



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE
INVESTIGACIÓN**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA, CON UMF No. 2,
SALINA CRUZ, OAXACA**

***“FACTORES QUE PREDISPONEN EL
EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES DEL TURNO
VESPERTINO EN EL HGZ. CON UMF No. 2
DURANTE EL PERÍODO ABRIL DEL 2005 A MARZO
DEL 2006”***

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

ESTELIA DÍAZ DÍAZ

SALINA CRUZ, OAXACA.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

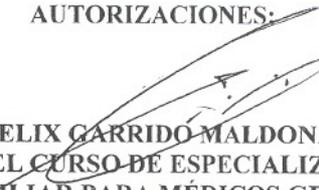
**“FACTORES QUE PREDISPONEN EL EMBARAZO EN LAS
ADOLESCENTES DEL TURNO VESPERTINO EN EL HGZ CON
UMF No. 2 DURANTE EL PERÍODO ABRIL DEL 2005 A MARZO
DEL 2006”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

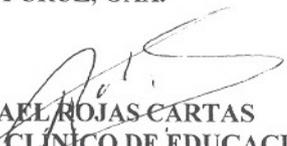
PRESENTA:

ESTELIA DÍAZ DÍAZ

AUTORIZACIONES:


**DR. FELIX GARRIDO MALDONADO
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF No. 2, DEL
I.M.S.S, SALINA CRUZ, OAX.**


**DR. ALBERTO RAMÍREZ MARTÍNEZ
ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS
MÉDICO FAMILIAR, ADSCRITO AL HGZ. CON UMF No. 2
SALINA CRUZ, OAX.**


**DR. RAFAEL ROJAS CARTAS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD.**

SALINA CRUZ, OAXACA.

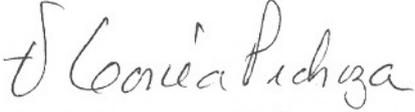
FACTORES QUE PREDISPONEN EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES
DEL TUNRO VESPERTINO EN EL HGZ CON UMF NO. 2 DURANTE EL
PERIODO ABRIL DEL 2005 A MARZO DEL 2006
PRESENTA

DIAZ DIAZ ESTELIA

AUTORIZACIONES



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

SALINA CRUZ, OAX.

2007

Dedicatoria

A mi familia
Por todo el apoyo que siempre me han
brindado.

Agradecimiento

Dr. Felix Garrido Maldonado
Dr. Rafael Rojas Cartas
Por haberme alentado en mi superación personal.

A mis profesores
Por su gran espíritu de enseñanza

Al IMSS-UNAM
Por darme la oportunidad de realizar esta especialidad

Agradecimiento especial a la Dra. Silvia Landgrave Ibáñez:

Por su incondicional asesoría que me brindó en la elaboración de mi estudio de investigación, aportaciones que me dieron la oportunidad de internarme en este campo para culminar mis metas.

Espero que su sabiduría y conocimientos sean aprovechados y reconocidos, por todos los médicos que en el futuro se acerquen a usted para solicitar su apoyo y experiencia en el área de la investigación, personas valiosas como usted hacen falta en nuestras facultades, para seguir contribuyendo en la formación de médicos en el ámbito de la investigación.

Eternamente agradecida.

Dra. Estelia Díaz Díaz.
R3 de Medicina Familiar
Del IMSS, HGZ con UMF. No 2, Salina Cruz Oax.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN ESTATAL OAXACA
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD

"2008. Año de la Educación Física y el Deporte"

Oaxaca de Juárez, Oax., 8 de agosto de 2008

REF. 210204612500/2008/0179

DRA. SILVIA LANDGRAVE IBÁÑEZ
Encargada de la Biblioteca del Depto. de Medicina Familiar
Universidad Nacional Autónoma de México

Por este conducto, hago patente el agradecimiento a nombre de nuestra Institución y en mi propio, por el apoyo brindado a la **DRA. ESTELIA DÍAZ DÍAZ** en el desarrollo de su trabajo de Tesis titulado "*Factores que predisponen el embarazo en adolescentes*" para obtener la especialidad en Medicina Familiar.

Estoy segura que su gran ayuda y experiencia quedo reflejada en la excelencia del trabajo desarrollado

Atentamente
"Seguridad y Solidaridad Social"


DRA. JANET NESME ÁVILA
Coord. Deleg. de Educación en Salud



INDICE

Págs.

1. MARCO TEORICO.....	1
Antecedentes.....	1
Antecedentes epidemiológicos.....	7
Definición de adolescencia.....	10
Definición de embarazo.....	10
Definición de embarazo en adolescente.....	10
Clasificación de adolescencia.....	10
Definición de familia.....	11
Clasificación de familia.....	12
Ciclo vital familiar.....	14
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
3. JUSTIFICACIÓN.....	18
4. OBJETIVOS.....	19
4.1 Objetivos generales.....	19
4.2 Objetivos específicos.....	19
5. MATERIAL Y MÉTODOS.....	20
5.1 Tipo de estudio.....	20
5.2 Población, tiempo y lugar de estudio.....	20
5.3 Tipo y tamaño de la muestra.....	20
5.4 Criterios.....	20
5.5 Variables.....	21
5.6 Procedimiento para captar la información.....	21
5.7 Materiales utilizados.....	22
6. Análisis estadísticos.....	22
7. Consideraciones éticas.....	22
8. Resultados.....	24
8.1 Tipología familiar.....	24
8.2 Ficha de identificación.....	27
8.3 Factores sexuales.....	30
8.4 Factores familiares.....	33
8.5 Factores sociales.....	38
8.6 factores económicos.....	41
8.7 Factores culturales.....	41
9. Discusión.....	42
10. Conclusión.....	42
11. Bibliografía.....	45

Págs.

12. Anexos.....	47
12.1 Consentimiento informado.....	48
12.2 Encuesta.....	48
	Págs.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES:

La adolescencia como una etapa relevante en el ciclo vital individual y en el familiar involucra importantes cambios físicos y emocionales que producen gran impacto a nivel personal, en la familia y en la sociedad (1,9). Un período de transición especialmente crítico e intenso en el ciclo vital familiar, marcado por inestabilidad y desequilibrio tanto en cada uno de los miembros como en toda la familia, ya que todos están sometidos a los impactos del crecimiento y desarrollo y que el adolescente, en sus tarea de descubrir nuevas direcciones y formas de vida, desafía y cuestiona el orden familiar preestablecido (1). La adolescencia corresponde a un período en el cual se suceden simultáneamente cambios físicos y psicológicos, miradas nuevas al ambiente sociocultural y apropiación de valores que llevan a la construcción y adopción de una postura espiritual, de una escala de valores y del desarrollo moral (1). El concepto moderno de adolescencia es antropológico y sociológico, perspectiva que ha superado los clásicos ejes que tomaban como referencia segmentos etarios cerrados o cambios exclusivamente somáticos; en toda la cultura occidental moderna, los aspectos relacionados con el comportamiento se consideran tan importantes como los físicos (5). El grupo de los adolescentes constituye un campo de estudio sumamente importante, porque representa la edad en que se inicia la vida sexual activa y resulta de especial importancia en el caso de las adolescentes, porque ellas son las que podrían embarazarse y de esta forma facilitar la presencia de complejos problemas personales (6).

La sexualidad juega un papel importante en la adolescencia, el escaso o distorsionado conocimiento que tienen los adolescentes del desarrollo de su sexualidad conlleva a riesgos como el embarazo (1), la información sobre sexualidad que el adolescente posee es el bagaje con el que tendrá que enfrentarse a este período de profunda transformación. En trabajos diseñados al efecto, se recoge el deseo de los adolescentes de recibir información sobre sexualidad de forma amplia. La credibilidad que éstos atribuyan a las distintas fuentes de información va a condicionar en gran medida la efectividad de los mensajes recibidos para modular su comportamiento sexual. En un estudio realizado, la población de adolescentes preferiría ser informada en primer lugar por los padres y a continuación por médicos (5).

Es frecuente considerar este período como un tiempo vital y saludable, sin embargo no debemos olvidar que es una etapa vulnerable a muchos riesgos dentro de los cuales se encuentra el embarazo (1,8), el cuál es de muy alto riesgo, ya que más del 80% son embarazos no buscados (2).

En las últimas dos décadas hemos asistido a un espectacular aumento de la frecuencia de embarazos en la adolescencia (7), por lo que se ha incrementado el interés en el embarazo y parto de la adolescente al reconocer a éste como un problema multifacético y de difícil solución el cuál puede ocurrir en todos los grupos sociales, económicos, raciales y étnicos (6).

El embarazo y la maternidad durante la adolescencia están asociados con significativos riesgos médicos y psicosociales tanto para la madre como para el hijo. Aunque éstos se atribuyeron alguna vez a la inmadurez fisiológica y psicosocial de la madre adolescente (3,9), datos recientes refieren que los riesgos asociados con el parto en la adolescente no obedecen a condiciones fisiológicas o psicosociales intrínsecas de la adolescente, sino más bien a que el embarazo en la adolescente es un marcador de factores sociodemográficos (p. Ej. Pobreza, educación deficiente, soltería, otra raza que no sea blanca e inadecuada atención prenatal) que aumenta los riesgos de resultados adversos de la gestación y la maternidad. Si existe un riesgo biológico intrínseco con el parto en la adolescente, es probable que sea más evidente en las madres adolescentes jóvenes que conciben antes de cumplir los 16 años. Los datos existentes sugieren que las adolescentes mayores son maduras desde el punto de vista fisiológico cuando conciben y no están más expuestas a resultados adversos de la gestación que las adultas similares desde el punto de vista sociodemográfico. Aunque las adolescentes embarazadas muy jóvenes tienen un riesgo más alto de presentar las complicaciones médicas, que las adolescentes mayores y las adultas. Estudios que controlaron las condiciones maternas concurrentes no encontraron ninguna asociación entre edad temprana de la madre y la mayoría de las complicaciones obstétricas asociadas tradicionalmente con parto adolescente (3). El embarazo en edad temprana entraña un riesgo de muerte materna muy superior a la media y los hijos de madres adolescentes tienen niveles más elevados de morbilidad y mortalidad. También el embarazo a edad temprana sigue siendo un impedimento para mejorar la condición educativa, económica y social de la mujer en todas las partes del mundo, esto sobre todo en el caso de

las adolescentes el matrimonio y la maternidad a edad temprana limitan en alto grado las oportunidades de educación y de empleo, además de los efectos negativos a largo plazo sobre la calidad de vida de ellas mismas y de sus hijos (1).

Estudios extensos sobre las consecuencias psicosociales a largo plazo de la maternidad adolescente indican que la maternidad temprana afecta en forma profunda y adversa las experiencias educacionales, vocacionales y conyugales de numerosas jóvenes. Aunque se ha demostrado en reiteradas oportunidades que las adolescentes que tienen hijos reciben menos educación que la población de adolescentes en general. La incidencia de pobreza aumenta a medida que disminuye la edad de la madre. Se estima que alrededor de un tercio de las madres que tienen su primer hijo antes de los 17 años viven por debajo de la línea federal de pobreza: esto representa una tasa de pobreza 2.6 veces mayor que la de las mujeres que tienen su primer hijo después de los 20 años (3).

