anticonceptivos salirse de su casa

6.-Actitud ante el embarazo:

Aceptación rechazo

7.-Adicciones:

Alcoholismo tabaquismo uso drogas. Ninguna

No afiliación

Iniciales.

FIRMA TUTOR

FIRMA PACIENTE

CARACTERISTICAS FAMILIARES DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

CUADRO Y GRAFICA 1

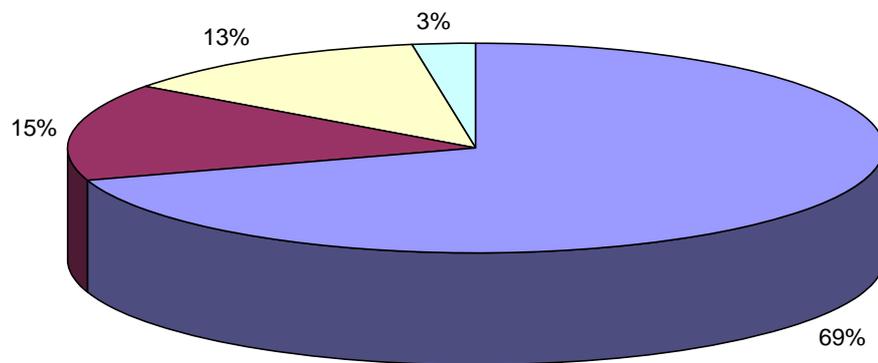
ESTADO CIVIL DE LOS PADRES= N-40

CASADOS= 28

DIVORCIADOS= 6

UNION LIBRE= 5

VIUDEZ= 1



■ CASADOS ■ DIVORCIADOS ■ UNION LIBRE ■ VIUDEZ

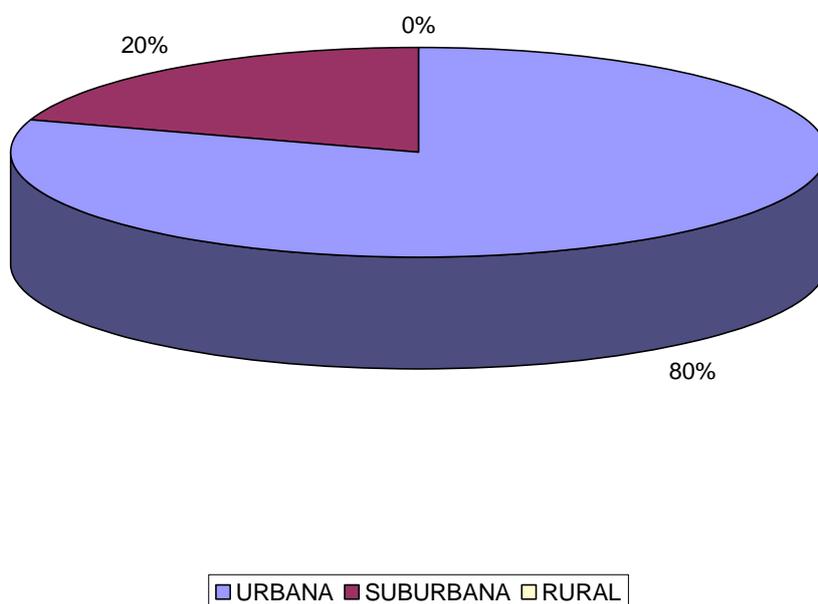
FUENTE ENCUESTA
MICROSOFT EXCEL

CARACTERISTICAS FAMILIARES DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

CUADRO Y GRAFICA 2

DE ACUERDO A SU DEMOGRAFIA= N-40

URBANA= 32
SUBURBANA= 8
RURAL= 0



FUENTE ENCUESTA
MICROSOFT EXCEL

CARACTERISTICAS FAMILIARES DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

