

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DE
INVESTIGACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA

UNIDAD SEDE DE MEDICINA FAMILIAR No. 34
GUADALAJARA, JALISCO

“FACTORES ASOCIADOS QUE FAVORECEN EL
EMBARAZO EN ADOLESCENTES DERECHOHABIENTES DE
LA U.M.F. No. 155 EN TIZAPAN EL ALTO JALISCO”

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

CÉSAR HERNÁNDEZ ESPINO

GUADALAJARA, JALISCO

2008



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 ASOCIADOS QUE FAVORECEN EL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES DERECHOHABIENTES DE LA UMF No 155 EN
TIZAPAN EL ALTO JALISCO**

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

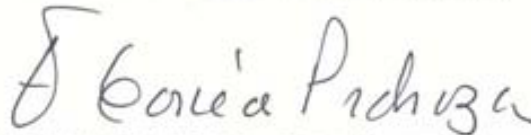
PRESENTA

CESAR HERNANDEZ ESPINO

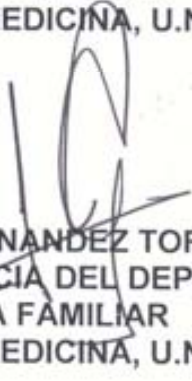
AUTORIZACIONES



**DR. FRANCISCO JAVIER GOMEZ CLAVELINA
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 HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

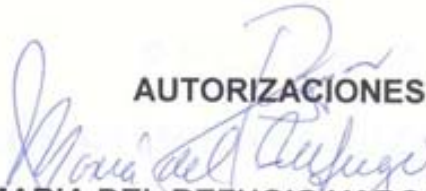
“FACTORES ASOCIADOS QUE FAVORECEN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DERECHOHABIENTES DE LA U.M.F. No. 155 EN TIZAPAN EL ALTO JALISCO.”

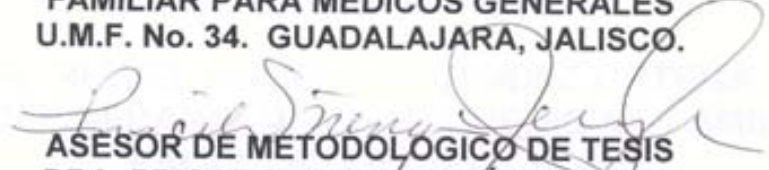
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

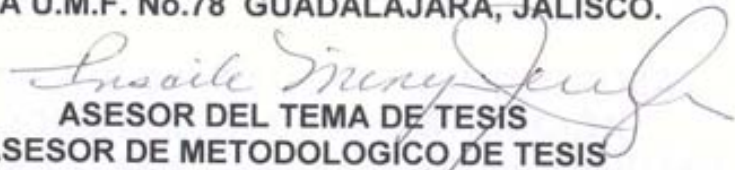
PRESENTA

CÉSAR HERNÁNDEZ ESPINO

AUTORIZACIONES


DRA. MARIA DEL REFUGIO VARGAS ZAMBRANO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
U.M.F. No. 34. GUADALAJARA, JALISCO.


ASESOR DE METODOLOGICO DE TESIS
DRA. PRISCILA MIREYA JIMÉNEZ ARIAS
COORDINADOR CLINICO DE EDUC. E INV. MEDICA
EN LA U.M.F. No.78 GUADALAJARA, JALISCO.


ASESOR DEL TEMA DE TESIS
ASESOR DE METODOLOGICO DE TESIS
DRA. PRISCILA MIREYA JIMÉNEZ ARIAS
COORDINADOR CLINICO DE EDUC. E INV. MEDICA
EN LA U.M.F. No.78. GUADALAJARA, JALISCO.

DR. LUIS ALEJANDRO SANTANA CHAVEZ.
COORDINADOR CLINICO DE EDUC. E INV.
MÉDICA U.M.F. No. 34. GUADALAJARA, JALISCO

GUADALAJARA, JALISCO
2008

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

INDICE GENERAL.

TITULO DE LA TESIS.....	1
INDICE.....	4
ANTECEDENTES.....	5
MARCO TEÓRICO	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
JUSTIFICACIÓN.....	17
OBJETIVOS.....	18
- GENERAL	
- ESPECIFICOS	
METODOLOGÍA.....	19
- TIPO DE ESTUDIO	
- POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	
- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	
- CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACIÓN...	
- VARIABLES DE ESTUDIO	
- DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES	
- PROCEDIMIENTOS	
- CONSIDERACIONES ÉTICAS	
RESULTADOS.....	23
- ANÁLISIS ESTADÍSTICO	
DISCUSIÓN.....	29
CONCLUSIONES.....	31
BIBLIOGRAFIA.....	33
ANEXOS	
- CONSENTIMIENTO INFORMADO (ANEXO 1)	
- FACE III (ANEXO2)	
- ESCALA DE GRAFFAR - MENDEZ CASTELLANOS	

ANTECEDENTE

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender .¹

Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente esta cada vez mas lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que el sistema político en la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda .¹

En España actualmente es imposible conocer el número de adolescentes que abortan. Solo 2/3 de los embarazos de adolescentes llegan al nacimiento de un hijo y de los nacidos, un 4% son dados en adopción y un 50% permanecen en hogar de madre soltera .Un 8% de las adolescentes embarazadas abortan y un 33% permanecen solteras durante el embarazo.¹

Un estudio realizado en la ciudad de la Habana 1997 por la Dra. Ángeles Vázquez y cols. Sobre embarazo en adolescencia encontraron que la edad materna que predomino en las adolescentes fue el grupo de 19 años con el 29,1%, pero el 50,9% lo constituían menores de 18 años. No se encontró ningún caso de 12 años, la muestra estudiada represento el 64,4% del total de embarazadas adolescentes .²

Otro estudio realizado en Santiago de Chile 2004 relacionado con embarazo en adolescencia y su relación con la deserción escolar, muestra 216 adolescentes embarazadas durante el embarazo desertaron 130 casos. El 100% adolescentes estudiadas el 60% desertaron durante el embarazo .Las adolescentes pertenecían al nivel socioeconómico bajo, eran en su mayoría solteras, los motivos de deserción fueron la vergüenza (41.6%) las complicaciones obstétricas (31.7%) en 6 casos el colegio puso obstáculos para continuar los estudios (4.2%). Se comprobó que a menor educación de los padres mayor deserción escolar de los hijos.³

Desde hace tiempo se ha informado de embarazos de niñas y adolescentes muy jóvenes ⁴ .En México en 1990 existían en el país 4,904,511 mujeres entre 15 y 19 años, de las cuales 511 642 (10.43%) ya tenían hijos.⁵ Las causas de mortalidad y morbilidad dentro de esta edad, incluyen desordenes sexuales y reproductivos , solo detrás del tabaquismo , suicidio y accidentes , de tal forma que se ha hecho evidente la dificultad de los sistemas de salud para orientar al adolescente y brindarle atención que impacte en sus conductas reproductivas.⁴

En las ultimas dos décadas se ha incrementado el interés en el embarazo y parto de la adolescente al reconocer a este hecho, como un problema multifacético y de difícil solución ; el cual puede ocurrir en todos los grupos sociales , económicos, raciales y étnicos.⁴

En las áreas urbanas el embarazo en adolescentes se considera como un problema, mas que medico, de orden económico, psicosocial y de educación, pero en las áreas rurales predomina la perspectiva de un problema medico y familiar .⁴

El embarazo en la adolescente se perfila como un problema de salud publica, basado en cuatro elementos a) Su supuesto incremento; b) Su contribución al crecimiento acelerado de la población; c) Sus efectos adversos sobre la salud de la madre y del niño y, d) Su supuesta contribución a la persistencia de la pobreza. ⁴

MARCO TEÓRICO

El embarazo en la adolescencia puede ser un fenómeno natural en una sociedad agrícola y un problema social en una sociedad industrializada o en desarrollo, puede ser una manifestación temprana de la capacidad reproductiva, nutricional y vital, o la manifestación visual de trastornos en el desarrollo de la adolescente.⁶

La OMS define como adolescencia al periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio/económica y fija sus límites entre los 10 y los 20 años.⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸ Y se divide en Temprana (10 a 14 años) tardía (15 a 19 años)⁹.