El logro educacional y la estabilidad económica tienen implicaciones para la estabilidad de los matrimonios adolescentes y la vida familiar de la adolescente. La mayor parte de los embarazos adolescentes son extramatrimoniales y los padres adolescentes que logran formar una relación estable entre sí son obviamente la excepción: 17 años después del nacimiento del primer hijo, solo el 16% de las madres adolescente de Baltimore permanecían casadas con el padre del bebé. Aunque esta alta tasa de separación y divorcio se ha observado de manera regular en parejas adolescentes, no está esclarecida la significación etiológica de la edad joven. La inestabilidad conyugal es un hallazgo común en las parejas que conciben antes del matrimonio, sobre todo cuando el nacimiento extramatrimonial es complicado por el estrés de la pobreza y la falta de estabilidad económica (3).

La prevalencia de depresión y otros síntomas psiquiátricos es significativamente más alta en madres adolescentes que en la población general. En un estudio de adolescentes embarazadas y madres, se observó una incidencia de depresión del 60%: en otro estudio, el 13% de la muestra de mujeres jóvenes que habían tenido un hijo antes de los 17 años habían sido tratadas por intento de suicidio ulterior (3).

Por otro lado, los problemas de salud de los hijos de madres adolescentes se han relacionado con bajo peso al nacer, valoraciones de Apgar bajas y riesgo de muerte en el primer año de vida (dos veces mayor que en otras edades maternas) (9).

Los embarazos no deseados siguen contribuyendo a la mortalidad materna por los riesgos propios de la maternidad y por la búsqueda del aborto como solución posterior ante la realidad de un embarazo (1).

En un estudio realizado por Marsiglio y colaboradores en Estados Unidos con 12 mil adolescentes se observó que los motivos para que los adolescentes iniciaran vida sexual a los 15 o 16 años obedecían más a motivos ligados por la raza, a la mala educación sexual de los padres hacia los hijos, que a la asistencia a la iglesia (1), aunque otros autores refieren que los factores predisponentes además de la condición propia del adolescente, existen factores de riesgo tanto en el ámbito familiar como en el ambiente social que lo llevan a buscar prematuramente relaciones sexuales sin pensar siquiera en sus consecuencias. Además, otro factor que es de suma importancia es la erotización de la sociedad en que vivimos (10). En otro estudio colaborativo realizado en México, Guatemala, Quito, Guayaquil y Santiago se observó que era más probable que las mujeres que habían recibido curso de educación sexual retrasaron el inicio de sus relaciones sexuales coitales (1). Investigadores que trabajan con adolescentes confirman que la fe religiosa y la moralidad cumplen funciones esenciales que protegen a los jóvenes adolescentes, tanto varones como mujeres, contra relaciones sexuales prematuras y el embarazo en la adolescencia, por ejemplo: según la encuesta nacional del crecimiento de la familia realizada en 1995 el 48% de las jóvenes entre 15 y 19 años de edad dijeron que aún conservaban su virginidad, y casi la mitad de ellas afirmó que el motivo que tuvieron para abstenerse de tener relaciones sexuales, era que ello chocaba contra su religión o su sentido moral (12).

En otra reseña de 19 estudios realizados por la O.M.S. en diferentes países de todo el mundo se encontró que la educación sexual no parece determinar que las adolescentes comiencen a tener relaciones sexuales a edades más tempranas ni que incrementen su actividad sexual; sin embargo, se considera que pueden retrasar su actividad sexual y llevarla a tener prácticas sexuales con menor riesgos (1).

Existen otros factores que ejercen influencia en las actividades y el comportamiento sexual:

Influencia de los “pares”:

- Comportamiento de los “pares”: imaginado y observado

- Presión de los “pares”: status, reconocimiento, pandillas.
- Desinformación y transmisión de mitos, tabúes y creencias por los pares.

Influencias familiares:

- Comportamiento parenteral, imaginado y observado.
- Valores parentales aprendidos.
- Restricciones parentales.
- Papeles fraternos.
- abuso físico y sexual.

Influencia del contexto social:

- Escuelas como extensión del núcleo familiar. Papel del maestro.
- Presión de los medio de comunicación. Sexualidad sin responsabilidad.
- Valores culturales, género, raza, religión (1).

Dentro de los valores culturales, por vivencia propia en varias comunidades rurales de la región del valle de Oaxaca, así como en otras regiones y en especial en algunas comunidades de nuestra región istmeña, de acuerdo a sus costumbres las mujeres deben de casarse antes de los 18 años de edad, ya que rebasando esta edad se les considera no casaderas, aunado de que también es considerada como signo de fertilidad, por lo que la mujer no deberá utilizar ningún método de contracepción, esto hace que el número de embarazos en adolescentes se incremente.

Aspectos médicos del embarazo en adolescentes:

El embarazo en la adolescente es considerada de riesgo elevado por la inmadures somática de la madre, por la evolución que, con frecuencia, se asocia a preeclampsia severa, por la vía de resolución que en la mayoría de los casos es abdominal debido a las complicaciones de la gestación, y a mayor incidencia de desproporción pélvica y de prematurez. Las deficiencias alimentarias con la consecuente anemia, y las infecciones mal tratadas son las principales causas de que la adolescente inicie un trabajo de parto pretérmino, hechos que aumentan la incidencia del RN con peso bajo para la edad gestacional y con prematurez. Otras complicaciones frecuentes de la gestación y que también aumentan las tasas de prematurez y bajo peso, es la preeclampsia severa e incontrolable y la eclampsia; en nuestro medio la incidencia de estos padecimientos entre las adolescentes gestantes es tres o cuatro veces más alta que entre las gestantes adultas. Dado que la gestación en las adolescentes es considerada como de

riesgo alto y la elevada incidencia de la prematuridad entre ellas, se considera prudente que la atención del parto se realice en el segundo o el tercer nivel de atención obstétrica, según evolución; con esta medida se le otorgará al binomio feto-madre una mayor probabilidad de sobrevivencia sana (10).

Cuando surge el embarazo en una adolescente, la familia se ve obligada a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que aparecen nuevas necesidades en torno a este binomio; hay una movilización inmediata de todos los integrantes para encontrar un nuevo estado de homeostasis familiar, el cuál puede ser inicialmente rechazado o causar sorpresa y frustración (9).

Si bien no es fácil dar soluciones mágicas a este problema, se recomienda a todos los sectores de la población que se proporcione un ambiente saludable para el desarrollo biopsicosocial de los adolescentes basados en una educación formativa apoyada en una información sexual que incluya valores morales y patrones de conducta acordes con la realidad social actual, así como mantener siempre un diálogo franco y abierto que permita una auténtica comunicación entre padres, hijos y educadores (10). Desde el punto de vista científico se han intentado 4 estrategias:

- Promoción de abstinencia sexual.
- Campañas de administración para fomentar el uso de la anticoncepción.
- Educación sexual en las escuelas.
- Clínicas de atención sanitaria para los adolescentes (11).

Consideramos que es fundamental identificar los factores que incrementan el riesgo de embarazos en la adolescente con base a su entorno familiar-social y detectar a las adolescentes en riesgo (6).

1.2. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS:

De la población mundial estimada en 1993 por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) EL 18% eran adolescentes entre 10 y 19 años. El 78% de los adolescentes viven en los países en desarrollo, lo que significa que en los países donde los recursos y oportunidades son más numerosos, hay menos adolescentes, en tanto que en países menos desarrollados, tienen de 2 a 3.7 veces más adolescentes y mucho menos recursos (1).

En 1970 la población adolescente en México representaba el 11.4 % de la población nacional, en la actualidad representa el 21.3% lo cual significa que los últimos 30 años los adolescentes se han duplicado (4).

Actualmente en México existen poco más de 20 millones de adolescentes, que representa la quinta parte de nuestro país (4), quienes generan una enorme demanda de servicios en todos los ámbitos, donde el embarazo no planeado representa un problema de salud pública, con cerca de medio millón de embarazos anuales (9,6,8).

En los últimos años uno de 4 niños que nacieron en nuestro medio son hijos de madres adolescentes lo cual trae, sin duda, una repercusión en la salud tanto del niño como de la madre (10).

El 55% de los adolescentes refiere ya haber tenido relaciones sexuales y su edad de inicio se sitúa en el rango de 15 a 19 años teniendo su primera relación sexual en un alto porcentaje con una pareja sentimental (novio-novia, esposo-esposa). Lo que les hace vulnerable a un embarazo no planeado, involuntario o no deseado como resultado de sexo sin protección y la falta de comunicación acerca de la sexualidad en el seno familiar. Independientemente de que el embarazo sea o no deseado en la adolescente, este puede poner en riesgo la vida de la futura madre; estos riesgos son mayores para las adolescentes no solo por su edad sino también porque por lo común se trata del primer parto siempre más peligrosos que los subsecuentes. Los factores socioeconómicos, incluidos la pobreza, la mala nutrición, la falta de educación, la falta de accesos a servicios de atención prenatal pueden implementar aun más el riesgo de complicaciones (4).

En la actualidad el 75% de los adolescentes residen en las zonas urbanas, este factor sumado a las dificultades de acceso a la educación, escasas oportunidades de empleo, recreación inadecuada, ambiente familiar disfuncional, vio-

lencia intrafamiliar, aumenta el riesgo para asumir su sexualidad con alto riesgo (1).

En Estados Unidos se estima que cada 31 segundos una adolescente se embaraza, lo que significa que el 40% de las adolescentes tendrán al menos un embarazo durante su adolescencia; cada 2 minutos una adolescente da a luz a un bebé (1).

En 1990 en América Latina y el Caribe las mujeres adolescentes aportan el 16% del total de nacimientos anuales. Para ellas la maternidad temprana trae consigo riesgos a nivel de salud propia y del bebé, de la deserción escolar, del rechazo parental desde los padres hacia la adolescente y del compañero de la adolescencia hacia su hijo (a); el ciclo de la pobreza se continúa y produce impacto negativo en la familia y la sociedad (1).

La tasa de fecundidad para los adolescentes del Caribe, Centro y Sudamérica incluyendo a México oscila entre 83 y 139 por mil mujeres. Esto significa que uno de cada 10 mujeres entre los 15 y 19 años tendrá un hijo durante ese lapso, ya que se ha visto que los métodos anticonceptivos son más utilizados por mujeres mayores de 20 años que por las adolescentes (1).

En mujeres sexualmente activas menores de 20 años, el uso de técnicas anticonceptivas es del 70-80%, en relación con el 90% en las mayores de 20 años (2).

