



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

**CARACTERISTICAS DEL ÁMBITO SOCIAL FAMILIAR Y NIVEL SOCIO
ECONOMICO FAMILIAR EN MUJERES ADOLESCENTES QUE DECIDEN
INTERRUMPIR VOLUNTARIAMENTE SU EMBARAZO**

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA FAMILIAR

ASESOR:

DR. JORGE MENESES GARDUÑO

Médico Familiar, Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar UMF 21 IMSS

PRESENTA:

DRA. KAREN ANDREA GONZÁLEZ ESPINOZA

Residente 2do año Medicina Familiar



MÈXICO D.F. 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AUTORIZACIONES



DR. JOSE ANTONIO MATA MARTINEZ

DIRECTOR DE UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 21

“FCO DEL PASO Y TRONCOSO”

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No 21 “FCO DEL PASO Y TRONCOSO”

AUTORIZACIONES



DR JORGE MENESES GARDUÑO

MÉDICO FAMILIAR, PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR UNIDAD
MEDICINA FAMILIAR No. 21 “FCO DEL PASO Y TRONCOSO”

DRA ANA MARIA MEZA FERNANDEZ

MÉDICO FAMILIAR, ADJUNTO AL PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD MEDICINA FAMILIAR No. 21 “FCO DEL PASO Y TRONCOSO “

**CARACTERISTICAS DEL ÁMBITO SOCIAL FAMILIAR Y NIVEL SOCIO
ECONOMICO FAMILIAR EN MUJERES ADOLESCENTES QUE DECIDEN
INTERRUMPIR VOLUNTARIAMENTE SU EMBARAZO**

ASESOR DE TESIS

DR JORGE MENESES GARDUÑO

MÉDICO FAMILIAR, PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR UNIDAD
MEDICINA FAMILIAR No. 21 "FCO DEL PASO Y TRONCOSO"

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por darme la oportunidad de realizar mis sueños y colmarme de bendiciones

A MI PAPA

Ya no pudiste leer esta tesis papi..... pero te doy las gracias por tu esfuerzo y dedicación que siempre me brindaste para mi desarrollo personal y profesional. Que Dios te tenga en su Santa Gloria.

A MI MAMI

Por ser siempre mi amiga incondicional y mi gran consejera. No se que hubiera hecho sin ti mami.....

A MIS SUEGROS

*Por su apoyo incondicional y por su ayuda en la crianza de Andrea, ya que sin ustedes esta tesis no hubiera sido posible. Siempre estaré muy agradecida con ustedes.
Mil gracias*

A LOS GRANDES AMORES DE MI VIDA

A ti Rey por ser el mejor esposo, padre y médico, Te admiro y te amare por siempre

Andy eres mi angelito..... te amo mi niña

CARACTERISTICAS DEL ÁMBITO SOCIAL
FAMILIAR Y NIVEL SOCIO ECONOMICO
FAMILIAR EN MUJERES ADOLESCENTES
QUE DECIDEN INTERRUMPIR
VOLUNTARIAMENTE SU EMBARAZO

ÍNDICE

1. Resumen.....	8
2. Introducción.....	9
3. Marco Teórico.....	10
4. Planteamiento del Problema.....	19
5. Objetivos.....	20
6. Hipótesis de la Investigación.....	21
7. Material y Métodos.....	22
8. Metodología	27
9. Aspectos éticos.....	28
10. Resultados.....	29
11. Discusión de Resultados.....	42
12. Conclusiones.....	43
13. Anexos.....	45
14. Bibliografía.....	51

RESUMEN

CARACTERISTICAS DEL ÁMBITO SOCIAL FAMILIAR Y NIVEL SOCIO ECONOMICO FAMILIAR EN MUJERES ADOLESCENTES QUE DECIDEN INTERRUMPIR VOLUNTARIAMENTE SU EMBARAZO

Jorge Meneses Garduño Médico Familiar, Profesor titular de la residencia de medicina familiar Unidad Medicina Familiar No. 21 Fco del Paso y Troncoso. González Espinoza Karen Andrea residente de medicina familiar

El embarazo adolescente es un problema de salud en México. Desde la perspectiva demográfica, se debe a la proporción elevada de jóvenes de 15 a 19 años de edad, el 14% del total de los nacimientos corresponde a mujeres adolescentes que representan un riesgo bio-psico-social para la madre y el recién nacido, así como una mayor mortalidad materno infantil. Anualmente en el mundo hay 200, 000,000 de embarazos, de los cuales 37.5% son no deseados. De estos embarazos, se inducen 46, 000,000 abortos, de los cuales 41% se realiza de forma insegura; con una mortalidad del 13%. En América Latina y el Caribe se estima que la tasa de aborto inseguro por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva es de 30. Las mujeres que en la actualidad recurren al aborto debido a la carencia de un sistema de salud que las ayude a resolver en forma segura un embarazo no deseado y deciden interrumpir un embarazo por la necesidad de no procrear más en forma temporal o definitiva, dificultades económicas asociadas a la necesidad de mantener el hogar, conservar un empleo, continuar con un programa de educación o por la actitud negativa de la pareja y/o de la familia hacia el embarazo.