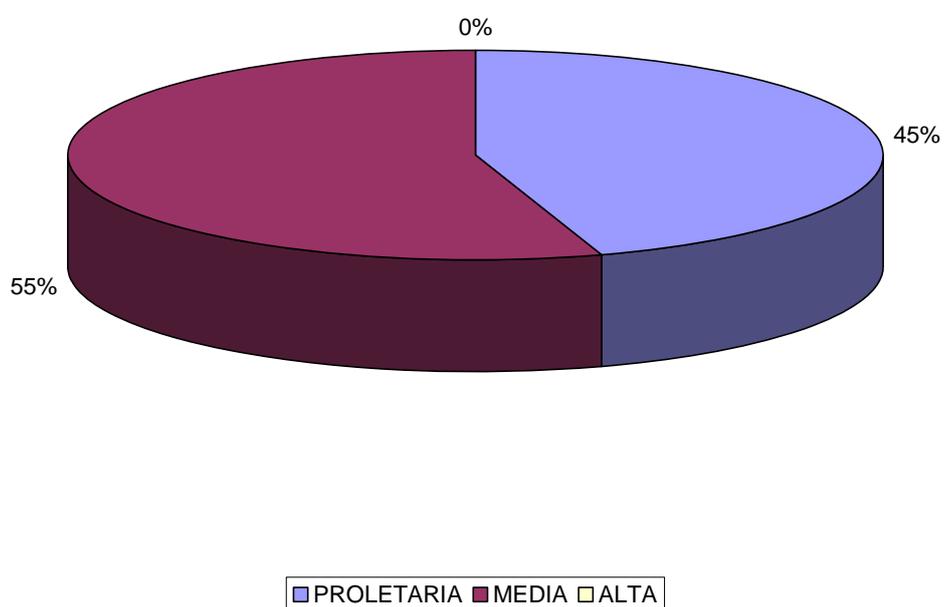
CUADRO Y GRAFICA 3

MEDIO SOCIOECONOMICO= N-40

PROLETARIA= 18

MEDIA= 22

ALTA= 0



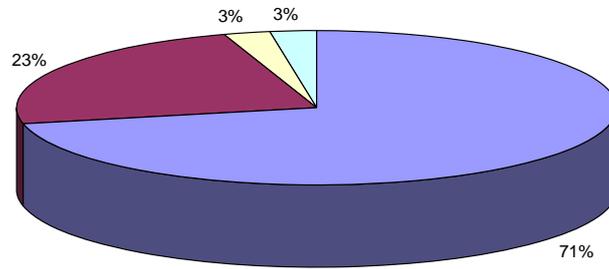
FUENTE ENCUESTA
MICROSOFT EXCEL

CARACTERISTICAS FAMILIARES DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

CUADRO Y GRAFICA 4

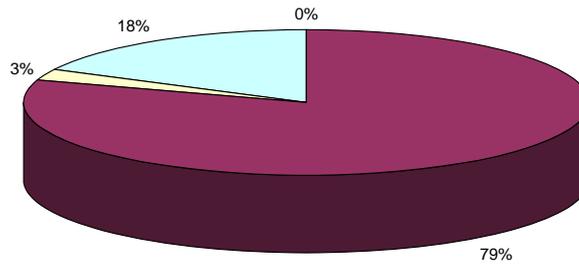
OCUPACION: N-40

HOGAR=	MADRE-28	PADRE-0
OBRERO=	MADRE-9	PADRE-32
PROFECIONISTA=	MADRE-1	PADRE-1
OTROS=	MADRE FALLECIDA-1	PADRE-7



■ HOGAR ■ OBRERO ■ PROFECIONISTA ■ OTROS

FUENTE
ENCUESTA
MICROSOFT EXCEL



■ HOGAR ■ OBRERO ■ PROFECIONISTA ■ OTROS

CARACTERISTICAS FAMILIARES DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