Los adolescentes conforman una parte importante dentro de la población mundial y representan entre 20 y 25 % del número poblacional global.¹ El embarazo en la adolescente es multicausal puede ser una respuesta sintomática a situaciones sociales, a veces milenarias, así como también una manifestación de las características evolutivas de la adolescente ante determinadas condiciones de vida.⁶

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, la adolescente, en muchos aspectos, es un caso especial.¹

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en 3 etapas:

1.-Adolescencia temprana 10 a 13 años. Biológicamente es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente la adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumenta sus habilidades cognitivas y sus fantasías, no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.¹

2.-Adolescencia media 14 a 16 años. Es la adolescencia propiamente dicha, cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual, se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.¹

3.- Adolescencia tardía 17 a 19 años. Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal, se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta, adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.¹

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que una adolescente que se embaraza se comportara como corresponde al momento de la vida que esta transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada, son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes .¹

SEXUALIDAD EN LOS ADOLESCENTES:

Los pediatras y otros profesionales de la asistencia primaria desempeñan un rol esencial ayudando a los pacientes adolescentes a mantener su salud sexual biopsicosocial, tradicionalmente, controlar los cambios puberales y proporcionar guía de anticipación a los adolescentes y a sus padres respecto a la distribución del estirón final del crecimiento o al inicio de la menstruación se han considerado tareas adecuadas para los pediatras. Sin embargo , con la tendencia hacia la iniciación de las relaciones sexuales a edades mas tempranas , actualmente se esta reclamando que los profesionales de asistencia sanitaria a adolescentes suministren asistencia preventiva relacionada con la conducta sexual incluyendo asesoría y prescripción de anticonceptivos , detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoría sobre aspectos de orientación sexual y abusos, a causa de la alta frecuencia de problemas sanitarios resultantes de la conducta sexual en el grupo de edad adolescente .¹⁰

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA:

Se lo define como el que ocurre dentro de los 2 años de edad ginecológica entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar de origen.¹

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender.¹

En la adolescencia, la exploración y los comportamientos generadores de riesgo pueden comprometer la salud del proyecto de vida y la supervivencia propia y de otros pasando a constituir una preocupación creciente de la sociedad.¹¹

Las descripciones psicológicas de las adolescentes embarazadas son muy variadas y como podría esperarse, no hay una dinámica específica para explicar los embarazos en la adolescencia pero algunos de los siguientes factores parecen ser particularmente prominentes. Scaffery Pine (1972) hallaron un recurrente tema de conflicto en la adolescente embarazada referido a la maternidad y hacer madre. Ella negaba o no creía que lo que había aprendido sobre el embarazo no pudiera ocurrirle. Esto parece estar conectado con una falta de apreciación cognoscitiva del propio cuerpo. Sus funciones y los efectos sobre el cuerpo de actividades particulares.

La adolescente embarazada alimentaba fantasías sobre ser mejor madre, de lo que su madre lo había sido para ella con marcados sentimientos de disgusto e ira hacia su propia madre.¹²

FACTORES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

El prelude más evidente para que una adolescente se embarace es el inicio precoz de la relación sexual, algunos de los principales factores de riesgo para que comiencen de forma precoz su actividad sexual es: situación socioeconómica baja, orientación deficiente hacia los logros para el futuro, dificultades académicas, escasas oportunidades y escuelas deficientes. Otra influencia importante es la decisión de una adolescente para iniciar su vida sexual es la que proviene de sus compañeras y hermanas. La adolescente rodeada de hermanas y amigas con actividad sexual tiende a ser más permisiva respecto del sexo premarital, la conducta sexual y, en las niñas núbiles, sus intenciones de tener sexo. Las adolescentes con antecedentes familiares de padres jóvenes también corren mayor riesgo de tener un embarazo precoz Klerman advierte " para que una mujer se separe de sus familiares, amigas y vecinas y diga ' voy a vivir de manera distinta'. Debe contar con una determinación extraordinaria ". Las adolescentes rodeadas de hermanas y compañeras embarazadas o con hijos tienden a experimentar sentimientos positivos o ambivalentes hacia la maternidad precoz.¹¹⁻¹³

Creemos que esto ocurre esencialmente porque los adolescentes no forman un grupo homogéneo y esta heterogeneidad depende de variables como las siguientes: sexo, estado civil, sexualmente activos o no, el grado de escolaridad que posean y principalmente para la mujer embarazada, la edad que esta tenga.¹⁴

FACTORES ASOCIADOS CON EMBARAZO EN ADOLESCENTES

BIOLÓGICOS:

Edad de la pubertad; la edad de la pubertad a declinado desde 17 años en el siglo 19 a alrededor de 12-13 años actualmente.

Los adolescentes son fértiles a una edad menor. Las adolescentes con una edad de menarquía precoz están más expuestas al riesgo de embarazarse.¹⁻¹¹

El periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales.¹⁵ Muchas sociedades en las que se ha intercalado una década entre la menarquía / espermarquia y la independencia económica y laboral, han dejado vago y ambiguo el rol de los jóvenes estableciendo expectativas poco realistas sobre su comportamiento sexual.¹⁵

PSICOSOCIALES

Disfunción Familiar.¹⁻⁴⁻⁶ Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura. conducta antisocial⁶ perdida de un familiar vinculo mas estrecho con el padre o padre ausente, bajo nivel educativo,¹⁻⁸⁻¹¹ Una adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado y afecto a través de o la relación sexual o la maternidad,⁵⁻¹¹ además puede encontrar alivio a la soledad y el abandono a través de un embarazo, que le permite huir de un hogar patológico amenazado por la violencia el alcoholismo y la amenaza de incesto , falta o distorsión de la información ,controversia en el sistema de valores y el de sus padres.¹¹

Se han descrito como factores de riesgo asociados a la familia; la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres.¹¹⁻¹⁵

CULTURALES

En un ambiente de pobreza y subdesarrollo donde la movilidad social es escasa o nula es frecuente el fatalismo y locus de control externo. Bajo esas circunstancias, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo.¹⁻¹⁵

PSICOLÓGICOS

Durante la etapa temprana el desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia media el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas " eso no les va a pasar ", pues eso solamente les ocurre a otras. La necesidad de probar su fecundidad, es tanto afligidas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia.¹⁵

SOCIALES

Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo, migración reciente, trabajo no calificado, vivir en área rural, machismo como valor cultural.⁶⁻¹³⁻¹⁵⁻¹⁶

Los medios de comunicación a través de los mensajes comercializados y estereotipados, han contribuido a la reducción de las barreras culturales que limitaban la actividad sexual.

La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.¹⁵

Otros autores describen el perfil de la embarazada en nuestro medio de una manera más breve como es bajo estrato socioeconómico y cultural , con precarias relaciones intrafamiliares que por lo general tienen antecedentes de que sus madres fueron gestantes adolescentes y actualmente son madres cabeza de familia.¹¹⁻¹⁴

Socialmente: socialización machista, deserción escolar , incorporación laboral temprana , marginalidad en general, idealización de la maternidad , contradicción social frente al sexo , exaltación por una parte y educación sexual reprimida . Ámbito familiar Incomunicación afectiva y educativa, violencia intrafamiliar (incluyendo violencia sexual y de género) alcoholismo y desintegración familiar falta de valores modelos a seguir en la familia, aceptación de las relaciones sexuales tempranas, y madres de adolescentes con antecedente de embarazo.¹⁷⁻¹⁸

Y de manera más breve otros estudios revelan como factores asociados los aspectos familiares desintegración familiar por muerte o ausencia de alguno de los padres, y el nivel socioeconómico⁴ escasa información sobre sexualidad y sobre métodos de planificación familiar.¹⁹

Se sabe que el embarazo adolescente es un fenómeno relativamente frecuente en México, los factores asociados con embarazo en adolescentes no son diferentes a los de los países en vías de desarrollo, se ha asociado con algunas variables relacionadas con las características familiares como la comunicación intrafamiliar deficiente y el nivel socioeconómico bajo, características individuales como autoestima y escolaridad baja así, como carencia de información objetiva acerca de los métodos de planificación familiar que existen.⁵

Cuando hablamos de embarazo en la adolescencia nos referimos a la totalidad de embarazos ocurridos en muchachas a una edad cuando aun no son adultas y cuando desde el punto de vista biológico, psíquico y social todavía no están aptas para dedicarse a la maternidad.²

En la vida cotidiana de madres adolescentes embarazadas, además de compartir la responsabilidad y la crítica social y familiar adoptan la mayoría de las veces una función de guía o asesoría frente a las dudas y preocupaciones que el embarazo, el parto y la recuperación puerperal implican, pero independientemente de la buena fe o intención que tengan, el grado de efectividad que puedan tener sus consejos o acciones y la información necesaria para ello, pueden estar muy lejos de las verdaderas necesidades que plantean tales situaciones.