Las cifras de embarazos no buscados representan el 80-95% de los embarazos en adolescentes. El 40% de los embarazos no deseados en mujeres menores de 20 años termina en un aborto (2).

En Oaxaca en el año 2003 se registró en el estado 17 mil 416 matrimonios, 13 mil 443 de estos fue de jóvenes de 15 a 29 años, mismos que representan el 77.8 por ciento del total. En el mismo año se registraron 634 divorcios, 325 de estos fue de jóvenes. En el año 2000, 16.5 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años ya experimentaron la maternidad. Para el año 2003, se registraron 119 mil 465 nacimientos por residencia habitual de la madre; de estos, 68 mil 196 fueron de mujeres jóvenes y representan el 57.1 por ciento del total (18).

Según la OMS; un tercio de mujeres que buscan la atención hospitalaria por complicaciones de aborto, son menores de 20 años. Las que se someten a abortos tienen alto riesgo para su salud a corto plazo, como las generadas por el procedimiento mismo: perforaciones en el útero, hemorragias, infecciones y a largo plazo pueden tener eventos discapacitantes tales como esterilidad y embarazos ectópicos e infección pélvica crónica. Existen además alteraciones

desencadenadas durante y posterior al procedimiento que incluyen el temor al rechazo en la familia y en la escuela, la no aceptación de los cambios corporales, el miedo al dolor, frustración por el abandono de la pareja, culpa, dependencia emocional y financiera (1,10).

1.3. Definición de adolescencia:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 y 19 años de edad ^(1,8). Adolescencia que significa del latín “adoleceré” (crecer), literalmente significa creciendo o cambiando, es decir, crecer hacia la madurez o la adultez ⁽¹⁾.

1.4. Definición de embarazo:

Es el proceso de gestación , que abarca el crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo dentro de una mujer, desde el momento de la concepción, a lo largo de los períodos embrionario y fetal hasta el nacimiento, y que dura 280 días (40 semanas; 10 meses lunares) ⁽¹³⁾.

1.5. Definición de embarazo en adolescente:

El embarazo en la adolescencia se define como aquel que ocurre en jóvenes menores de 20 años que dependen del núcleo familiar ⁽¹¹⁾

1.6. Clasificación de adolescencia:

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| 1.- Adolescencia temprana | 10-14 años |
| 2.- Adolescencia intermedia | 14-16 años |
| 3.- Adolescencia tardía | 16-19 años ⁽¹⁰⁾ . |

1.7. FAMILIA

Definición:

La familia, es el ambiente más importante en el que el hombre ha evolucionado, es la más antigua de las instituciones sociales humanas, tan añeja como la propia humanidad y según Ralph Linton, una institución que sobrevivirá mientras exista nuestra especie. La palabra deriva de la raíz latina famulus que significa siervo. El término familia puede incluir varias acepciones y definiciones, por lo que resulta difícil elaborar un concepto de familia que tenga un concepto universal a continuación se definirá a la familia, cada una de ellas con diferentes niveles de aplicación:

- El consenso canadiense considera “esposo y esposa con o sin hijos o padre y madre solo con uno o mas hijos que viven bajo el mismo techo”.

Para el consenso estadounidense es un “grupo de dos o mas personas que viven juntas y relacionadas entre si por lazos de matrimonio, consanguíneos o adopción”.

La OMS comprende a los miembros del hogar emparentados entre si hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio.

Para Ackerman la familia es “La unidad básica de la Enfermedad y la Salud”

La familia es un grupo primario y sus características son las propias de un sistema natural abierto, como lo describe Bertalanfy, en donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contra reacciones en los otros y en él mismo. Este sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, organizados por generaciones, sexos, intereses y funciones. Los principales en la estructura de una familia son:

- Subsistema conyugal.
- Subsistema paterno-filial.
- Subsistema fraterno.

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee distintos niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas.

El individuo es un subsistema de la familia y ésta lo es de la sociedad. Cada una de las partes está dotada de cierta autonomía sujeta a sus propias leyes internas, característica que permite distinguirlas entre sí. Sin embargo, existe interdependencia entre cada uno de estos subsistemas, de manera que al definir a cualquiera de ellos, se hace necesaria la participación de los otros dos (1).

Actualmente desde la perspectiva del médico familiar, en la primera reunión del consenso académico de médicos familiares, se acuñó el siguiente concepto: Es un grupo social, organizado como un sistema abierto, compuesto por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la medicina familiar, para estudiar y dar seguimiento al proceso Salud-Enfermedad ⁽¹⁵⁾.

1.8. Clasificación:

La familia puede ser clasificada desde una gran diversidad de puntos de vista. En México, Luis Leñero señala la significativa diversidad de tipos familiares mediante una clasificación de su tipología basada en tres factores macroestructurales:

A.- Cultura y Subcultura de las comunidades:

- Indígena
- Rural
- Urbana

B.- Estratificación Socioeconómica:

- Estrato marginado y proletaria
- Estrato popular proletario
- Estrato medio
- Estrato elitista de dominio

C.- Ubicación Geosocial:

- Según la región que habitan
- Redes de relación ecológica que mantengan
- Grado de sedentarismo o migración

La clasificación de la tipología de la familia abarca según:

I.- Por su desarrollo:

- Moderna
- Tradicional
- Arcaica o primitiva

II.- Por su demografía:

- Urbana

- Rural

III.- Por su ocupación:

- Campesina

- Obrera

- Comerciante

- Profesionista

IV.- Por su integración:

- Integrada (ambos padres presentes)

- Semi-integrada (involucramiento ó presencia ocasional de uno de los padres)

- Desintegrada (sin la presencia de uno de los padres)

V.- Por su conformación:

- Familia nuclear, lo constituye la pareja hombre y mujer sin hijos.

- Familia nuclear simple, padre y madre con 1 a 3 hijos.

- Familia nuclear numerosa, padre y madre con 4 hijos ó más.

- Familia reconstruida ó binuclear, padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior

- Familia seminuclear (monoparental o uniparental) padre o madre sólo con hijos, ya sea interrumpida por separación o divorcio, o contraída por fallecimiento, aparentemente este tipo de familia va en aumento y esta situación facilita evidentemente la aparición de patología tanto biológica como psicosocial.

- Familia extensa (consanguínea o asociada) conviven en el mismo hogar personas con parentesco.

- Familia compuesta (ampliada) cuando se incluyen otros miembros sin lazos consanguíneos ni de afiliación.

- Familia múltiple, son 2 o mas familias de cualquier tipo que vivan bajo el mismo techo.

- Equivalentes familiares (sistemas familiares alternos) es un grupo de individuos que viven en el mismo hogar como homosexuales, grupo de amigos, casas de asistencia, orfanatos, asilos.

- Sin familia, aunque es obvio que nadie carece de familia, se refiere a las personas que viven solas, donde se incluyen a los jóvenes estudiantes o trabajadores que se encuentran fuera por necesidades de estudio o trabajo (1).

1.9. Ciclo vital familiar:

Es el proceso desde la formación familiar hasta su disolución, y se caracteriza por las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada uno de sus fases; es importante el estudio del ciclo vital familiar, ya que en el curso de su desarrollo, la familia pasa por varias etapas de transición predecibles; en las cuales existen diferentes expectativas, necesidades y fenómenos que pueden afectar la salud de sus miembros, además de que el estudio de las etapas del desarrollo familiar permite el análisis genérico de la historia natural de una familia, lo que permite al médico elaborar hipótesis acerca de los problemas que surgen en sus pacientes y estar en condiciones de ayudar a las familias a prevenir cada una de las situaciones y prepararse para ellas (1).

1.10. Fases del ciclo familiar:

Según Geyman son 5 etapas: (16)

- Matrimonio (desde que se casan hasta el nacimiento del primer hijo)
- Expansión (nacimiento del primer hijo hasta que éste va a la escuela)
- Dispersión (a partir de que los hijos van a la escuela)
- Independencia (a partir de que se casa el primer hijo)
- Retiro o Muerte (solos nuevamente y hasta la muerte de uno o los dos cónyuges).

Según Duvall en 1977 la divide en 8 etapas:

- 1ª Pareja sin hijos (nido sin usar)
- 2ª Nacimiento del primer hijo hasta 30 meses (2 años y medio)
- 3ª Hijo mayor preescolar de 30 a 72 meses (2 años y medio a 6 años)
- 4ª Hijo mayor escolar de 6 a 13 años
- 5ª Hijos adolescentes de 13 a 20 años
- 6ª Desprendimiento del hijo mayor (tiene más de 20 años y se casa)
- 7ª Padres nuevamente solos (enfrentamiento de la vejez)
- 8ª Retiro ó muerte (padres ancianos).

1.11. Dinámica familiar

Es el conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo con el ciclo vital por el que esté atravesando dicha familia. Es la totalidad de fuerzas tanto positivas como negativas, determinantes del buen o mal funcionamiento de este sistema y al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar. Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. Es aquella en que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y donde la pareja no está en lucha constante; no obstante lo cual, presenta aspectos de ambivalencia, sentimientos negativos e insatisfacciones de un miembro respecto a otro. Por lo tanto, la dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y les infunde además el sentimiento de no estar aislados y de poder contar con el apoyo de los demás (1).

1.12. Papeles familiares

Los miembros de una familia están ligados por una serie de lazos que los une como una familia y que conforman una relación reticular (1).

Los vínculos familiares se entrelazan bajo la influencia de diversos factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos. Biológicamente, a través de la familia, la especie se perpetúa, hecho que sólo puede cumplirse en una organización adecuada de las fuerzas sociales. Psicológicamente, los miembros de la familia están unidos en interdependencia mutua para la satisfacción de sus necesidades afectivas respectivas y ligados económicamente para la provisión de sus necesidades materiales. Desde 1928, Burgués sugirió que la familia podía ser estudiada como una unidad de personas en interacción, ocupando cada una de ellas dentro de la familia, una posición definida por un determinado número de papeles. Los papeles vitales de marido, esposa, madre, padre e hijos, adquieren un significado propio sólo dentro de una estructura familiar y una cultura específica. La manera en que la familia asigna dentro de ella los diferentes papeles, está estrechamente relacionada con su estilo de vida (1).

Un papel familiar implica las funciones asumidas o asignadas por una persona dentro del grupo familiar (1).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente estudio de investigación que realizo es para conocer, que factores en común comparten estas adolescentes que se embarazan, y así poder incidir en La disminución de los mismos y por ende las consecuencias que de esta derivan:

a). Problema social: interrupción de sus estudios, falta de oportunidad para estudiar, poca posibilidad de alcanzar un estudio superior, dificultad para encontrar un trabajo bien remunerado lo que hace que la adolescente viva en la pobreza y por consecuencia no le pueda dar una vida de calidad su hijo quienes están mas expuestos a la drogadicción, al pandillerismo, etc. Además de enfrentar el rechazo de la familia y de la sociedad en adolescentes que no se casan y el alto índice de divorcio en parejas que contraen nupcias.

b). problemas científicos: como la preeclampsia, partos prematuros, ruptura prematura de membranas, anemia, abortos secundarios a embarazos no deseados, y hasta la muerte materna o del producto secundario a alguna de estas complicaciones, bajo peso de producto al nacer, y prematurez del mismo. Lo que hace que el embarazo en adolescentes sea un problema real de salud.