CUADRO Y GRAFICA 5

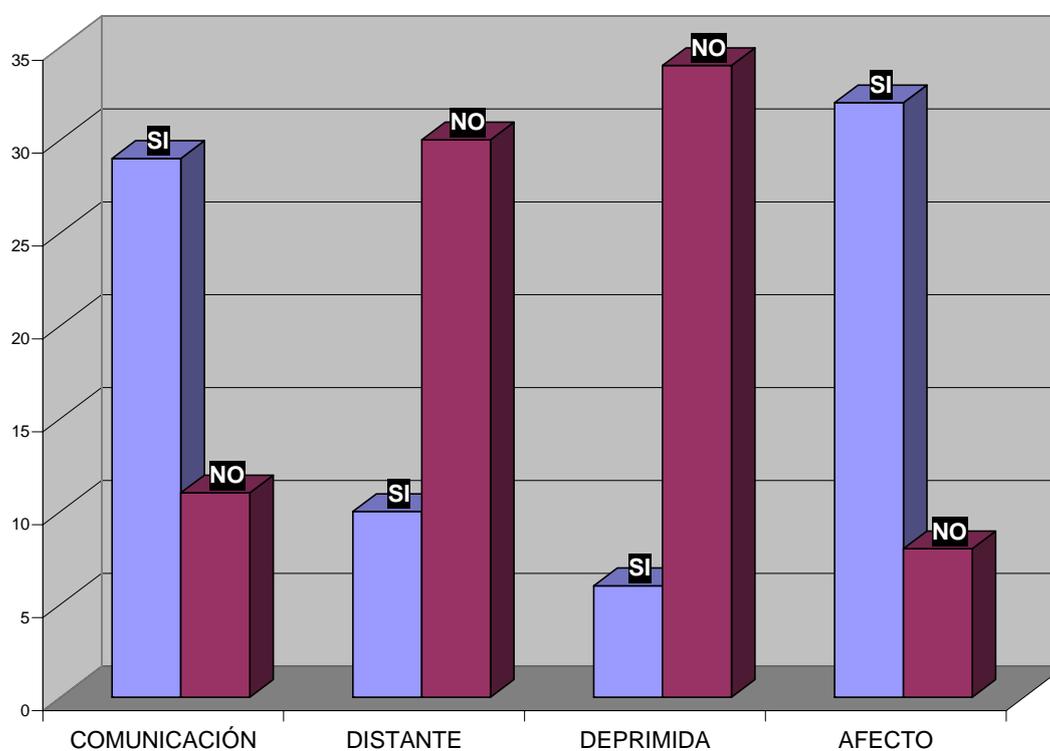
RELACION CON PADRES ANTES DE EMBARAZARSE= N-40

COMUNICACIÓN: SI=29 NO=11

DISTANTE: SI=10 NO=30

REPRIMIDA SI=6 NO=34

APECTO SI=32 NO=8



FUENTE ENCUESTA
MICROSOFT EXCEL

CARACTERISTICAS FAMILIARES DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

CUADRO Y GRAFICA 6

ANTECEDENTES DE FAMILIARES CON EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

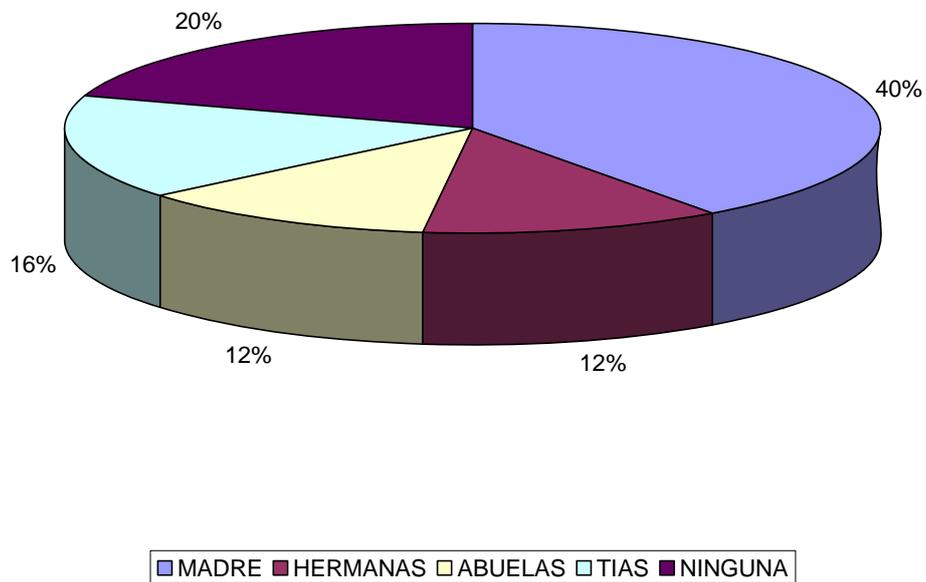
MADRE= 20

HERMANAS= 6

ABUELAS= 6

TIAS= 8

NINGUNA= 10



FUENTE ENCUESTA
MICROSOFT EXCEL

CARACTERISTICAS PERSONALES ADOLESCENTE EMBARAZADA.