Resulta evidente que el proceso de la embarazada adolescente se enmarca en la pertenencia a los distintos estratos socioeconómicos y es imprescindible su consideración en el diseño e interpretación de los estudios sobre maternidad en la adolescencia.

El comportamiento de las parejas que continúan una vida de unión libre, de simple relación o casada, es diferente, desde luego mientras más desorganizada es la vida personal y la que llevan como pareja, mayores probabilidades hay de que exista promiscuidad, delincuencia por aspectos relacionados con fármaco dependencia, alcoholismo y conducta antisocial.¹⁶

La vida de las adolescentes embarazadas es problemática en muchos sentidos, y después de nacer el bebé, las circunstancias empeoran. Solo el 50% de chicas que dan a luz antes de los 18 años acaban el instituto comparadas con el 96% que esperan para ser madres. Tanto los padres como las madres adolescentes es probable que vivan de la asistencia social. Si trabajan, su limitada educación les restringe a trabajos insatisfactorios y de bajo sueldo.²⁰

Un estudio realizado en Cuernavaca por el Dr. Sergio Arturo Juárez Márquez y publicado en Arch. Med. Familiar sobre factores familiares asociados al embarazo en un grupo de adolescentes mexicanas donde encontramos la edad promedio adolescentes embarazadas fue de 17.5 años, todos los casos contaban con pareja al momento del embarazo. Los factores asociados fallecimiento de alguno de los padres y que hubiera algún hermano viviendo fuera de casa; con nivel de asociación marginalmente significativo, fue que los padres vivieran juntos y que una persona diferente a los padres conociera el inicio de la vida sexual de la adolescente cabe mencionar que el resto de las características de la familia como tipo y funcionalidad (medida por la ERI) y no comunicación con los padres en relación a su pareja no mostraron asociación así como nivel socioeconómico y demás características.

Llegando a la conclusión el valor de la razón de momios para el fallecimiento de alguno de los padres sobre el riesgo del embarazo en la adolescente, sugiere una influencia fuerte de la estructura familiar.⁴

Revista postgrado. Cátedra Vía medica embarazo en la adolescencia publicado agosto 2001 por el Dr. Juan R.Issler considero como factores predisponentes para embarazo en adolescentes menarca temprana, inicio precoz de relaciones sexuales , familia disfuncional (uniparental o con conductas promiscuas) mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y o sola, bajo nivel educativo , migraciones recientes (con perdida del vinculo familiar , pensamientos mágicos , fantasías esterilidad , falta o distorsión de la información . Controversia entre su sistema de valores y el de sus padres aumento en el número de adolescentes, factores socioculturales, menor temor a enfermedades venéreas, factores determinantes, relaciones sin anticoncepción, abuso sexual, violación.¹

Revista Salud pública de México mayo junio 2005 perfil del comportamiento sexual en adolescentes hace mención que el embarazo en edades tempranas puede atribuirse a la edad, estado civil, el nivel de escolaridad de la mujer y las condiciones socioeconómicas y culturales de la población, entre otros.

Antecedentes de embarazo en las adolescentes de entre 12 a 19 años de edad que han tenido relaciones sexuales 55.7% han estado embarazadas alguna vez. 14.8% de las jóvenes de los 12 a 14 años 48% en las de 15 a 17 años y 63.2% en las de 18 a 19 años de edad.⁸

CONSECUENCIAS PARA LA MADRE ADOLESCENTE:

- 1 Aumento de la mortalidad materna.
- 2 Mayor riesgo de anemia y toxemia del embarazo.
- 3 Riesgo de deserción escolar y baja escolaridad.
- 4 Desempleo mas frecuente, ingreso económico reducido de por Vida. Mayor riesgo de separación, divorcio y abandono. Mayor Numero de hijos.⁶⁻¹⁵

Se ha teorizado mucho en cuanto a las consecuencias que puede traer un embarazo en una mujer adolescente, desde el punto de vista biológico, se dice que hay una mayor tendencia de presentar enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo , amenaza de parto pretermino con el consiguiente nacimiento prematuro , una alta incidencia de desproporción céfalo pélvica y una mayor tendencia a nacimientos por medio de operación cesárea , así mismo una mayor presencia de bajo peso al nacer y por ultimo una mayor incidencia de muerte neonatal temprana , también se dice que estas mujeres tienen una mayor morbilidad puerperal.¹⁴

La mortalidad materna de las adolescentes esta relacionada con la maternidad materna general. La baja condición social de la mujer, la ausencia de servicios de atención materna, y la falta de aplicación de tecnologías apropiadas explican la mortalidad materna.¹⁵

Cuando las adolescentes reciben los servicios apropiados su mortalidad materna no es mayor. En los países en los cuales la mortalidad materna es alta, la mortalidad para este grupo etario es mayor, en cambio, cuando la mortalidad materna es baja, la mortalidad de las adolescentes es menor que la total.¹⁵

Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados pero, si se considera el embarazo en la adolescente como un "problema", ello limita su análisis. En todo caso, esta problematización se aplicaría a alguna subcultura o a algunos estratos sociales, pero no a todos los embarazos en adolescentes. Además el considerado un problema, exige aplicar terapéuticas que aporten soluciones sin permitir implementar acciones preventivas adecuadas.¹

Según cifras provenientes del fondo para la población de la Naciones Unidas (UNFPA), el embarazo en adolescente representa poco más del 10% de todos los nacimientos a nivel mundial. En México para 1989 de un total de 84, 272,346 habitantes 25% correspondió a sujetos entre 10 y 19 años de edad, distribuidos equitativamente en ambos sexos.⁹

La tasa de fecundidad adolescente ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la tasa de fecundidad general condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en 1993 del 15%, este último porcentaje se traduce en 120,000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años.¹

En las últimas dos décadas se ha incrementado el interés en el embarazo y parto de la adolescente al reconocer a este como un problema multifacético y de difícil solución, el cual puede ocurrir en todos los grupos sociales, económicos, raciales y étnicos.⁴

La salud sexual y reproductiva de la población adolescente se ha considerado, en México como una prioridad de atención dentro del Plan Nacional de Salud 1995-2000. En México la tasa de fecundidad global descendió entre 1970 y el año 2000 de 6.0 a tres hijos por mujer. Sin embargo debido a la elevada proporción de población joven, la cantidad de mujeres en edad reproductiva se duplicó en el mismo periodo. Así aunque la tasa de fecundidad en la población ha disminuido, la cantidad absoluta de nacimientos y la proporción de los nacimientos que son producto de madres adolescentes se ha mantenido estable debido a la inercia de crecimiento poblacional... Los nacimientos que ocurrieron entre mujeres menores de 20 años de edad representaron 17.1 del total de nacimientos en 1995 y contribuyeron con 13.6% de la tasa general de fecundidad. Se ha documentado ampliamente que el embarazo en edades tempranas, especialmente antes de los 18 años, pone en riesgo la salud de la madre y que los hijos de madres adolescentes en circunstancias de pobreza y desnutrición presentan mayor probabilidad de enfermar comparados con los hijos de madres mayores de 20 años de edad en las mismas condiciones sociales.²¹

En 1999 en México se registraron 11.609 recién nacidos en mujeres menores de 15 años y 428.932 recién nacidos en mujeres de 15 a 19 años. A pesar de las acciones

que se han llevado a cabo la fecundidad de las adolescentes mexicanas va en aumento, pues esta incidencia se ha incrementado hasta en un 4,4% cada año desde 1997. Se ha documentado también que en México la vida sexual activa en las mujeres se inicia a los 19 años y a los 16 en los hombres, por otro lado, en la Encuesta sobre el Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Área Metropolitana de la Ciudad de México (ECRAMM 1988) se estableció que solo el 36% de las mujeres había utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, aun así el 17.3% se embarazó y más del 50% de ellas manifestaron que se habían embarazado sin desearlo.²¹