Ante esta situación me surge la interrogante:

¿QUE FACTORES PRES DISPONEN EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES?

3. JUSTIFICACION:

Por la poca importancia que se le ha prestado a la adolescencia y a los altos índices de embarazo que se han presentado, se estima que en el ámbito mundial, cada año, 15 millones de niños nacen de madres adolescentes ⁽¹⁰⁾, mientras que en México es de 422 248 niños cada año y en el estado de Oaxaca particularmente el número de nacimientos provenientes de adolescentes es de 16 884 ⁽¹⁷⁾, en nuestro Hospital General de Zona con UMF 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Salina Cruz, Oax., es importante para mí determinar los factores que generan este problema en las adolescentes, ya que en el año 2005 se presentaron 49 embarazos en adolescentes, de un universo de 1003 adolescentes mujeres, lo que corresponde el 4.8%, en el turno vespertino del HGZ. Con UMF No. 2. de Salina Cruz Oax. Siendo de gran **magnitud** por los altos índices que se han presentado a nivel mundial, nacional, en nuestro estado y en este HGZ con UMF No. 2 del IMSS, en donde se realiza este estudio. Con una **trascendencia** de gran importancia ya que con los resultados obtenidos y las estrategias a realizar podemos incidir en la disminución del índice de estos embarazos, y con ello una comunidad con jóvenes que alcancen un mejor nivel de vida, donde se vea reflejado en el crecimiento y desarrollo de la misma, y por consecuencia a nivel estatal dejaría de ser un problema de salud pública. **Vulnerable** ya que la adolescencia es una población en riesgo por los cambios físicos, psicológicos y emocionales y **factible** por que se puede aplicar como parte de un programa de trabajo en donde se involucren todos los equipos de salud que tengan contacto con adolescentes. Además de que se trata de una población abierta y cooperadora.

4. OBJETIVOS:

4.1 OBJETIVOS GENERALES:

-Identificar los factores que predisponen que una adolescente se embarace, y así poder contribuir en la busca de alternativas de solución para la disminuir el número de embarazos en este rubro.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

-Identificar en estas embarazadas:

- En que tipo de familias se presentan más frecuentemente.
- La edad en que con más frecuencia se presenta.
- Su estado civil.
- Su escolaridad.
- La comunicación entre los subsistemas familiares.
- Estado civil de los padres.
- Conocimiento sobre sexo y sexualidad.
- Conocimiento sobre métodos de planificación familiar y su uso.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 Tipo de estudio:

Transversal, descriptivo, observacional, no comparativo, prospectivo.

5.2. Población, lugar y tiempo de estudio:

Se realizó en la Cd. de Salina Cruz Oax., en el H.G.Z. con UMF No. 2, con 47 derechohabientes del IMSS embarazadas adolescentes que acudieron a la consulta externa del turno vespertino, durante el 1 de abril del 2005 al 31 de marzo del 2006.

5.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra:

Muestra no aleatoria, no representativa, y a conveniencia del investigador.

5.4 Criterios.

a).- Inclusión:

- Derechohabientes con vigencia de derechos.
- Adolescentes embarazadas (12-19 años) que llevaron control prenatal en el turno vespertino de éste HGZ con UMF 2.
- Que acepten participar en el estudio.

b).- Exclusión:

- Pacientes dadas de baja por la institución.
- Pacientes que no completen la encuesta.
- Paciente que habiendo aceptado previamente participar en el estudio decida posteriormente no continuar.

c).- De no inclusión:

- Paciente no derechohabiente del HGZ con UMF No 2.
- Paciente que no acepte participar en el estudio.

5.5 Variables:

- Variables dependientes:

1.- Adolescentes embarazadas.

2.- Motivos de embarazo.

-Variables independientes inherentes al estudio:

- Datos sociodemográficos de la adolescente.

- Edad, ocupación, religión, escolaridad, estado civil, AGO: IVS, abortos, número de parejas sexuales.

5.6. Métodos o procedimiento para captar la información:

I.- Se captó diariamente a la embarazada adolescente que acude por primera vez a su control prenatal y que cumplieron con los criterios de inclusión, en los consultorios de medicina familiar del turno vespertino, acción realizadas por el médico familiar, la asistente médica del consultorio y por la enfermera del servicio de EMI.

II.- Se acudió a la revisión de la hoja RAIS del departamento de materno infantil y al departamento del SIMO para la obtención de los nombres y número de afiliación de las embarazadas que cumplan con los criterios de inclusión, que por algún motivo no fueron captadas en consultorio.

III.- Se tomó todo el universo de trabajo, que constituye todas las adolescentes embarazada del HGZ con UMF 2 del turno vespertino, con sede en la ciudad de Salina Cruz Oax.

IV.- Se citó a la adolescente embarazada para llevar acabo la encuesta, previa verificación de cumplimiento de criterios de inclusión e información de la importancia de realizar este estudio y la autorización de consentimiento informado por escrito.

V.- Instrumento de evaluación: Se realizó una revisión bibliográfica, no existiendo un instrumento válido y confiable que evalué este estudio, por lo que se procedió a diseñar una cédula de recolección de datos que consta de 8 secciones:

1.- Consentimiento informado de participación voluntaria.

2.- Ficha de identificación de la adolescente en estudio.

3.- Datos de la familia.

4.- factores familiares

5.- factores sociales

6.- factores económicos

7.- Factores culturales.

8.- Factores sexuales.

VI.- Se construyó una base de datos que se usó en el programa estadístico SPSS V10.0.

5.7 Materiales utilizados:

- Para obtener la información se necesitó de:

a) Recursos humanos: El investigador, 5 médico familiares adscritos en su consultorio en el turno vespertino, de un personal de estadística y vigencia, 1 enfermera de materno infantil del turno vespertino, 5 asistentes médicas.

b) Recursos materiales como son: disquetes, USB, computadora, escritorio, Internet, bolígrafos, lápices, hojas blancas, fotocopias, borradores, etc.

c) Recursos físicos: sala de espera, consultorio disponible de la clínica.

d) Recursos financieros: los propios del investigador.

6. Análisis estadístico:

Se realizó con medida de tendencia central, tasas, percepción, frecuencia y porcentajes de las variables.

7. Consideraciones éticas:

- Declaración de Helsinki, ley General de Salud de México en Materia de Investigación:

- De acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, el presente trabajo se apega al título segundo, capítulo 1, artículo 17, categoría 1, sobre "investigación sin riesgo" debido a que los individuos que participan en el estudio, únicamente aportan datos a través de una entrevista, lo cual no provoca daños físicos ni mentales, así mismo la investigación, no viola y esta de acuerdo con las recomenda-

ciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos contenidos en la declaración de “ Helsinki “ de la asociación médica mundial, enmendada en la 52ª asamblea general mundial celebrada en Edimburgo, Escocia en octubre 2000 (14).

Adicionalmente se solicitó la participación voluntaria mediante un texto que fue leído a cada persona que se le invitaba a participar. Dicho texto incluye en la sección 1 del instrumento.

8. Resultados

Se aplicó una encuesta con 85 ítems a 47 embarazadas adolescentes del turno vespertino del HGZ con UMF No.2 con sede en la ciudad de Salina Cruz Oax. en el período comprendido abril 2005-marzo 2006.

8.1. Tipología familiar

Por lo que respecta a la tipología familiar, se describen a continuación los resultados de las siguientes variables: estructura familiar, ciclo vital familiar, su desarrollo, demografía, integración y ocupación.

8.1.1 Estructura familiar

En cuanto a la estructura familiar se encontró que las 2 más frecuentes, fueron la familia nuclear con una frecuencia de 20 y la mononuclear en 14 familias. (cuadro 1.)

Cuadro 1. Estructura familiar

Familia	Frecuencia	Porcentaje
nuclear	20	42.6
nuclear ampliada	2	4.2
mononuclear	14	29.8
extensa	5	10.7
sin familia	1	2.1
Reconstruida	5	10.6
Total	47	100.0

8.1.2. Desarrollo familiar

Según su desarrollo se detectaron 32 familias modernas y 15 tradicionales.

8.1.3. Demografía familiar

En cuanto a su demografía por el tipo de derechohabientes que tiene acceso a la institución las 47 embarazadas adolescentes entrevistadas pertenecen a la de tipo urbano.

8.1.4. Integración familiar

En este caso se observó que 32 familias son integradas, 14 semi-integrada y solamente 1 desintegrada. (cuadro 3)

Cuadro 3. Integración familiar

	Frecuencia	Porcentaje
Integrada	32	68.0
semi-integrada	14	29.9
Desintegrada	1	2.1
Total	47	100.0

8.1.5. Ocupación familiar

En relación con la ocupación se encontró que la mayor frecuencia corresponde a la obrera con 32 familias, 7 de tipo profesional, 6 de tipo técnico y 2 familias campesina.

8.1.6 Ciclo vital familiar

De acuerdo a su ciclo vital se encontraron 42 familias en fase de dispersión y 5 en fase de independencia. (cuadro 2.)