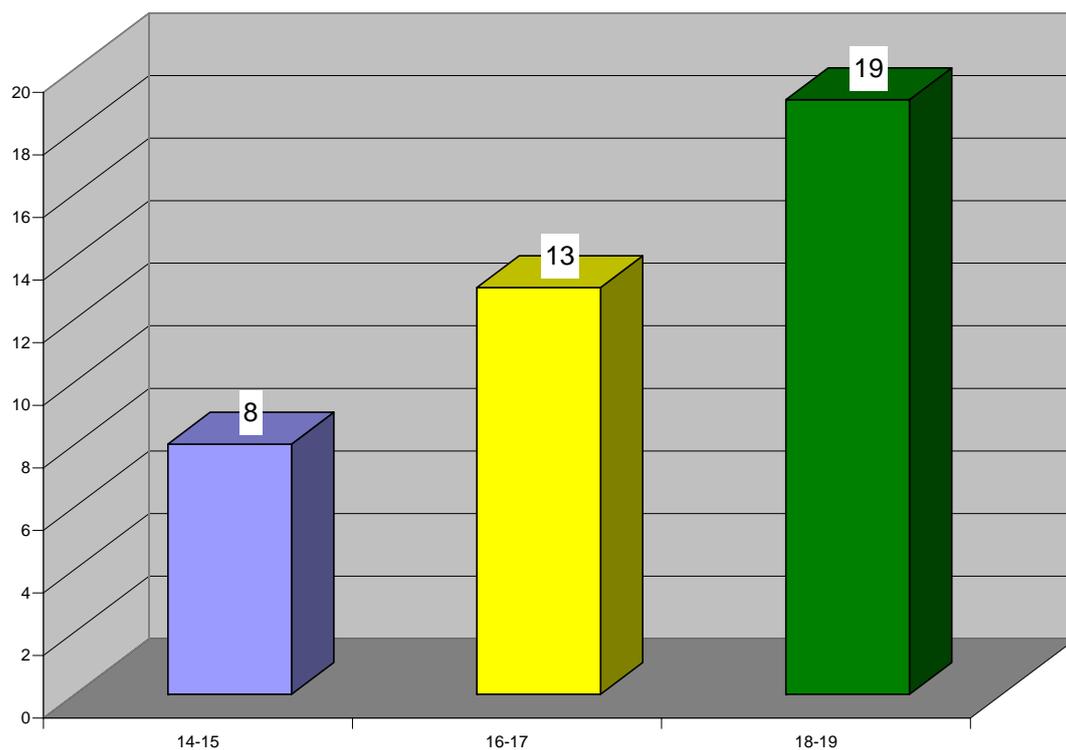
CUADRO Y GRAFICA 7

EDAD EN AÑOS= N-40

14-15= 8

16-17= 13

18-19= 19



FUENTE ENCUESTA
MICROSOFT EXCEL

CARACTERISTICAS PERSONALES DE LA EMBARAZADA ADOLESCENTE.

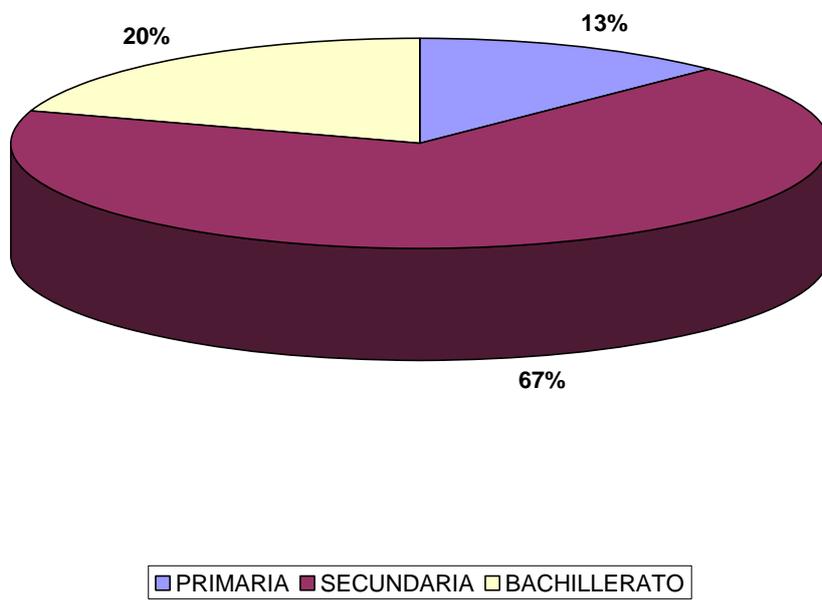
CUADRO Y GRAFICA 8

ESCOLARIDAD= N-40

PRIMARIA= 5

SECUNDARIA= 27

BACHILLERATO= 8



FUENTE ENCUESTA
MICROSOFT EXCEL

CARACTERISTICAS PERSONALES DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