En esta misma encuesta se encontró que entre la población de jóvenes de 10 y 24 años después del inicio de la actividad sexual continúan activos y sin protección durante un año o más antes de solicitar un método anticonceptivo.²¹

El impacto psicosocial del embarazo a edad temprana, incide directamente en la alta proporción de muertes infantiles en el primer año de vida de los hijos de madre adolescente. En este fenómeno participan la ignorancia, en la forma de falta de preparación para el cuidado del recién nacido, la falta de atención médica adecuada y la renuencia a aceptar el embarazo y posteriormente a su hijo, quienes sufren más frecuentemente de desnutrición, enfermedades diarreicas y maltrato que los niños de madres mayores de 24 años.⁹

El embarazo no planeado de una adolescente puede provocarle serios trastornos biológicos, sobre todo si es menor de 15 años además de repercutir sobre su esfera social. Se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a la actividad laboral, generalmente mal remunerada. La censura social sobre la adolescente y su familia se hacen evidentes, se desencadenan matrimonios apresurados faltos de compromiso que conllevan, a corto plazo, ruptura del mismo y una larga lista de repercusiones personales, sociales, económicas y sobre la salud de los hijos. El papel que juega la familia, y más específicamente la madre de la adolescente embarazada, como primer escalón de apoyo de la red social, será de gran importancia para procurar la adaptación de la adolescente a su maternidad y a su futuro inmediato. Sin embargo se desconocen formalmente las necesidades educativas que tienen las madres de estas pacientes durante ese periodo.¹⁸

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hacen ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares.

Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y, hasta decidirse por uno, aparece siempre el aborto a veces como un supuesto más teórico que real.¹

Durante la etapa de la adolescencia ocurren cambios importantes, reflejados en la esfera biosicosocial del individuo, los cuales causan tensiones, que alteran de alguna

manera su ingreso a la sociedad donde se desarrollan; es considerada desde el punto de vista sociológico como un período de transición, que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma. La disfunción familiar es un factor predisponente en la aparición de trastornos emocionales psicológicos expresados muchos de ellos en conductas dañinas para el adolescente, como farmacodependencia, embarazo, enfermedades de transmisión sexual, deserción escolar, depresión, suicidio y otros.²² En un estudio por Luna-Navarro; descriptivo, observacional, transversal de pacientes embarazadas menores de 20 años del 2002 en la U.M.F. No. 32 a quienes se les aplicó el instrumento Faces III para evaluación de disfunción familiar de 79 encuestas realizadas, 29 correspondieron a familia funcional y 50 presentaron disfunción familiar, obteniéndose una $P < 0.001$ estadísticamente significativa. Concluyendo que la disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas de riesgo, entre ellas el embarazo en adolescentes coincidiendo con estudios previos sobre el tema.²²

Por ello es conveniente encuadrar dentro del marco de la " salud integral del adolescente " .Lo que permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes.¹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es evidente que la actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

En las ultimas dos décadas se ha incrementado el interés en el embarazo y parto de la adolescente al reconocer a este como un problema multifacético y de difícil solución, el cual puede ocurrir en todos los grupos sociales , económicos , raciales y étnicos.⁴

En las áreas urbanas el embarazo en adolescentes se considera como un problema más que medico, de orden económico, psicosocial y de educación, pero en las áreas rurales predomina la perspectiva de un problema médico y familiar.⁴

El embarazo en la adolescente se perfila como un problema de salud publica, basado en cuatro elementos 1.- su supuesto incremento ,2.- Su contribución al crecimiento acelerado de la población , 3.-Sus efectos adversos sobre la salud de la madre y del niño y 4.- Su supuesta contribución a la persistencia de la pobreza.⁴

La información del XI Censo de General de población y vivienda muestra que las mujeres aun en adolescencia temprana 12 a 14 años ya ingresaron al mundo de la maternidad 0.4% en todo México y 0.3% de Jalisco, porcentajes que en el grupo de 15 a 19 años se elevan al 10.4% para México y a 7.2% para Jalisco.¹⁷

De aquí la importancia de conocer ¿Cuales son los principales factores asociados para el embarazo en madres adolescentes de los 10 a los 19 años de edad en la población de Tizapan el Alto Jalisco?

JUSTIFICACION

El tema del embarazo en adolescentes ha sido motivo de discusión y análisis debido a varios factores, sobre todo por el aumento en el número de madres adolescentes, y debido a que, frecuentemente, los embarazos en esta edad son no planificados, no deseados y tienen la probabilidad de terminar en abortos provocados.

La vida de las(os) adolescentes que se enfrentan a un embarazo no planificado cambia drásticamente, pues se ven obligadas a dejar sus estudios¹³⁻¹⁵

Provoca además serios trastornos biológicos sobre todo si es menor de 15 años, además de repercutir sobre su esfera social, se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a la actividad laboral, generalmente mal remunerada. El embarazo en la adolescente conlleva al deserción escolar y frecuentemente no los retoma luego del nacimiento dados los cuidados que el recién nacido necesita generando desocupación y difícil integración laboral por falta de capacitación.³⁻⁶

La reinserción y el respeto social de la adolescente luego de su embarazo y parto son difíciles y en ocasiones irreversibles. La censura social de la adolescente y su familia se hacen evidentes se desencadenan matrimonios apresurados faltos del compromiso que conllevan, a corto plazo ruptura del mismo y una larga lista de repercusiones personales, sociales, económicas y sobre la salud de los hijos.¹⁵

Se sabe que el embarazo adolescente es un fenómeno relativamente frecuente en México. Los datos más recientes indican que cada año se embarazan 500 000 adolescentes, lo que representa el 25% del total de embarazos que se registran en el país.¹⁵

En circunstancias de pobreza y desnutrición, el embarazo a edades tempranas puede representar un riesgo para la salud de la adolescente y el recién nacido. Se sabe también que el embarazo a edades tempranas puede atribuirse a la inmadurez de la adolescente propia de la edad, el estado civil, el nivel de escolaridad de la mujer, y las condiciones socioeconómicas y culturales de la población, entre otros.

La información del XI Censo de Población y Vivienda muestra que las mujeres aun en adolescencia temprana 12 a 14 años ya ingresaron al mundo de la maternidad 0.4% en todo México y 0.3% de Jalisco, porcentajes que en el grupo de 15 a 19 años se elevan al 10.4% para México y a 7.2% para Jalisco.¹⁷

La U.M.F. No. 155 en Tizapan Jal. Cuenta con una población adscrita de derechohabientes de 598 adolescentes entre ambos sexos, de los cuales 105 son mujeres madres adolescentes o embarazadas que oscilan de 10 a 19 años de edad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar los principales factores asociados para el embarazo en madres adolescentes de los 10 a los 19 años de edad en la población de Tizapan el Alto Jalisco.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los principales factores asociados con embarazo en adolescentes en la población de Tizapan el Alto Jalisco.
- Identificar los principales factores familiares asociados con embarazo en adolescentes en la población de Tizapan el Alto Jalisco.
- Identificar la influencia socioeconómica asociado con el embarazo en adolescentes en la población de Tizapan el Alto Jalisco.

HIPÓTESIS.

NO REQUIERE POR EL DISEÑO DEL ESTUDIO

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO.

Descriptivo, Observacional, Prospectivo, Transversal.

UNIVERSO DEL ESTUDIO:

En la UMF No. 155 de Tizapan el Alto, Jalisco, se cuenta con una adscripción de de 598 adolescentes en total, de el 17.5% (105) son madres adolescentes ó adolescentes embarazadas y que todas contestaron el instrumento de Face III y la Escala de Graffar. Acudieron a control durante los meses de marzo a agosto del 2007.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra se cálculo en base a los siguientes criterios estadísticos; nivel de error de 0.01.

Se usó la formula para comparación de proporciones para obtener el número de sujetos a estudiar. El total de pacientes por estudiar es de 83 pacientes.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.

Se aplicó la Escala de Graffar que mide el nivel socioeconómico categorizándolo de acuerdo al puntaje en Estrato Medio Alto, Estrato Medio Bajo y Estrato Obrero y el Instrumento Face III utilizado para valorar la funcionalidad familiar a nivel de adaptabilidad, cohesión y comunicación, con las categorías de acuerdo al puntaje como: No relacionada, Semirelacionada, Relacionada y aglutinada. Fueron aplicados a 85 adolescentes con un rango de edad de 10 a 19 años, categorizadas de acuerdo a los criterios de la OMS, todas derechohabientes de la U.M.F. No. 155 en la población de Tizapan el Alto Jalisco.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- 1.- Toda madres ó embarazada adolescente de 10 a 19 años de edad que acuda a consulta al IMSS ubicados en Tizapan el Alto Jalisco.
- 2.- Embarazadas adolescentes en cualquier etapa del embarazo y madres adolescentes de hasta 19 años de edad sin importar su nivel socioeconómico, estado civil actual y la paridad.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.