OBJETIVO: Determinar las características del ámbito social familiar y de nivel socio-económicos de las mujeres adolescentes que deciden interrumpir voluntariamente su embarazo.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo. La población elegible fueron mujeres entre 15 y 19 años de edad con antecedente de aborto inducido que acudieron al centro de salud Beatriz Velazco de la SSA durante el periodo comprendido entre el 1 de junio al 1 de diciembre del 2009. Se utilizó un muestreo No Probabilístico por conveniencia, con una muestra total de 160 adolescentes. Se estructuró una encuesta de acuerdo a variables independientes a investigar, utilizando el instrumento de Graffar y la evaluación del ámbito social familiar.

RESULTADOS: Se logró entrevistar a 160 adolescentes de los cuales más de la mitad fueron mayores de 18 años, estudiantes, con un nivel básico en educación pertenecientes a clase obrera en familias socialmente marginadas.

CONCLUSIONES: El ser muy joven y no haber cumplido con las expectativas profesionales, laborales y relacionadas con el matrimonio parecen ser razones incompatibles con la maternidad en el grupo de mujeres estudiadas.

PALABRAS CLAVE: Adolescencia, interrupción voluntaria del embarazo, nivel socioeconómico familiar, ámbito social familiar.

I. INTRODUCCIÓN

*“La adolescencia es ese campo abierto a la educación,
ese tiempo de latencia social que
crea la evolución de las sociedades modernas”⁽¹⁾*

El tema del embarazo adolescente es uno de los asuntos fundamentales de las políticas de población de México. Desde la perspectiva demográfica, el creciente interés se debe a diferentes motivos; entre ellos cabe destacar: 1) la proporción elevada de jóvenes de 15 a 19 años de edad, característica de los países en vías de desarrollo (que en México representa uno de cada diez habitantes y asciende a 10.7 millones en 2003)⁽²⁾; 2) el 14% del total de los nacimientos corresponde a mujeres de 15 a 19 años de edad⁽³⁾, 3) el embarazo en edades tempranas representar un riesgo bio-psico-social para la madre y el recién nacido, así como una mayor mortalidad materno infantil.⁽³⁾

Los nacimientos tempranos también pueden conducir a menores oportunidades para mejorar la calidad de vida de los adolescentes. Además, una parte importante de estos embarazos terminan en aborto, y muchos de ellos se llevan a cabo en condiciones de inseguridad. Sin duda, problemáticas asociadas al embarazo en la adolescencia.⁽⁴⁾

El inicio de la actividad sexual sin una orientación adecuada y sin conocimiento pleno de las complicaciones, expone a los adolescentes a una serie de riesgos asociados con la función sexual, capacidad reproductiva y desarrollo mental y psicológico. Miles de mujeres por distintos motivos y circunstancias conciben sin haberlo planeado y si bien algunas aceptan el hecho y tiene un hijo, otras deciden interrumpir la gestación sin importar que sea ilegal, ni las condiciones en las que lo hacen, a pesar de lo difícil que pueda resultar este proceso. El aborto en cualquier momento de la vida de una mujer, es una situación que conlleva a estrés y tensión psicológica.⁽⁴⁾

El propósito fundamental de este trabajo consiste en dar a conocer los factores socioeconómicos de este fenómeno para poder concientizar sobre la adecuada educación sexual y evitar así embarazos no deseados y orientar sobre el control prenatal, para garantizar una disminución de la interrupción voluntaria del embarazo.

II. MARCO TEÓRICO

Antecedentes Generales

La adolescencia ha sido definida desde la sociología, como una construcción histórica asociada estrechamente a la prolongación de la vida escolar y la democratización de la educación. Es el tiempo que tiene los individuos para formarse en sociedades cada vez más especializadas y que requieren de habilidades más complejas. La concepción de la adolescencia varía de cultura a cultura y en determinadas sociedades. Muchos identifican el comienzo de la adolescencia con el inicio de la pubertad o sea, de la aparición de las características sexuales secundarias.⁽⁵⁾

Las estadísticas poblacionales suelen considerar al adolescente desde los 12 años hasta los 19 años. Las Naciones Unidas definieron a esta como la población comprendida en los 15 y 24 años⁽⁶⁾. En este trabajo se considera adolescente a la población comprendida entre los 15 y 19 años de edad.