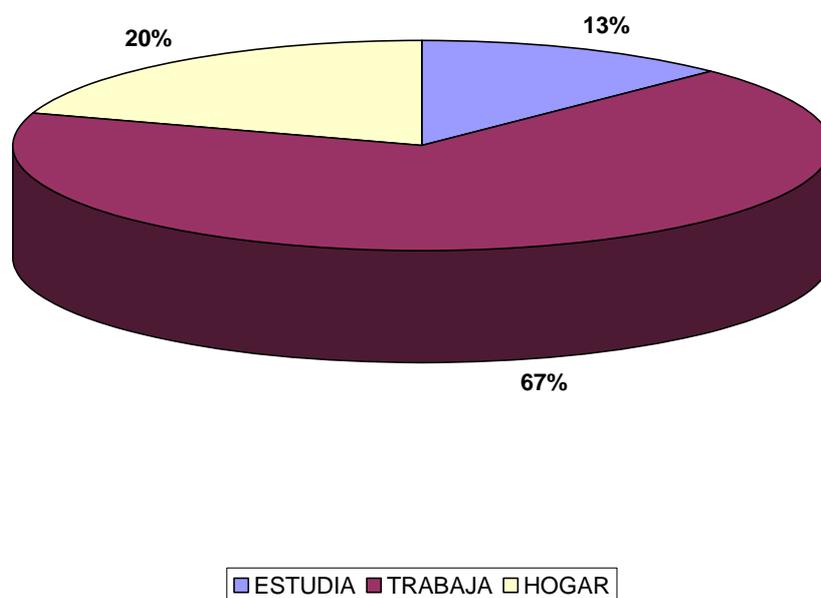
CUADRO Y GRAFICA 9

OCUPACION= N-40

ESTUDIA= 6

TRABAJA= 10

HOGAR= 24



FUENTE ENCUESTA
MICROSOFT EXCEL

CARACTERISTICAS PERSONALES DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

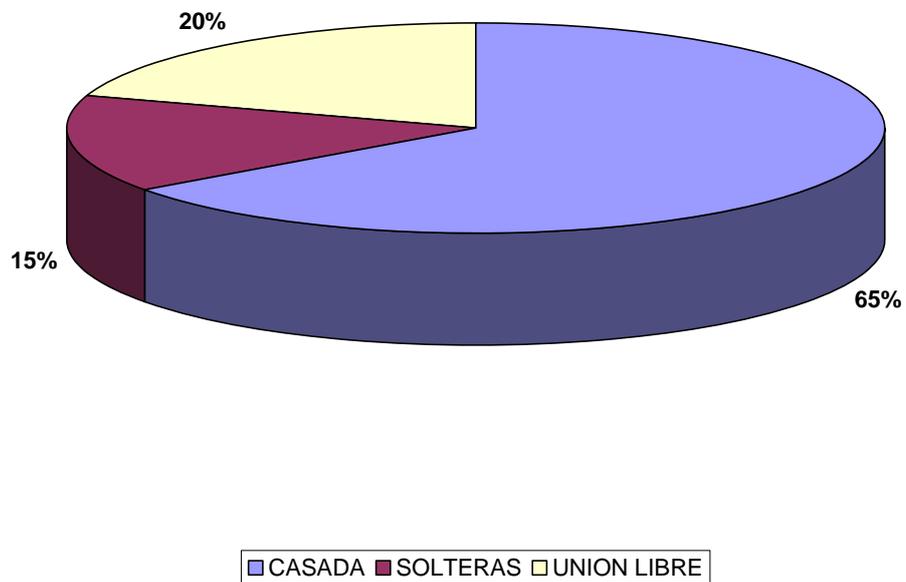
CUADRO Y GRAFICA 10

ESTADO CIVIL= N-40

CASADAS= 26

SOLTERAS= 6

UNION LIBRE= 8



FUENTE ENCUESTA
MICROSOFT EXCEL

CARACTERISTICAS PERSONALES DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