- 1.- Toda embarazada adolescente ó madre adolescente que acuda a consulta IMSS, que no radique en Tizapan el Alto Jal.
- 2.- Toda madre adolescente ó embarazada adolescente que no acepte contestar los instrumentos para el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

- 1.-Adolescentes embarazadas ó madre adolescente con retraso o alguna alteración mental.
- 2.-Adolescentes embarazadas ó madre adolescente que hayan sido victimas de violación.
- 3.- Adolescentes embarazadas ó madre adolescente que abandonen el estudio o que no contesten los instrumentos de estudio en su totalidad.

VARIABLES:

VARIABLE	TIPO	NATURALEZA
Embarazo en adolescentes	DEPENDIENTE	OMS toda persona que se encuentra en 2da.década de la vida comprendida de los 10 a 19 años de edad
Factores asociados	INDEPENDIENTE	<ul style="list-style-type: none">- Escala de Gaffar- Instrumento para valorar relaciones intrafamiliares (Face III)

VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	MEDICIÓN
Adolescente embarazada	OMS toda persona que se encuentra en 2da.década de la vida comprendida de los 10 a 19 años de edad	1ª etapa temprana 10 a 13 años, 2da etapa media 14 a 16 años 3ra etapa tardía de 17 a 19 años	Nominal
Edad	Edad de la adolescente al momento del inicio del embarazo	Años cumplidos de los 10 a los 19 años	Cronológica
Escolaridad	Grado máximo de estudios al momento del embarazo	Analfabeta, primaria , secundaria Otros	Nominal
Estado civil	Relación que lleva con la pareja al momento del embarazo	Soltera Unión libre Casada	Nominal
Núcleo familiar primario	Núcleo con el que convive actualmente la paciente	Vive con: - padre del hijo. - otra pareja. - Familia de origen. - Familia extensa. - Amigos - Sola	Nominal
Ocupación	Actividad que desarrolla al momento del embarazo	Estudiante Hogar Obrera Empleada Otros	Nominal
Menarquia	1er periodo menstrual	Tomado el inicio en años	Cronológica
IVSA	Inicio de relaciones sexuales	Registrado en años cumplidos	Cronológica
Estado socioeconómico	Indicadores de la Escala de Graffar-Méndez.	Interpretación del puntaje obtenido en la escala de Graffar : 04-06 estrato alto, 07-09 estrato medio alto, 10-12 estrato medio bajo , 13-16 estrato obrero , 17-20 estrato marginal	Interpretación del puntaje obtenido en la escala de Graffar : 04-06 estrato alto, 07-09 estrato medio alto, 10-12 estrato medio bajo , 13-16 estrato obrero , 17-20 estrato marginal

ASPECTOS ETICOS.

Esta de acuerdo con las normas éticas, el reglamento de la Ley General Salud en materia de investigación para la salud y con la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas practicas de la investigación clínica.

Además se deberá tener una declaración escrita de que se respetarán cabalmente los principios contenidos en el código de Nuremberg, la declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el informe Belmont, el código de Reglamentos Federales de Estados Unidos.

RESULTADOS

Se revisaron los resultados de la aplicación de la Escala de Graffar que mide el nivel socioeconómico y del Instrumento Face III utilizado para valorar la funcionalidad familiar a nivel de adaptabilidad, cohesión y comunicación, fueron aplicados a 85 adolescentes con un rango de edad de 10 a 19 años, categorizadas de acuerdo a los criterios de la OMS, derechohabientes de la U.M.F. No. 155 en la población de Tizapan el Alto Jalisco.

De los 83 cuestionarios de la Escala de Graffar y de Face III aplicados; el grupo de edad que predominó fue de 17 a 19 años con 54 pacientes, 65.1% (tabla 1).

La escolaridad de las adolescentes que más se presentó fue de primaria, con una frecuencia de 40 y con porcentaje de 48.2% (tabla 2).

El estado civil que predominó en las adolescentes fue Solteras con una frecuencia de 45 y un porcentaje de 54.2 (tabla 3).

El núcleo familiar primario (con quién viven) predominó “con la familia de origen” con una frecuencia de 46 que es el 55. (tabla 4).

La ocupación de las adolescentes que más se reportó fue “dedicadas al hogar” con una frecuencia de 42 y un porcentaje de 50.6% (tabla 5).

La edad de la menarquía que predominó fue de 12 años con una frecuencia de 41 adolescentes y un porcentaje de 49.4%. (tabla 6)

La edad de inicio sexual que predominó fue de 15 años ó más con una frecuencia de 64 con porcentaje de 77.1% (tabla 7).

Los resultados en la ESCALA DE GRAFFAR: predominó el Estrato Medio Bajo con una frecuencia de 49 con un porcentaje de 59%. (tabla 8).

En los resultados del Instrumento FACE III predominó SEMIRELACIONADO con una frecuencia de 46 y un porcentaje del 55.4%. (tabla 9).

TABLAS Y GRAFICAS

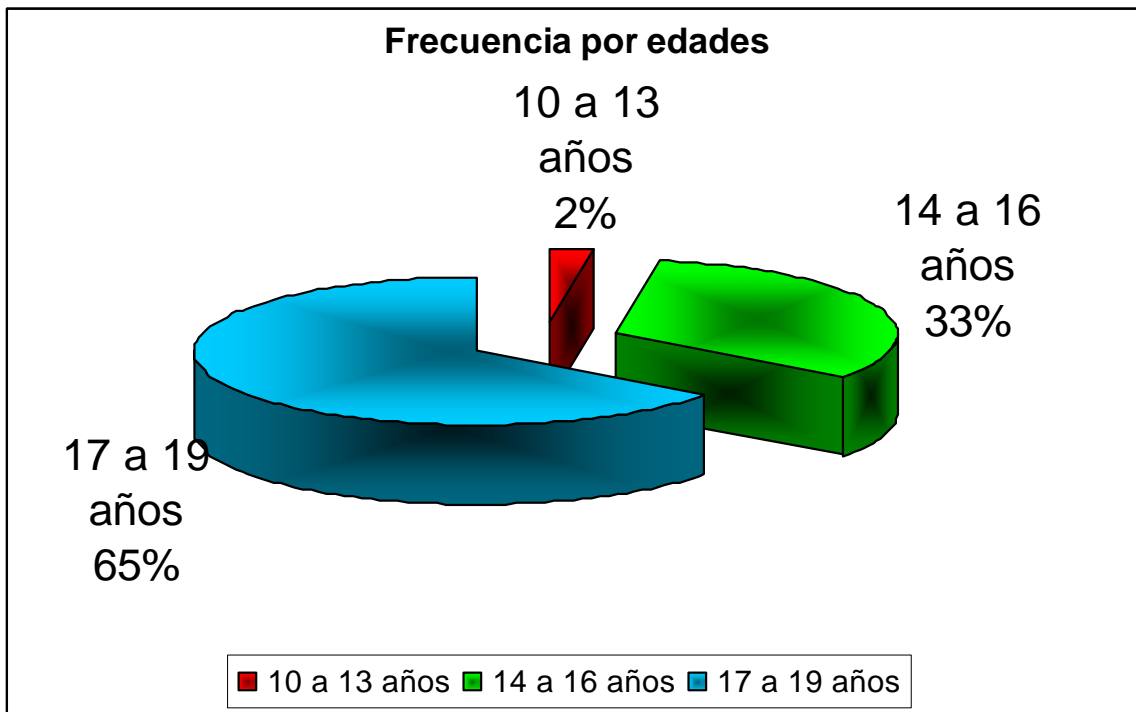


TABLA No. 2 ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTES

Escolaridad de las Adolescentes	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	7	8.4
Primaria	40	48.2
Secundaria	29	34.9
Otros	7	8.4
Total	83	100.0