Cuadro 2. Ciclo vital familiar

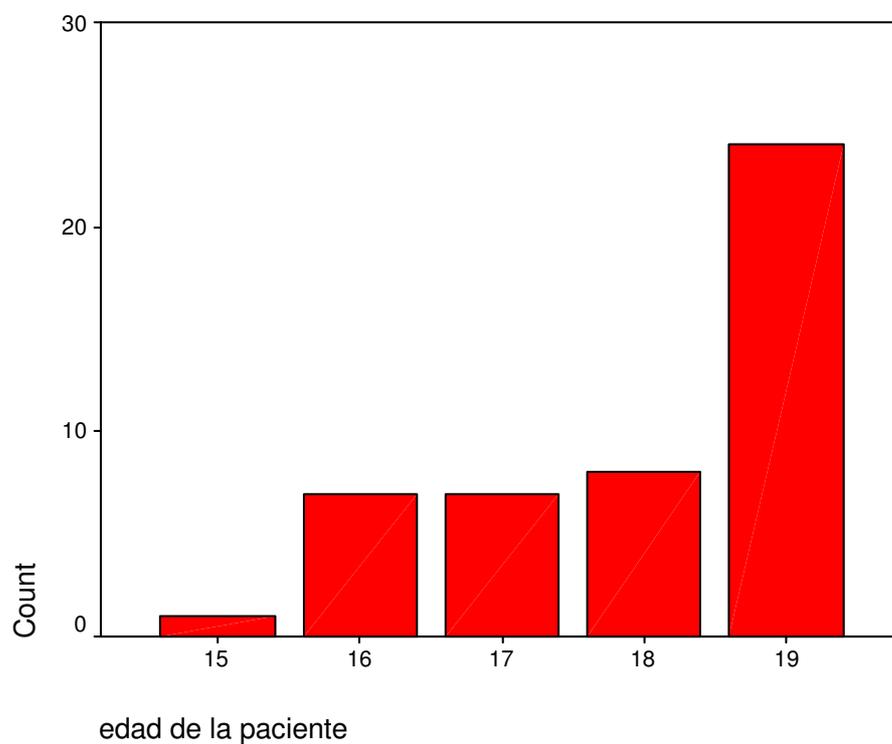
	Frecuencia	Porcentaje
Etapa de matrimonio	0	0
Etapa de dispersion	42	89.3
Etapa de independ- encia	5	10.7
Etapa de retiro y muerte	0	0
Total	47	100.0

8.2. Ficha de identificación

8.2.1. Edad de la adolescente

En cuanto a la edad se encontró que la mínima fue de 15 años y la máxima de 19 años, la más frecuente fue de 19 años en 24 adolescentes y 8 en adolescentes de 18 años. (gráfica 1)

Gráfica 1



8.2.2. Estado civil

Con respecto al estado civil de las adolescentes la frecuencia en la soltera fue de 28, casadas 15 y unión libre 4. (cuadro 4)

Cuadro 4. Estado civil de la paciente

Estado civil de la paciente	Frecuencia	Porcentaje
Casada	15	31.9
Soltera	28	59.6
Union Libre	4	8.5
Total	47	100.0

8.2.3. Escolaridad

La escolaridad de las embarazadas adolescentes fue desde el tercer año de primaria hasta primer año de profesional, observando que la mayor frecuencia se presentó en 15 con preparatoria completa, 11 con preparatoria incompleta y 10 con secundaria completa.

8.2.4. Ocupación

En cuanto a su ocupación se encontró que 29 son estudiantes, 10 se dedican al hogar y 8 se desempeñan como trabajadoras. (cuadro 5)

Cuadro 5. Ocupación de la paciente.

A que se dedica	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	10	21.3
Estudiante	29	61.7
Trabaja	8	17.0
Total	47	100.0

8.2.5. Religión

De acuerdo a su religión 44 son católicas, 1 testigo de Jehová, 1 adventista y 1 sin religión. (cuadro 6)

Cuadro 6. Religión de la paciente

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	44	93.6
Testigo de Jehová	1	2.1
Adventista	1	2.1
Sin Religión	1	2.1
Total	47	100.0

8.3. Factores sexuales

8.3.1. Si platicaban con sus padres sobre sexo o sexualidad

de los cuales 17 refirieron que sí y 30 que no, de los cuales 20 manifestaron que por mala comunicación con sus padres, 6 por respeto a ellos, 2 por miedo y 2 por falta de contacto.

8.3.2. ¿Recibió orientación sexual?

12 no recibieron orientación sexual y 35 sí, de los cuales 31 obtuvo información en la escuela, 12 por los padres, 2 por amigos y 2 por radio y televisión.

8.3.3. ¿Conoce o sabe que es un método de planificación familiar?

En este caso 40 respondieron que sí y 7 que no.

8.3.4. ¿cuál fue el motivo por el que se embarazo?

En esta variable se encontró que 29 se embarazaron por no utilizar un método anticonceptivo como protección, 11 por deseo de embarazarse y 7 por falta de orientación con respecto al uso de un método anticonceptivo. (cuadro 7)

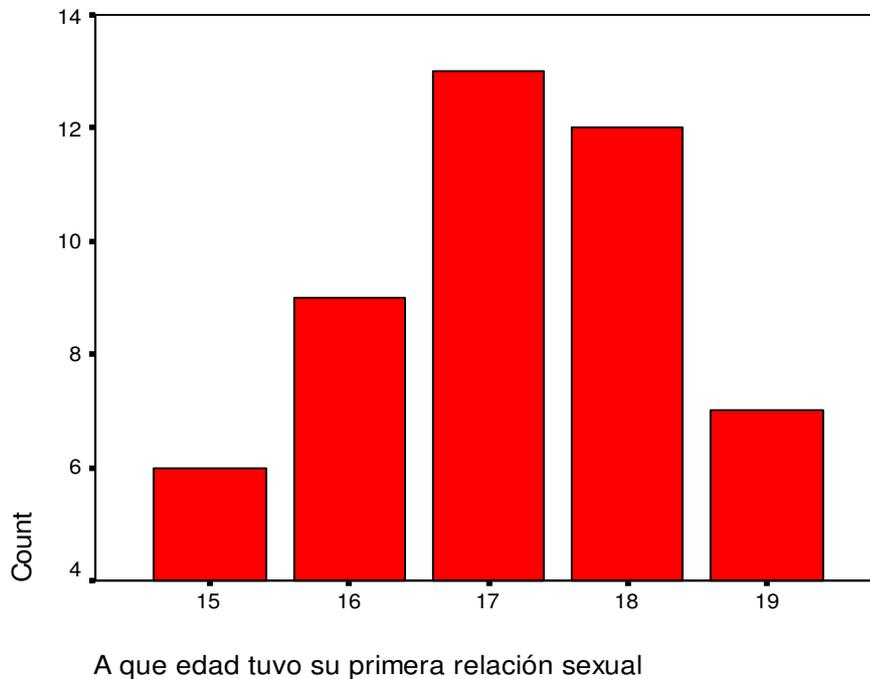
Cuadro 7. Cual fue el motivo por el que se embarazó

Motivo	Frecuencia	Porcentaje
Falta de uso de algún método anticonceptivo	29	61.7
Deseaba embarazarme	11	23.4
Por falta de orientación	7	14.9
Total	47	100.0

8.3.5. ¿A que edad tuvo su primera relación sexual?

La mayor frecuencia se presentó en 13 adolescentes de 17 años, 12 adolescentes de 18 años, 9 adolescentes de 16 años. (gráfica 2)

Gráfica 2



8.3.6. ¿Utiliza algún método anticonceptivo?

De las 47 adolescentes encuestadas 30 contestaron que no y 17 que si, de las cuales 13 utilizaron preservativos, 3 el coito interruptus y 1 con hormonales inyectables.

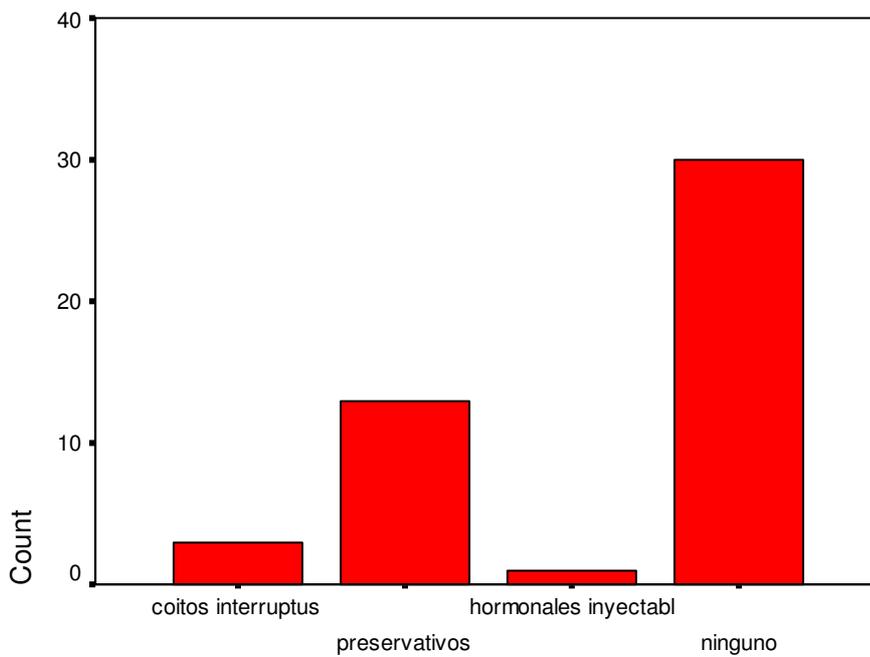
8.3.7. ¿sabe la diferencia entre sexo y sexualidad?

De las cuales 37 contestaron que sí y 10 que no.

8.3.8. ¿Utilizó algún método anticonceptivo y cuales son ?

Del total de adolescentes embarazadas 30 no utilizaron ningún método anti-conceptivo y 17 sí, de los cuales 13 usaron preservativos, 3 coito interruptus y 1 hormonales inyectables. (gráfica 3)

Gráfica 3



Que tipo de método anticonceptivo utiliza

8.3.9. ¿Sabes la diferencia entre sexo y sexualidad?

En este caso 37 respondieron que sí y 10 que no sabían.

8.3.10. ¿Utilizó algún método anticonceptivo en su primer relación sexual, cuales utilizó y en donde lo obtuvieron?

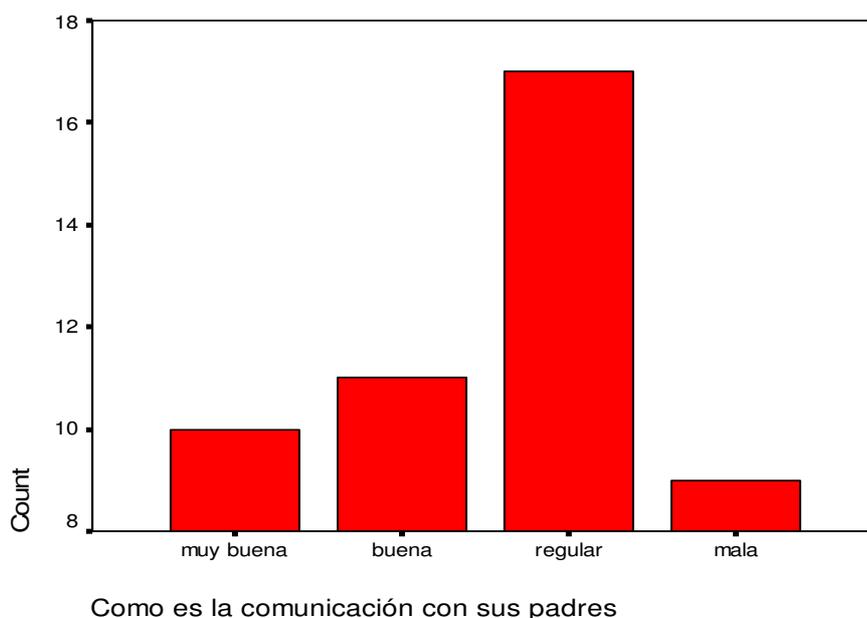
Del total 35 no utilizaron ningún método y 12 sí, de los cuales 10 con preservativos, 1 con hormonales orales y 1 con hormonales inyectables, los cuales obtuvieron en las farmacias.