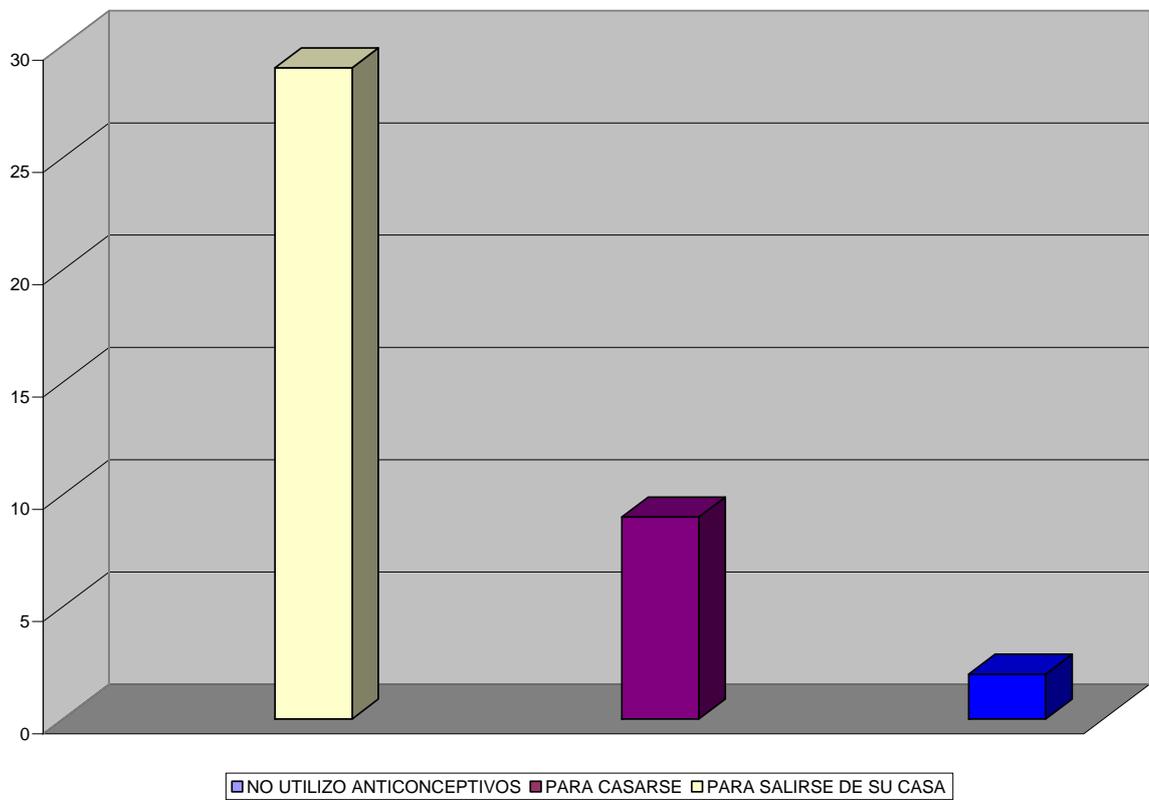
CUADRO Y GRAFICA 11

MOTIVO DEL EMBARAZO= N-40

NO UTILIZO ANTICONCEPTIVOS= 29

PARA CASARSE= 9

SALIRSE DE SU CASA= 2



FUENTE ENCUESTA
MICROSOFT EXCEL

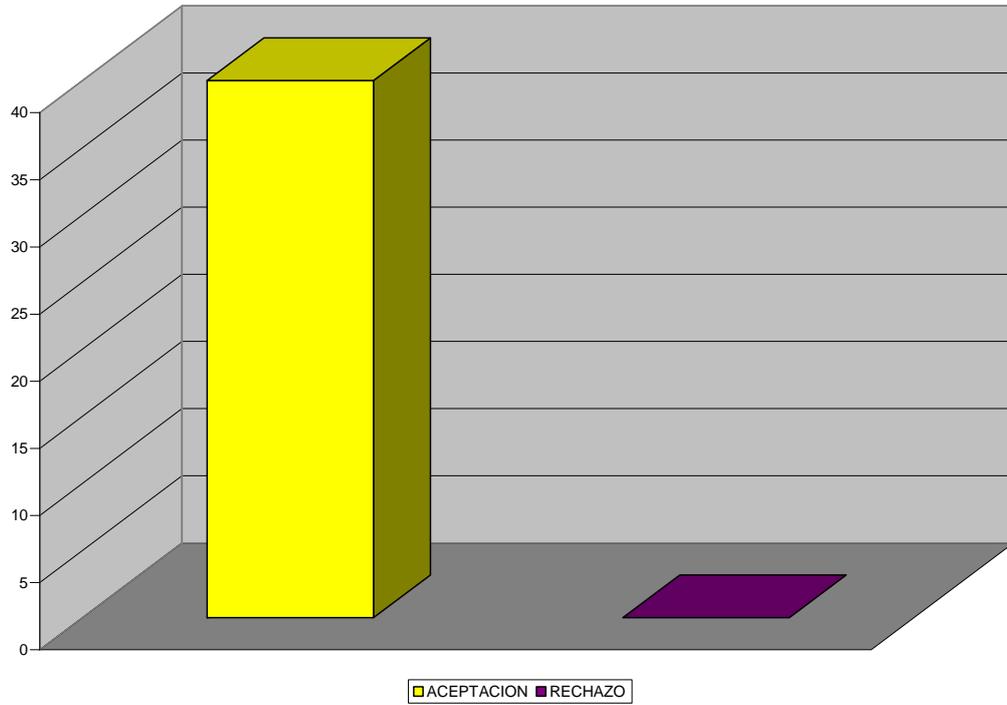
CARACTERISTICAS PERSONALES DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

CUADRO Y GRAFICA 12