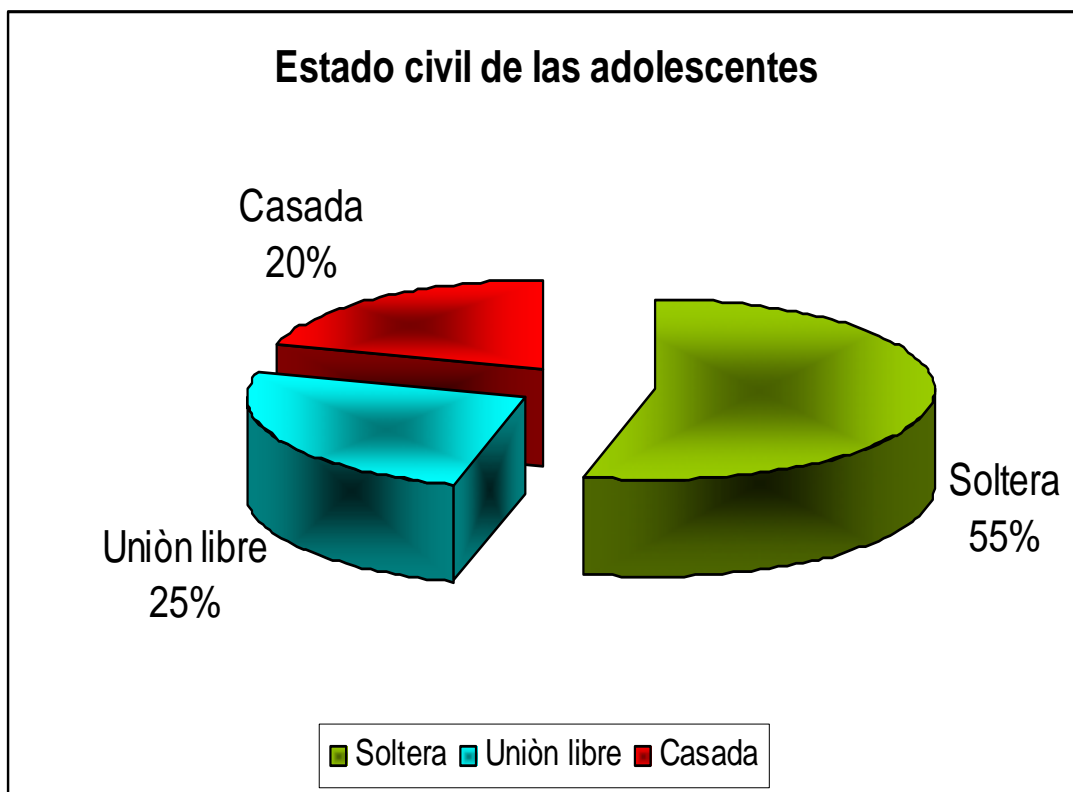


TABLA No. 4 NUCLEO FAMILIAR PRIMARIO

Núcleo Familiar Primario	Frecuencia	Porcentaje
Con el Padre del Hijo	35	42.2
Otra Pareja	1	1.2
Familiar de Origen	46	55.4
Amigos	1	1.2
Total	83	100.0

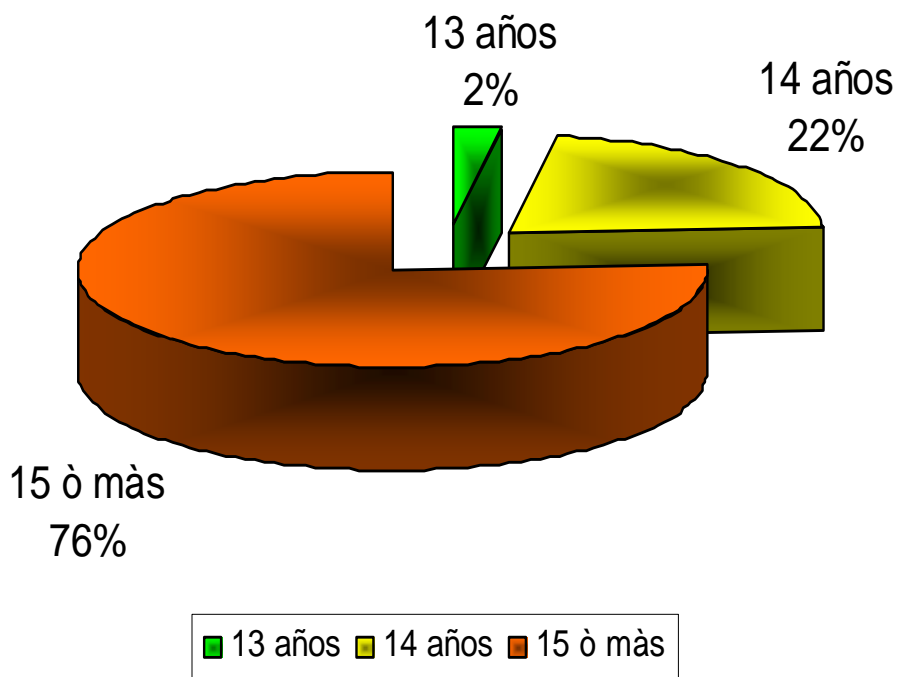
TABLA No. 5 OCUPACION DE LAS ADOLESCENTES

Ocupación de las Adolescentes	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	16	19.3
Hogar	42	50.6
Obrera	12	14.5
Empleada	13	15.7
Total	83	100.0