8.4. Factores familiares

8.4.1. ¿Cómo es la comunicación con sus padres?

En relación a este ítems 17 respondieron que la comunicación con sus padres es regular, 11 es buena, 10 es muy buena y 9 con mala comunicación. (Gráfica 4).

Gráfica 4



8.4.2. ¿vive usted con sus padres?

Del total de encuestadas 30 contestaron que sí y 17 que no.

8.4.3. ¿Afectó la noticia de su embarazo a la familia?

Se encontró que 35 familias si le afectó y 12 no. (Cuadro 8)

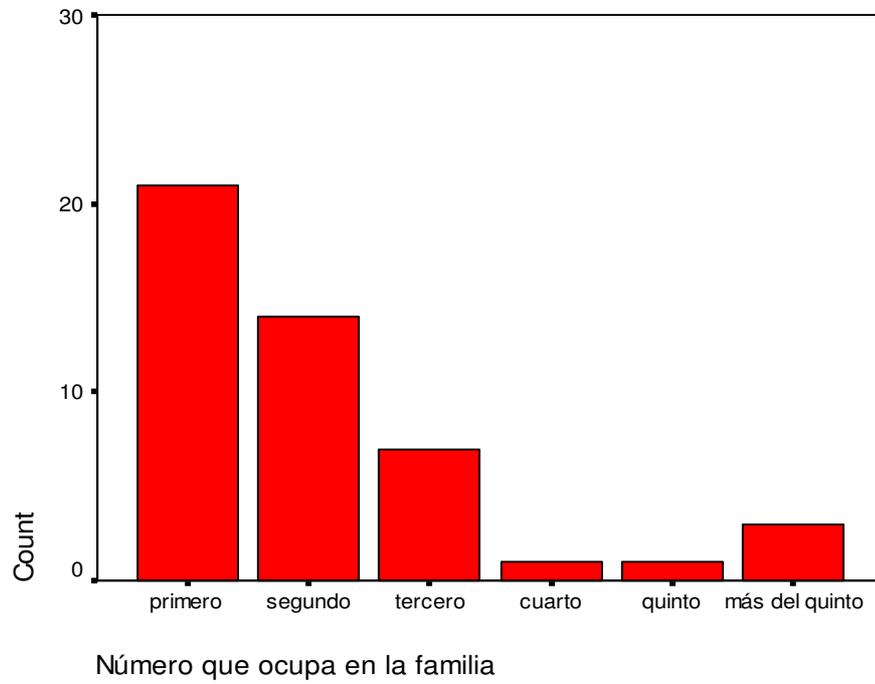
Cuadro 8. Afectó la noticia de su embarazo a la familia

	Frecuencia	Porcentaje
Si	35	74.5
No	12	25.5
Total	47	100.0

8.4.4. Número de hijo que ocupa en la familia

La mayoría de los embarazos se presentaron en los primeros hijos en número de 21 y en los segundos en número de 14. (Gráfica 5)

Gráfica 5



8.4.5. ¿Cómo es la relación con los hermanos?

De las 47 adolescentes embarazadas encuestadas 26 respondieron tener buenas relaciones con sus hermanos, 11 muy buenas relaciones, 10 regular. (Cuadro 9)

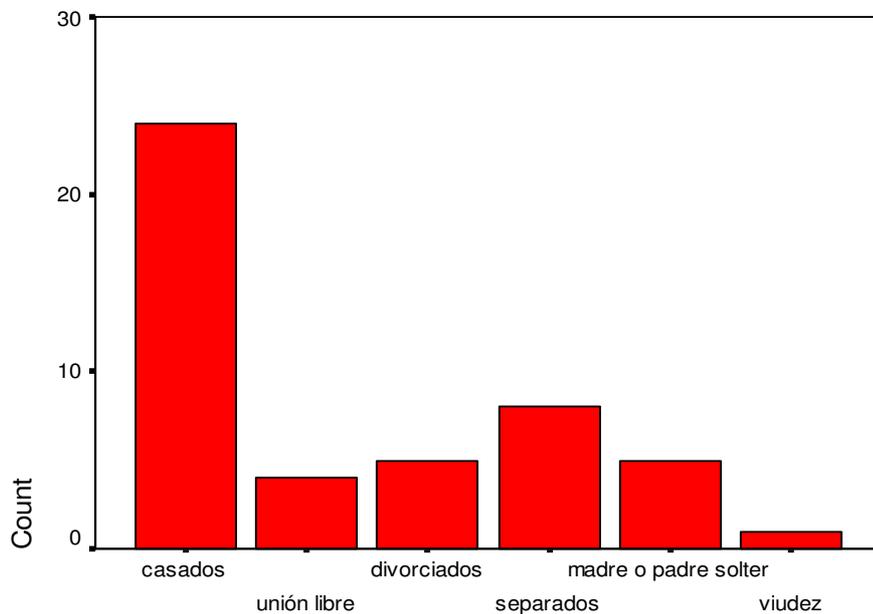
Cuadro 9. Cómo es la relación con sus hermanos

	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	11	23.4
Buena	26	55.3
Regular	10	21.3
Total	47	100.0

8.4.6. ¿Cuál es el estado civil de sus padres?

En esta variables se encontró que 24 sus padres son casados, 4 unión libre, 5 divorciados, 8 separados, 5 madres o padres solteros y una viudez. (Gráfica 6)

Gráfica 6



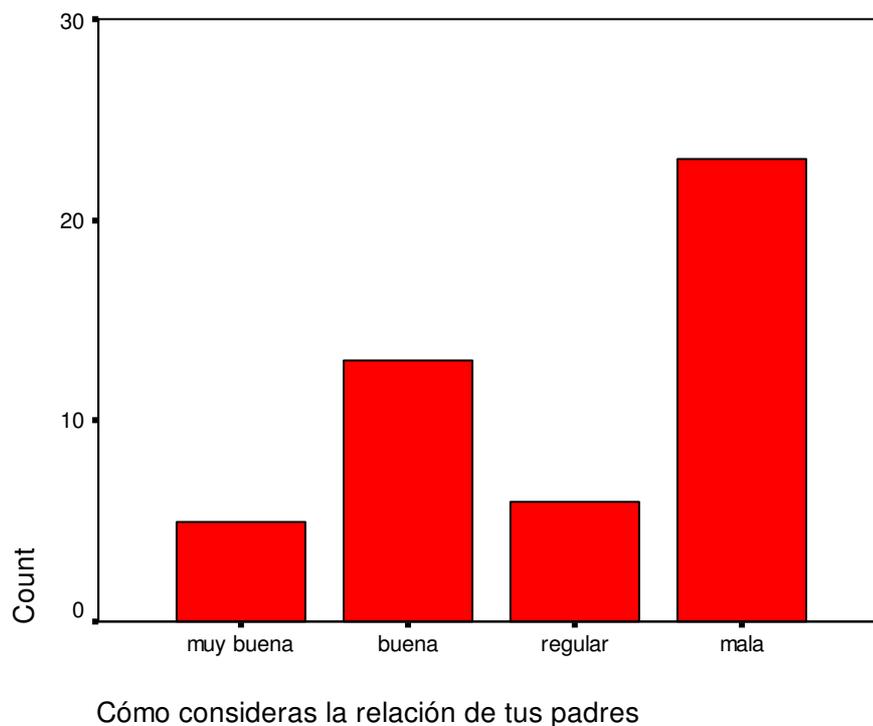
Cuál es el estado civil de tus padres

8.4.7. ¿Como consideras la relación de tus padres?

En esta variable 23 contestaron que la relación de sus padres son malas, en 13 las relaciones son buenas, en 6 la relación es regular y en 5 son muy buenas.

(Gráfica 7)

Gráfica 7



8.4.8. ¿En su familia comen diariamente juntos?

En este caso se encontró que 16 familias comen juntos y 31 no.

8.4.9. ¿Cómo se siente respecto a su embarazo?

De las cuales 21 contesto que se siente contenta, 18 se sentían preocupadas, 6 con miedo y 2 se encontraban triste.

8.5. Factores sociales

8.5.1. ¿Su religión le prohíbe tener relaciones sexuales antes de casarse?

En relación a este ítems 30 respondieron que sí y 17 que no.

8.5.2. ¿En su familia hay casos de alcoholismo?

En esta variable se encontró que en 22 familias existen casos de alcoholismo y en 25 no. Y de estos 22 casos de alcoholismo 20 fueron los padres, 1 madre y 1 hermano. (Cuadro 10)

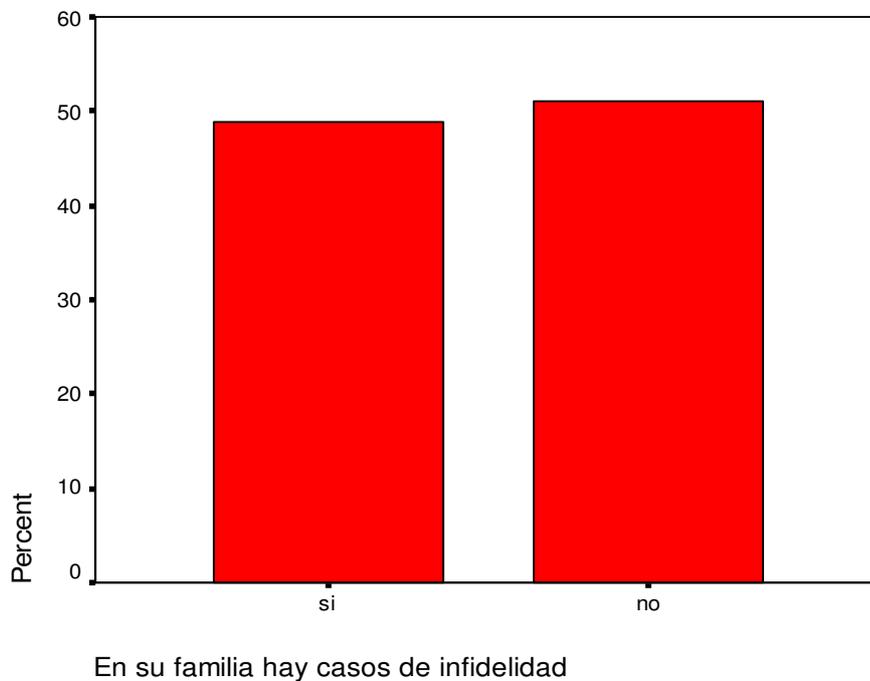
Cuadro 10. En su familia hay alcoholismo

	Frecuencia	Porcentaje.
Si	22	46.8
No	25	53.2
Total	47	100.0

8.5.3. ¿En su familia hay casos de infidelidad?

De los cuales 23 respondieron que sí y 24 que no. (Gráfica 8)

Gráfica 8



8.5.4. ¿Cuándo te embarazaste vivías con tus padres?

Se encontró que 32 vivían con sus padres y 15 no.