ACTITUD ANTE EL EMBARAZO= N-40

ACEPTACION= 40

RECHAZO= 0



FUENTE ENCUESTA
MICROSOFT EXCEL

CARACTERISTICAS PERSONALES DE LA EMBARAZADA ADOLESCENTE.

CUADRO Y GRAFICA 13

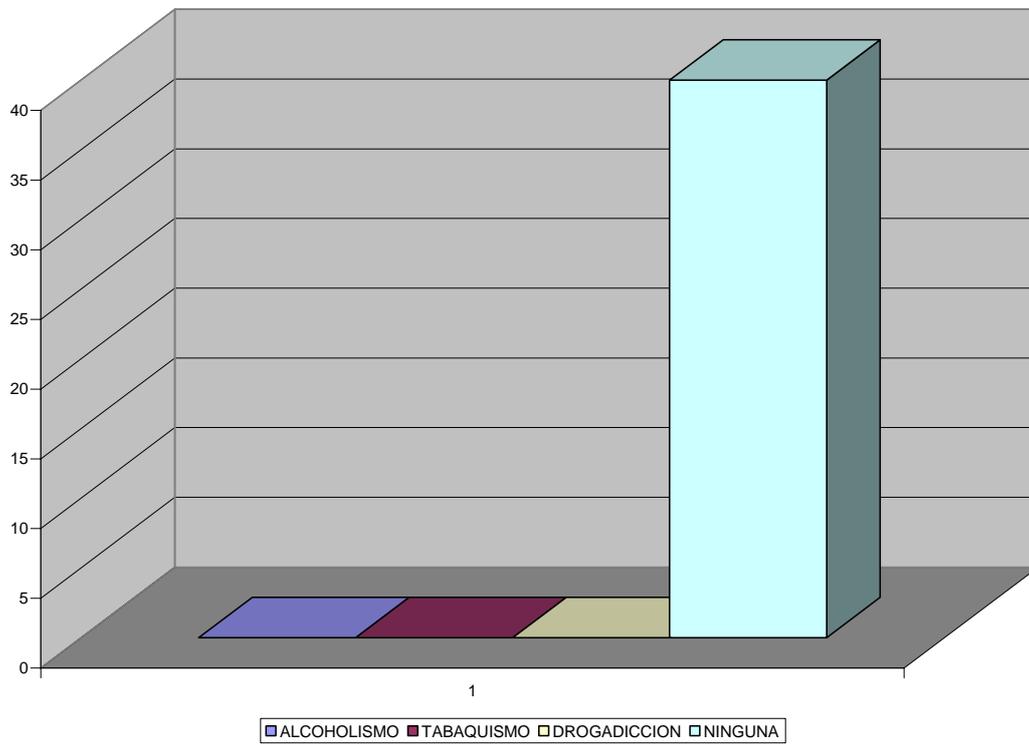
ADICCIONES= N-40

ALCOHOLISMO= 0

TABAQUISMO= 0

DROGADICCION= 0

NINGUNA= 40



FUENTE ENCUESTA
MICROSOFT EXCEL