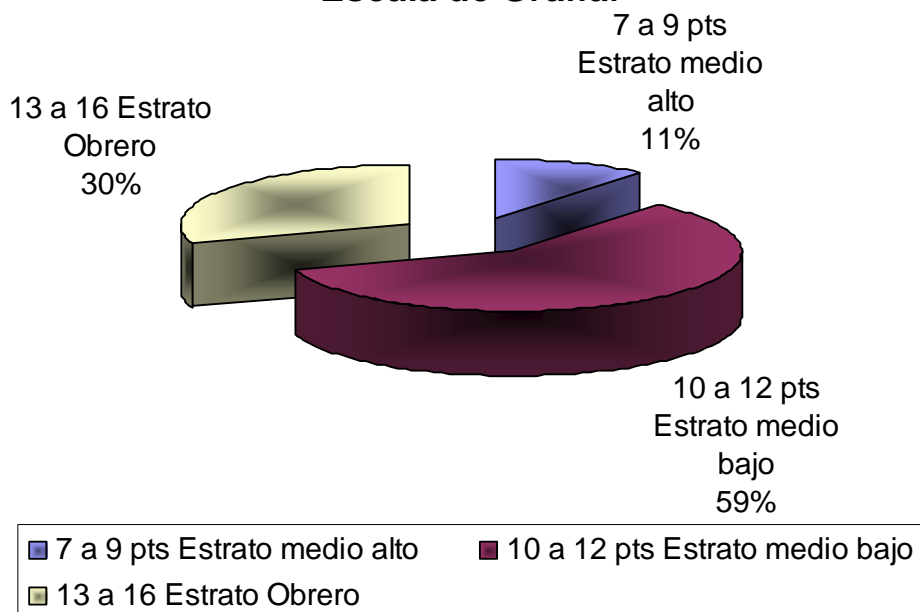
TABLA No. 6 EDAD DE LA MENARQUIA

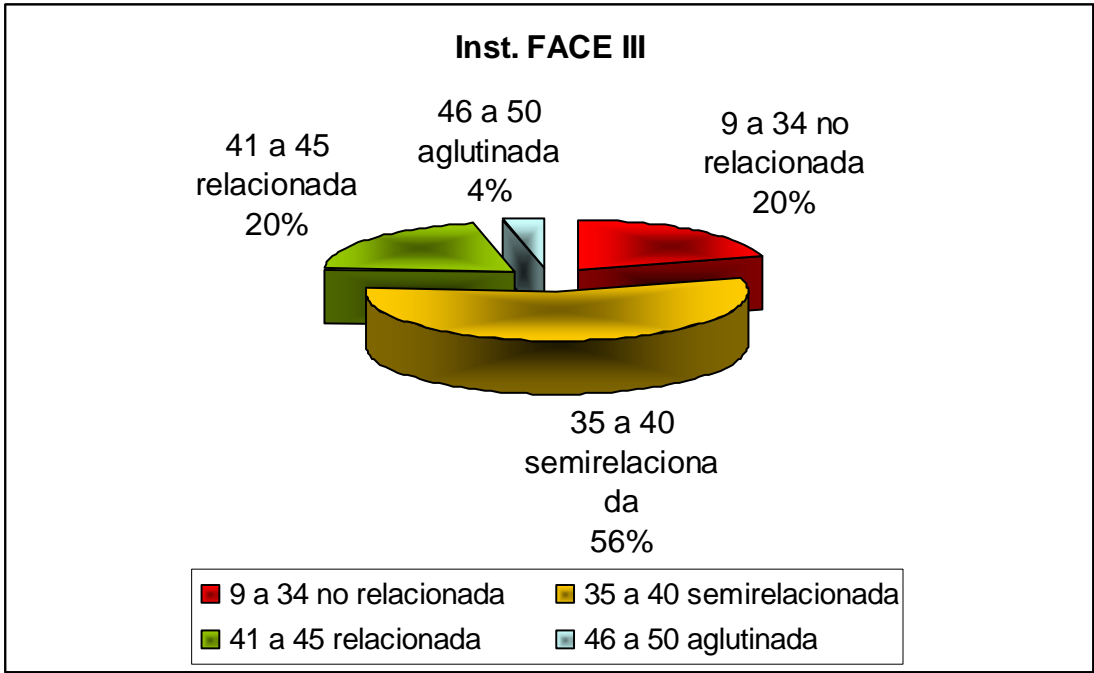
Edad de la Menarquia	Frecuencia	Porcentaje
11 años	12	14.5
12 años	41	49.4
13 años	29	34.
14 años	1	1.2
Total	83	100.0

Inicio de vida sexual



Escala de Graffar





DISCUSION

En la U.M.F. No. 155 en la población de Tizapan el Alto Jalisco se cuenta con una población adscrita de 598 adolescentes de ambos sexos, de la cuál de esta 105 derechohabientes son madres o embarazadas adolescentes.

Se revisaron los resultados de la aplicación de la Escala de Graffar que mide el nivel socioeconómico y del Instrumento Face III utilizado para valorar la funcionalidad familiar a nivel de adaptabilidad, cohesión y comunicación, fueron aplicadas a 85 adolescentes con un rango de edad de 10 a 19 años, categorizadas de acuerdo a los criterios de la OMS.

Revista Salud Pública de México mayo junio 2005 perfil del comportamiento sexual en adolescentes hace mención que el embarazo en edades tempranas puede atribuirse a la edad, estado civil, nivel de escolaridad de la mujer, las condiciones socioeconómicas y culturales de la población, entre otros. En esta investigación se aprecia que predominó la edad de 17 a 19 años en un 65.1% y el nivel socioeconómico de estrato medio bajo en un 59%.⁸

Antecedentes de embarazo en las adolescentes de entre 12 a 19 años de edad que han tenido relaciones sexuales el 55.7% han estado embarazadas alguna vez, 14.8% de las jóvenes de los 12 a 14 años, 48% en las de 15 a 17 años y 63.2% en las de 18 a 19 años de edad.⁸ En el presente estudio un 2.4% han estado embarazada a la edad de 10 a 13 años, 32.5% de 14 a 16 años y 65.1% de 17 a 19 años de edad, lo cuál esta dentro de la literatura la edad de predominio de embarazo.

Otro estudio realizado en Santiago de Chile 2004 relacionado con embarazo en adolescencia y su relación con la deserción escolar, muestra 216 adolescentes embarazadas durante el embarazo desertaron 130 casos. El 100% adolescentes estudiadas el 60% desertaron durante el embarazo. Las adolescentes pertenecían al nivel socioeconómico bajo, eran en su mayoría solteras.³ En esta investigación el 59% pertenecen al nivel socioeconómico de el estrato medio bajo y la escolaridad predominante fue de primaria en un 48.2% y su estado civil solteras en un 54.2%.

Revista postgrado. Cátedra Vía medica embarazo en la adolescencia publicado agosto 2001 por el Dr. Juan R.Issler considero como factores predisponentes para embarazo en adolescentes menarca temprana, inicio precoz de relaciones sexuales, familia disfuncional (uniparental o con conductas promiscuas) mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y o sola, bajo nivel educativo.¹¹ En este estudio se concluye que la menarquía predominó a los 12 años de edad en un 49.4% el inicio de vida sexual fue predominante en 15 años ó más siendo el rango máximo de 19 años de edad en un 77.1%. Las familias de acuerdo al instrumento de Face III donde se mide la adaptabilidad, cohesión y comunicación predomina la semirelacionada con un 55.4%.

La disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas de riesgo, entre ellas el embarazo en adolescentes coincidiendo con estudios previos sobre el tema.²² En este estudio esta conformada la población con 105 pacientes adolescentes madres ó embarazadas de las cuales la muestra es de 83 pacientes y el 55.4% tienen relaciones familiares semirelacionadas.

CONCLUSIONES

Se concluye que el estudio es significativo ya que como se mencionó anteriormente en la literatura médica durante la etapa de la adolescencia ocurren cambios importantes, reflejados en la esfera biosicosocial de este. Es considerada desde el punto de vista sociológico como un periodo de transición, que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma. La disfunción familiar es un factor predisponente en la aparición de trastornos emocionales psicológicos expresados muchos de ellos en conductas dañinas para el adolescente, como farmacodependencia, embarazo, enfermedades de transmisión sexual, deserción escolar, depresión, suicidio y otros (22)

Se revisaron los resultados de la aplicación de la Escala de Graffar que mide el nivel socioeconómico y del instrumento Face III utilizado para valorar la funcionalidad familiar a nivel de adaptabilidad, cohesión, y comunicación, fueron aplicados a 83 adolescentes con un rango de edad de 10 a 19 años, categorizadas de acuerdo a los criterios de la OMS. En las derechohabientes de la UMF No. 155 en la población de Tizapan el Alto Jalisco, donde los resultados de estos instrumentos son demostrativos de que el nivel socioeconómico que predomina es el estrato medio bajo en 59% y relaciones familiares catalogadas como semirelacionadas en un 55.4%, así como el promedio de edad de adolescentes embarazadas o madres es de 17 a 19 años de edad 65.1% y la escolaridad es hasta primaria en un 48.2%.

Por lo anterior, es necesario adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud, tales como:

- Educar a los padres de familia para que por medio de ellos promover la educación hacia los hijos para hacerlos responsables de su sexualidad.
- Trabajar en conjunto tanto el equipo médico, profesores y los padres de familia para la educación sexual de los adolescentes en la prevención de embarazos no planeados y no deseados.
- Por medio de preventivos promover la utilización de los adolescentes de métodos de planificación familiar y de prevención de enfermedades transmisibles sexualmente a través de el uso del preservativo y evitar las consecuencias que conlleva el no recibir una información oportuna y veraz .
- Otorgar asistencia integral a cada madre adolescente.
- Aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de las adolescentes ya que es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo reduciendo sus futuras oportunidades de lograr mejores empleos y de realización personal.