8.5.5. ¿estudiabas cuando te embarazaste?

Se encontró que 33 sí y 14 no. (Cuadro 11)

Cuadro 11. Estudiabas cuando te embarazaste

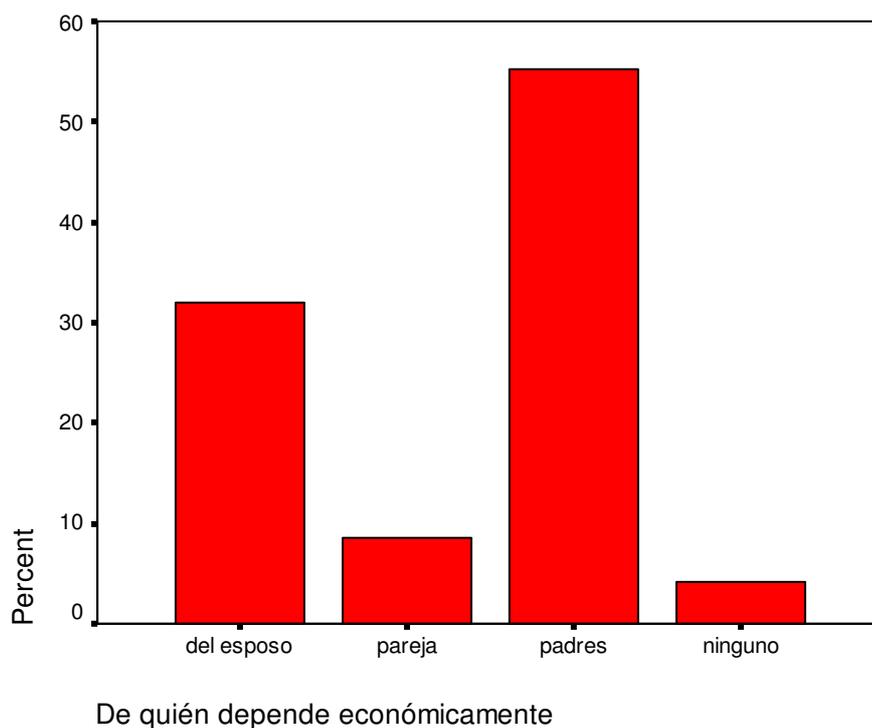
	Frecuencia	Porcentaje
Si	33	70.2
No	14	29.8
Total	47	100.0

8.6. Factores económicos

8.6.1. ¿De quién depende económicamente?

26 respondieron que de sus padres, 15 de sus esposos, 4 de sus parejas y 2 que no dependían de nadie sino de ellas mismas. (Gráfica 9)

Grafica 9



8.6.2. ¿Usted trabaja?

En esta variable se encontró que 39 no trabajaban y 8 si, de las cuales su salarios mensuales fluctúan entre los 2000 y 4000 mil pesos.

8.6.3. ¿Su pareja lo apoya económicamente?

De las cuales 33 respondieron que si y 14 no.

8.7. Factores culturales

8.7.1. ¿En su lugar de origen, a que edad consideran que deben casarse las mujeres?

43 respondieron que después de los 20 años, 3 al s 20 años y 1 a los 18 años.

8.7.2. ¿usted acude a misa regularmente?

Se encontró que 39 no acudían a misa y 8 si.

9. Discusión

Definitivamente la adolescencia es una etapa en el ciclo vital individual que involucra a la familia en forma importante, independientemente de ser un período de transición crítico con importantes cambios físicos y emocionales. Por lo que se realizó este estudio para saber si existen factores que puedan predisponer a la adolescente a un embarazo, antes de la edad ideal. Este estudio coincide con los de Juárez M.S.(6) en donde el embarazo de las adolescentes son multifacéticos y en nuestras adolescentes se encontraron trastornos en los diferentes factores estudiados, además de que no respeta grupos sociales ni económicos, de acuerdo a datos arrojados en este estudio.

En nuestra investigación nos arrojó datos como lo mencionan Anarney Mc. Kreipe(4) que el embarazo en las adolescentes es un marcador de factores sociodemográficos como la pobreza, educación deficiente, soltería y otra raza que no sea la blanca.

Nuestro estudio no coincide con estudios realizados por investigadores(12) quienes refieren que la religión cumplen funciones esenciales que protegen a las adolescentes contra relaciones sexuales prematuras y el embarazo, ya que nuestras encuestas arrojaron datos donde nuestras adolescentes refirieron en más del 90 por ciento pertenecer a una religión sin que este fuera un motivo para no embarazarse, ya que el embarazo se presentó en ellas.

10. Conclusión

En este estudio que se realizó en este HGZ con UMF. No. 2 del IMSS, con sede en la ciudad de Salina cruz Oax. Se concluye que el embarazo en las adolescentes es multifactorial, ya que se obtuvieron datos que lo respaldan, como la pobreza, dado a que por su ocupación de las familias, la obrera ocupó el primer lugar, y en el caso de las familias profesionales y técnicas se observaron en ellas más casos de infidelidad y alcoholismo. También se encontró en la mayoría de las familias la falta de comunicación entre los subsistemas familiares sobre todo en la paterno-filial; se obtuvo también que las familias en donde más se presentó el mayor numero de adolescentes embarazadas fue la moderna, deduciendo que se deba al poco tiempo que se le dedica a los hijos, ya que la madre también trabaja, lo que se traduce que la comunicación entre el subsistema paterno-filial se encuentre afectado permitiendo que este fenómeno motivo de estudio se presente. Además se obtuvieron datos en donde la integración familiar de estas adolescentes se ve afectada, ya que en 15 de ellas se

presentaron casos de divorcios y separación, lo que hace que las familias se contraigan y den por resultados familias semi-integradas, mononucleares, des-integradas y reconstruidas, faltando así la autoridad en estas familias, heredando la falta de valores morales, disminución del autoestima de estas jóvenes lo que hace que esta busque afecto en sus pares y como consecuencia el embarazo. También se encontró un gran número de adolescentes con desconocimiento real sobre sexo, sexualidad y la utilización de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual y en las subsecuentes, ocasionando las consecuencias que es el motivo de mi inquietud de haber realizado este estudio.

Recordemos que el adolescente de hoy es el futuro del mañana y que nuestro compromiso es legar a nuestra sociedad adolescentes responsables y de altos valores morales.

10.1. Estrategias

1. Favorecer en las familias de origen el dialogo y comunicación, no solo en lo referente a métodos anticonceptivos, sino a la resolución de problemas generados dentro de la dinámica familiar.
2. Mejorar la información otorgada a las adolescentes sobre tópicos sexuales y anticoncepción no segura.
3. Incrementar los medios informativos en torno al riesgo materno-infantil en mujeres jóvenes.
4. Incluirse en los programas preventivos de embarazo a los jóvenes adolescentes.
5. Instituir programas educativos dirigidos a los jóvenes en donde a través de técnicas grupales de motivación y participación se otorgue información de sexualidad, sexo seguro y métodos de planificación familiar.
6. Fomentar en las familias las manifestaciones de afecto, respeto y amor entre sus miembros.
7. Reforzar en las familias su capacidad para enfrentar y resolver los problemas que involucran a un miembro o a toda la familia, mediante el conocimiento de instancias dedicadas a ello, ya sean institucionales o extra institucionales.
8. Concientizar a las adolescentes sobre las expectativas de vida que desean tener, incrementar su autoestima, reforzar sus valores, creencias y costumbres con la finalidad de evitar los embarazos no deseados y/o el fracaso personal, profesional ante una sociedad cambiante.

9. la manera de llevar acabo estas acciones, primeramente es entrevistarse con el director del HGZ. Con UMF 2, donde se llevó acabo este estudio de investigación y mostrar lo resultados obtenidos, con lo cual quede conciente que el embarazo en adolescentes en nuestro centro de trabajo es una realidad hoy en día, y que después de detectar cuales son los factores mas importantes que predisponen el embarazo en las adolescentes, es necesario intervenir en este rubro para disminuir el indice que se obtuvo, a través de los equipos de salud con que contamos a nivel intramuros y extramuros.

11. Bibliografía

1. Meneses GJ, Armengol OJ, Arias CL, Piña AC. PAC MF-1, Colegio Mexicano de Medicina Familiar (libro 1).
2. Rubinstein A, Terán S, Durante E, Rubinstein E, Carrete P. Medicina familiar y práctica médica ambulatoria. Editorial médica panamericana S.A. 2001.
3. Anarney Mc, Kreipe, Orr, Comerci. Medicina del adolescente. Editorial Médica Panamericana S.A. Junio 1997.
4. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Salud Reproductiva. Prevención del embarazo en la adolescencia.
5. Castilla GR, Cereso L, Cañete ER. Adolescente y fuentes de información de sexualidad: preferencias y utilidad percibida. Atención Primaria. Publicación oficial de la sociedad española de Medicina de Familia y comunitaria, volumen 21, número 1. Enero 2001.
6. Juárez MS, et. al. Factores familiares asociados al embarazo en un grupo de adolescentes mexicanas. Archivos en Medicina Familiar, An Internacional Journal, volumen 5, número 4, octubre-diciembre 2003.
7. Areosa SA, Hernandez PI, Domínguez GN, López CF, Sutil MP Y de la Torre GP. ¿Hemos de cambiar nuestro punto de vista sobre el embarazo en la adolescencia? . Atención Primaria. Publicación Oficial de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Volumen 22, Número 6. 15 de octubre 1998.
8. Carreón VJ, Mendoza SH, Pérez HC, Gil AI, Soler HE, y González SR. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. Archivos en Medicina Familiar. An Internacional Journal. Volumen 6, número 3, octubre-diciembre 2003.
9. Cueva AV, Olvera GJ, y Chumacera LR. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguir Social, volumen 43, número 3, mayo-junio 2005.
10. Martínez MR. Embarazo en adolescentes. La salud del niño y el adolescente, 3ª edición/95.
11. SOLIDARIDAD. NEL. el Portal de la Solidaridad
12. teen Pregnancy Prevención: HISPANIC teens-Nueve
13. Villanueva AR, et. Al. Diccionario mosby. Ediciones Harcourt España, s.a. quinta edición.
14. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, adaptada en la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Filadelfia, junio 1964, enmendada en la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Oct. del 2000.
15. 1ª Reunión de consenso Académico en Medicina Familiar de organizaciones e instituciones educativas y de salud. Archivos en Medicina Familiar An Internacional Journal, vol 7, 2005, supl. 1:13-15.
16. Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina Fj, Fundamentos de Medicina Familiar, Editorial

Medicina Familiar; 7ª. Edición 2000:25-46,67-78.

17. INEGI Oaxaca. Estadísticas Demográficas 2005.

12. ANEXOS

12.1. Consentimiento informado:

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
IMSS-UNAM 2004 SEDE HGZ No. 2
SALINA CRUZ, OAX.

FECHA----- No. AFILIACION-----

TITULO

“FACTORES QUE PREDISPONEN EL AMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES DEL TURNO VESPERTINO EN EL HGZ. CON UMF: 2 DE LA CIUDAD DE SALINA CRUZ OAX.”

USTED ESTÁ SIENDO INVITADA A FORMAR PARTE DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN Y DEBE DECIDIR SI DESEA PATICIPAR EN EL.

LEA CUIDADOSAMENTE LOS SIGUIENTES PUNTOS Y PLANTEE AL PERSONAL DE SALUD TODAS LAS PREGUNTAS QUE TENGAN.

- ¿POR QUE SE ESTÁ REALIZANDO ESTE ESTUDIO?
El embarazo en adolescentes es cada día más frecuente en nuestra sociedad, siendo en la actualidad un problema real de salud pública, y debido a sus consecuencias de salud, económicas y sociales que contrae para con la vida de la adolescente, es importante saber cuales son los factores mas frecuentes que predisponen el embarazo en estas jóvenes, para así poder incidir, en disminuir el número de estos.
- ¿QUE ME PEDIRAN QUE HAGA Y CUALES SON LAS CONDICIONES DE MI PARTICIPACIÓN?
Es necesario que acuda al HGZ No. 2 de Salina Cruz, Oax. Cuando se le cite.
- ¿POR CUANTO TIEMPO FORMARÉ PARTE DEL ESTUDIO?
El estudio durará un año del 1 de abril del 2005 a 31 de marzo del 2006. y solamente se le citará en una ocasión.
- ¿CUANTAS EMBARAZADAS PARTICIPARAN EN EL ESTUDIO?
Todas las embarazadas adolescentes que se capten en el período del 1 de abril 2005 al 31 de marzo 2006.

- ¿QUE RIESGOS PUEDE TENER MI FAMILIA POR PARTICIPAR EN EL ESTUDIO?

Ninguno ya que solo se le aplicará una encuesta y de las respuestas y los resultados solo tendrá conocimiento el investigador.

- ¿QUE BENEFICIOS PUEDO ESPERAR?

Detectar a tiempo los motivos que la hayan predisposto al embarazo y por consiguiente abatir lo detectado; y no vuelva a presentarse nuevamente el caso.

- ¿A QUIÉN PUEDO LLAMAR SI TENGO DUDAS O DESEO REALIZAR UNA PREGUNTA?

Para preguntar acerca de sus derechos como participante, comunicarse con la Dra. Estelita Díaz Díaz al teléfono No. 019957214086.

- ¿PUEDO REHUSAR PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

Su participación en este estudio es voluntaria y usted puede elegir no formar parte sin que se vea afectada su familia.

HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y TODAS MIS PREGUNTAS HAN SIDO RESUELTAS Y ACEPTO FORMAR PARTE DEL ESTUDIO.

NOMBRE DE LA EMBARAZADA ADOLESCENTE:-----

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE DEL ESTUDIO.

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO:

12.2. Encuesta

SECCIÓN A FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y DATOS DE LA FAMILIA

Nombre de la adolescente:

Afiliación:

Dirección.

Teléfono:

- 1.- ¿Cuál es su edad? _____ 2.- ¿Cuál es su estado civil? C__S__ UL__ V__ 3.-
¿Hasta que año estudió? _____ 4.- ¿A qué se dedica? _____ 5.-
¿Cuál es su religión? _____

DATOS DE LA FAMILIA

- 6.- ¿Cuántas personas habitan en su casa? _____

7.-Parentesco													
8.-Sexo													
9.-Edad													
10.-Escolaridad													
11.-Trabaja													

12.- Estructura familiar: Nuclear () Extensa () extensa compuesta ()
mononuclear () reconstruida ()

13.- Etapa del ciclo vital de la familia: Matrimonio () Expansión () Dispersión ()
Independencia () Retiro y muerte ()

14.- Clasificación de la familia en base a su desarrollo: Moderna () Tradicional ()
Arcaica o primitiva ()

15.- En base a su Demografía: Urbana () Rural ()

16.- En base a su integración: Integrada () Semi-integrada () Desintegrada ()

17.- En base a su ocupación () Campesina () Obrera () Técnica ()
Profesional técnica () Profesional ()

FACTORES SOCIALES:

- 18.-Su religión le prohíbe hablar sobre sexo y sexualidad? Sí () no ()
- 19.-Su religión le prohíbe tener relaciones sexuales antes de casarse? Sí ()
no ()
- 20.-El aborto está prohibido por su religión? Sí () no ()
- 21.-En su familia existe casos de alcoholismo? Sí () no ()
- 22.-Quien? Padre () madre () hermano () tío () otro. ()
- 23.-En su familia existe caso de infidelidad? Sí () no ()
- 24.-Quienes trabajan fuera del lugar de radicación:
Padre () madre () ambos ()
- 25.-Cuando se embarazó vivía con sus padres? Sí () no ()
- 26.-Estudiaba cuando se embarazó: sí () no ()
- 27.-Si estudiaba, era fuera del lugar de residencia de los padres? Sí ()
no ()
- 28.-Si vivía fuera del lugar de residencia, sus padres la visitaban con frecuencia?
Sí () no ()

FACTORES ECONÓMICOS:

- 29.-De quién depende económicamente? : del esposo () pareja() padres()
Otro ()
- 30.-Usted trabaja? Sí () no ()
- 31.-De cuanto es su ingreso mensual? \$1000 () \$ 2000 () \$3000 ()
\$4000 () Mas de \$4000 ()
- 32.-Su pareja lo apoya económicamente? Sí () no ()
- 33.-A que se dedica su padre?

- 34.-A que se dedica su madre?

- 35.-Hasta que año estudio su papa? Prim. incompleta () prim. Completa ()
secundaria () Bachillerato () carrera técnica () profesional ()
otros () analfabeta ()
- 36.-Hasta que año estudió su mamá? Prim. Incompleta () prim. Completa ()
secundaria () Bachillerato () carrera técnica () profesional ()
otros ()

FACTORES SEXUALES:

- 37.-Habla con sus padres sobre sexualidad? Sí () no ()
- 38.-Si la respuesta es no, por que? Por mala comunicación () por miedo ()
por falta de contacto con ellos () por respeto a ellos () por que sus padres no
la entienden () Otras causas cual?-----
- 39.-Recibió orientación sexual? sí() no ()
- 40.-Sabe la diferencia entre sexo y sexualidad? Sí () no ()
- 41.-Quién le proporcionó información acerca de sexo y sexualidad? Padres ()
escuela () amigos () médico () Internet () revistas pornográficas ()
películas () Medios de comunicación () otros ()
- 42.-Conoce o sabe que es un método de planificación familiar? Sí () no ()
- 43.-Cuántas parejas sexuales ha tenido? 1 () 2 () 3 () más de 4 ()
- 44.-Quién propuso la relación sexual?
Su pareja () usted () ambos ()
- 45.-Platicaron acerca de un posible embarazo? Sí () no ()
- 46.-Cual fue el motivo que se embarazó?
-
- 47.-Su pareja lo apoyó al saber su embarazo? Sí () no ()
- 48.-Considera que al embarazarse era mas fácil para salirse del núcleo familiar?
Sí () no ()
- 49.-Le gusta leer, ver revistas o películas pornográficas? Sí () no ()
- 50.-A que edad tuvo su primer relación sexual? 13a () 14a () 15a ()
16a () 17a () 18a () 19a ()
- 51.-Ha presentado algún aborto? Sí () no ()
- 52.-En caso que la respuesta haya sido sí, hubo complicaciones?
Sí () no ()
Cual? Sepsis () perforación uterina () hemorragia uterina ()
Otros ()
- 53.-Utiliza algún método anticonceptivo? Sí () no ()
- 54.-Que tipo de método utiliza? Ritmo () coitos interruptus () diu ()
preservativo () Hormonales orales () hormonales inyectables () otros ()
ninguno ()
- 55.-Tiene duda sobre la sexualidad? Sí () no ()
- 56.-El tener relaciones sexuales le ocasionó repercusiones emocionales? Sí ()
no ()

- 57.-Utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual? Sí ()
no ()
- 58.-Si la respuesta es sí, que tipo de método utilizó? Ritmo ()
coitus interruptus () DIU () hormonales inyectables () hormonales orales
() preservativos () otros ()
- 59.-En caso que hubiera utilizado algún tipo de método anticonceptivo? En donde lo
obtuvo?
En la casa de usted () En la casa de su pareja ()
En la farmacia () En clínica de primer nivel () Baños públicos ()
Otros no especificados ()
- FACTORES FAMILIARES**
- 60.-Como es la comunicación con sus padres?
Muy buena () buena () regular () mala ()
- 61.-Con quién siente más apoyo? Padre () madre () abuelo () tíos ()
hermano ()
- 62.-Vive usted con sus padres? Sí () no ()
- 63.-En caso de que la contestación sea negativa, en donde vive usted? Sola ()
En casa de sus abuelos () tíos () hermanos () vecino () otros ()
- 64.-Afecto la noticia de su embarazo a la familia? sí () no ()
- 65.-Numero que ocupa en la familia? 1°. () 2do. () 3°. () 4to ()
5° ()
- 66.-Relación con sus hermanos? Muy buena () buena () regular ()
mala ()
- 67.-Estado civil de sus padres. Casados () unión libre () divorciados ()
madre soltera () viudez ()
- 68.-La relación de sus padres la consideras: muy buena () buenas ()
regular () conflictivas ()
- 69.-En su familia se habla con franqueza. Si () no ()
- 70.-Su familia la escucha? Si () no ()
- 71.-Su familia es cariñosa? Si () no ()
- 72.-Es difícil llegar a un acuerdo con su familia? Sí () no ()
- 73.-En su familia expresan abiertamente su cariño? Sí () no ()
- 74.-En su familia se preocupan por los sentimientos de los demás miembros? Sí ()
no ()
- 75.-le agrada estar en su familia? Si () no ()
- 76.-Cuando tiene problemas se lo plática a su familia? Sí () no ()

- 77.-En su familia comen diariamente juntos todos? Sí () no ()
- 78.-Las comidas en su casa son amigables y placenteras? Si () no ()
- 79.-Su embarazo fue deseado? Sí () no ()
- 80.-Su embarazo fue aceptado? Sí () no ()
- 81.-Como se siente respecto a su embarazo? Contenta () triste ()
con miedo () Preocupada () no especifica ()

FACTORES CULTURALES:

- 82.-En su lugar de origen, a que edad consideran que deben casarse las mujeres?
Antes de los 15 años () a los 18 años () a los 20 años ()
después de los 20 años ()
- 83.-Considera importante vestirse en la forma típica de de la región?
Sí () no ()
- 84.-Usted decidió iniciar con relaciones sexuales por que su amiga lo hacia?
Sí () no ()
- 85.- Usted acude a misa regularmente? Sí () no ()