El realizar estas medidas preventivas a las adolescentes nos ayudará para evitar los embarazos a temprana edad y en un estado de soltería. Y con las que ya son madres, promover un menor número de hijos y que estos sean con intervalo intergenésico más largo. En el aspecto educativo permitirá el llegar al objetivo de capacitarse mejor y en el aspecto social se disminuirá el índice de prostitución.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Issler J.R. Embarazo en la adolescencia Revista de post grado de la Cátedra Via Medicina. No. 107 Agosto /2001 Pág. 1-18...
- 2.-Vázquez MA, .De la Cruz C.F., Almirall C. A, Sánchez PM. Repercusión materna del Embarazo, Rev.Cubana Obstret Ginecol 1995; 21(1).
- 3.-Molina SM, Ferrada NC, Pérez. VR, Cid SL, Casanueva E,. García .A. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. Rev. Médica de Chile 2004; 132:65-70
- 4.-Juárez M, Murillo G, Ávila JL. Factores Familiares Asociados al embarazo en un grupo de adolescentes mexicanas Revista Arch Med Fam Vol.; 5(4) 2003 118-122
- 5.-Gutiérrez GT, Pascacio BE, De la Cruz PA, Carrasco M. Situación socio familiar y nivel de autoestima de la madre adolescente Rev .Enferm IMSS 2002; 10(1):21-25.
- 6.-Silber JT, Giurgiovich A, Munist MM. El embarazo en la adolescencia .Libro La salud de Adolescente y el joven Editorial Panamericana de la salud edición 1995 252- 261.
- 7.- Pérez PG, Langer A, Tapia CA. La salud sexual y reproductiva de los adolescentes .Boletín bimestral de la unidad de investigación epidemiológica y en servicio de salud del adolescente. IMSS Año 1 No.3
- 8.-Gonzalez GC, Rojas MR, Hernández SM, Olaiz FG. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad Resultados ENSA 2000 Revista Salud Publica. México Vol. 47, No3 mayo-junio 2005 Págs. 209-218
- 9.-Villanueva LA, Pérez FM, Martínez AH, García LE. Características Obstétricas de la adolescente embarazada Ginecología y Obstetricia de México Vol. 67 agosto 1999: 356-359.
- 10.-Adam./Nelson /Weitzman/ Wilson. Atención primaria en pediatría. Problemas conductuales en el adolescente, Adolescencia Editorial Océano. Edición 4 Tomo 2: cap.98 Adolescencia: 1029-1041
- 11.- Ortiz SR, Anaya ON, Sepúlveda RC, Torres TJ, Camacho L.P. Caracterización de los adolescentes gestantes de Bucaramanga Colombia Revista Med UNAB Vol.8 No 2 agosto 2005: 71-77
- 12.- Zeiguer BK. XXIII embarazo y anticoncepción. En embarazo en la adolescencia. Libro: Ginecología infantil juvenil 2da edición editorial panamericana julio 1993, Págs.: 407-412

- 13.- Laufer G.E. Embarazo en las adolescentes .Ginecología en pediatría y la adolescente Editorial McGraw-Hill Interamericana 4ta.edicion año 2000 capt 18 pags.521-532 y 544-548.
- 14.-Simon PL, Lira PJ, .Ahued R, Quesnel GB. Iturralde PRP. Morbilidad Materna en la adolescente embarazada Revista Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 70 No.1-6 junio 2002: 270-274
- 15.-Silber JT, Munist.M. Madaleno M, Suarez OE, .Manual Medicina del Adolescente, Cap. XXIII Salud Reproductiva, Embarazo en adolescente Editorial Organización Panamericana de la Salud Edición 1992. Págs. 473-485.
- 16.- Dulanto G E. El adolescente Embarazo, Consecuencias Psicosociales del embarazo en adolescentes solteras (Asociación Mexicana de Pediatría) Mc Graw –Hill Interamericana febrero 2000 pags537-548.
- 17.-Tapia CA. Investigaciones en Salud de Adolescente .Embarazo en la Adolescencia, El comportamiento del Embarazo en la adolescencia a través de las estadísticas. Editorial organización panamericana de la salud. IMSS.UIESSA 2002 Pág. 119-131 y 151-153
- 18.-Ortigoza CE. Padilla J, López OR Necesidades educativas en salud perinatal en madres de adolescentes embarazadas. Ginecología y Obstetricia de México Vol. 70 enero 2002: 28-31
- 19.-Nuñez. RG, Alaníz AM, Alaníz SJ, Salinas MA, Garza EE. Diferencia en la utilización de métodos de planificación familiar por mujeres adolescentes en Monterrey, México, según el modelo de educación utilizado, Rev. Esp. Salud Pública 2005; 79: 69-77
- 20.- Berk LE. El desarrollo del Niño y del Adolescente, Crecimiento Físico correlaciones y consecuencias del embarazo adolescente Cuarta edición 2001 Pág. 252-254.
- 21.-Nuñez UR, Hernández PB, García BC, González D. Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos postparto Salud Pública de México Vol.45, Suplemento 1 de 2003 Págs. S92-S102.
- 22.- Luna N A, Gómez SV. Disfunción familiar en adolescentes embarazadas. Revista Salud Pública y Nutrición 3 de febrero 2003 Edición especial No.2-2003.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO DE INVESTIGACION SOBRE FACTORES ASOCIADOS QUE FAVORECEN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL POBLADO DE TIZAPAN EL ALTO JALISCO.

Constancia de recepción del formulario.

En el día de la fecha..... he recibido del Dr.....el presente formulario conteniendo información del estudio de investigación, en el que me ha propuesto participar como parte del mismo, dándome una amplia explicación de sus riesgos y beneficios esperados en el presente estudio, y aclarando que en el momento en que yo decida puedo abandonar dicho estudio si a mi me parece conveniente, sin que esto afecte la atención que recibo del instituto. Luego de leer en mi casa detenidamente con mis familiares esta información, he sido citado^(a) el día..... Para que me sean aclaradas todas mis dudas.

Lugar y fecha Titulo de la investigación..... Registrado ante el Comité Local de Investigación Médica con el número..... El objetivo de este estudio es..... Se me ha explicado que mi participación consistirá en..... Y por lo tanto, declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, siendo los que a continuación se mencionan.....El investigador principal me ha dado la certeza que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio, así como todo lo relacionado con la privacidad que mi persona merece serán manejados de manera confidencial. También existe el compromiso a mantenerme informado y actualizado con respecto a los avances o retrocesos que se generen en el estudio, aunque esto implique un cambio en la decisión de permanecer como participante del estudio.

Espacio para anotar dudas o preguntas

Autorización (consentimiento) Habiendo recibido este formulario con tiempo suficiente para su estudio y aclarado satisfactoriamente todas mis dudas, mi firma al pie certifica que doy voluntariamente mi autorización (consentimiento) para participar en el estudio de investigación..... llevada a cabo por el doctor..... Investigador principal del mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del investigador

Nombre y firma testigo

Nombre y firma testigo

Nombre y firma del familiar o apoderado en caso necesario:

ANEXO 2

FACE III

Describa a su familia	nunca	casi nunca	algunas veces	Casi siempre	siempre
los miembros de la familia se dan apoyo entre si	1	2	3	4	5
En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas	1	2	3	4	5
Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia	1	2	3	4	5
Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina	1	2	3	4	5
Nos gusta convivir solamente con los familiares mas cercanos	1	2	3	4	5
Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad	1	2	3	4	5
Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia	1	2	3	4	5
Nuestra familia cambia l modo de hacer las cosas	1	2	3	4	5
Nos gusta pasar el tiempo libre en familia	1	2	3	4	5
Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos	1	2	3	4	5
Nos sentimos muy unidos	1	2	3	4	5
Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente	1	2	3	4	5
En nuestra familia las reglas cambian	1	2	3	4	5
Con facilidad podemos planear actividades en la familia	1	2	3	4	5
Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros	1	2	3	4	5
Consultamos unos con otros para tomar decisiones	1	2	3	4	5
En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad	1	2	3	4	5
La unión familiar es muy importante	1	2	3	4	5
Es difícil decir quien hace las labores del hogar	1	2	3	4	5

FACES III Basado conceptualmente basado en el modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares , fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la practica clínica , la teoría y la investigación con familias , integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar :adaptabilidad , cohesión y comunicación

CALIFICACIÓN:

9 a 34 no relacionada.

41 a 45 relacionada.

35 a 40 semirelacionada.

46 a 50 aglutinada

ANEXO 3

ESCALA DE GRAFFAR –MENDEZ CASTELLANOS

Para clasificar el estrato socioeconómico de las familias.

Variables	Pts	Ítems
1.- profesión del jefe de familia	1	Profesión universitaria , financistas , banqueros comerciantes de alta productividad .Oficiales de fuerzas armadas Si tienen un rango de educación superior
	2	Profesión técnica superior
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores.
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal de la economía (sin primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2.-nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza universitaria o su equivalente
	2	Técnica superior completa , secundaria completa , técnica media
	3	Secundaria incompleta , técnica superior
	4	Primaria o analfabeta
	5	Analfabeta
3.-Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales.
	3	Sueldo mensual
	4	Salario mensual
	5	Donaciones de origen publico o privado

Consta de la evaluación de 5 variables profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia, condiciones del alojamiento.

Interpretación del puntaje obtenido en la escala de Graffar:

04 - 06 **estrato alto.**

07 - 09 **estrato medio alto.**

10 - 12 **estrato medio bajo.**

13 - 16 **estrato obrero.**

17 - 20 **estrato marginal.**

RECURSOS

MATERIALES: expedientes computadora y papelería

HUMANOS: pacientes, asistente, investigador y asesores...

FINANCIAMIENTO

El investigador financiara los gastos.