La Organización Mundial de la Salud estima que en el 2000 hay 1200 millones de adolescentes en el mundo.⁽⁷⁾

La población adolescente en México representa un quinto de la población en el país y se duplicó en términos porcentuales en los últimos 30 años. En 1970 representaba el 11.4% de la población nacional; en el 2003 el 21.3% y entre 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años.⁽⁸⁾

La salud de los adolescentes es un elemento básico para el avance social, económico y político de un país. Los cambios que ocurren desde el punto de vista biológico, psicológico y social hacen que sea la adolescencia, después de la infancia, la etapa más vulnerable del ciclo vital, por lo que debe ser privilegiada y atendida de manera especial.⁽⁹⁾

La salud reproductiva adolescente se entiende como el estado de completo bienestar físico, mental y social de los y las jóvenes de 10 a 19 años de edad, con ausencia de enfermedades o afecciones racionadas con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Es un estado dentro del cual los y las adolescentes pueden expresar su sexualidad y sus funciones reproductivas libres de riesgo, seleccionando de manera libre, orientada y oportuna el inicio de sus relaciones sexuales, la forma de relacionarse con la pareja, el número y espaciamiento de hijos.⁽¹⁰⁾

La actividad sexual precoz y sin protección no causa, en general, mortalidad y morbilidad durante el periodo de la adolescencia, sus efectos y costos se evidencian mas tarde en la vida y pueden tener importantes repercusiones en el desarrollo biológico, social y psicológico de la joven generación.⁽⁹⁾

Numerosos factores han influido en la modificación de la conducta sexual de los jóvenes en las últimas décadas, lo que ha contribuido al aumento en el número de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual en este grupo, especialmente desprotegido y falta de información y recursos.⁽¹⁰⁾

Aun cuando los adolescentes tienen información sobre los métodos de anticoncepción y su forma de uso, solo la mitad de los jóvenes sexualmente activos usa algún tipo de anticonceptivo.⁽¹¹⁾

Los adolescentes en México toman decisiones que en buena medida determinan el curso de sus vidas y según Díaz las situaciones que influyen en la vida futura de los adolescentes son: abandonar o continuar en la escuela, acceder a una fuente de empleo remunerada, inicio de relaciones sexuales, abandonar el hogar familiar, casarse o unirse y tener el primer hijo.⁽¹¹⁾

Para analizar los cambios en la fecundidad de las jóvenes es necesario observar la transformación en el estado conyugal. Según el Instituto Mexicano de la Juventud realizo una encuesta donde revela que la mayoría de los adolescentes son solteros; 97% de los hombres y 93% de la mujeres, aunque se estima que cerca de cinco millones están casados o viven en unión libre y 240 000 refieren una unión disuelta. El grupo que inicia la vida marital más tempranamente es el de las mujeres que residen en localidades rurales.⁽¹²⁾

Aproximadamente, según la misma encuesta, un tercio de los jóvenes 31% están casados o viven en pareja. De los jóvenes que se encuentran casados o en unión libre, el 53% se unió entre los 15 y los 19 años de edad y el 68% inicio su actividad sexual entre los 15 y los 19 años. También se ha incrementado el número de uniones por motivo de embarazo, ya que cerca del 16% de las mujeres de 15 a 24 años se casaron en 1997 estando embarazadas, y llama la atención que el número de hijos nacidos vivos sin unión de los padres ha sido duplicado de 3.2 % a 6.7% de 1976 a 1997.⁽¹²⁾

El perfil social de la presente generación adolescente es más urbano y ha aumentado el nivel promedio de escolaridad. Más de la mitad 59% ha completado educación secundaria. Sin embargo, a pesar de estos cambios, el

nivel educativo sigue siendo bajo y en el medio rural, la situación es menos favorable para los jóvenes. ⁽²⁾

Los datos demográficos de México demuestran que el número de hijos que tiene las familias ha descendido de manera drástica en las últimas décadas. Así, los niveles de fecundidad se redujeron a casi la mitad en 20 años, ya que la tasa global de fecundidad pasó de 7.0 hijos por mujer en 1966 a 3.8 hijos promedio en 1986. Actualmente los niveles de fecundidad han seguido bajando, con menor ritmo, la fecundidad se estimó en 3.2 hijos en 1991 y 2.6 hijos en 1995 y 2.2 para 1999. ⁽¹²⁾

Se estima que durante el año 2000 ocurrieron en nuestro país cerca de 366 mil nacimientos de madres de 15 a 19 años, lo que representa el 17% del total de todos los nacimientos y una tasa de fecundidad de 70.1 por cada mil mujeres de ese grupo de edad. A pesar de que durante los últimos seis años el número de nacimientos se redujo en un poco más del 10%, la prevención del embarazo no planeado en las adolescentes continúa siendo un desafío prioritario en salud reproductiva. ⁽¹²⁾

El aborto clandestino constituye un problema de salud pública sumamente grave, ya que la mortalidad materna se vincula con la prevalencia del aborto que se realiza en condiciones que atentan la vida de la mujer. La OMS estima que el 13% de las 600,000 muertes, relacionadas con embarazos a nivel mundial resulta de abortos inducidos. Sin embargo a pesar del peligro que representa para la salud de la mujer, el aborto inducido sigue siendo un recurso utilizado por millones de mujeres en todo el mundo para terminar con embarazos no deseados. ⁽¹³⁾

El aborto es tan antiguo como la humanidad misma y han existido distintas técnicas para la interrupción del embarazo desde épocas remotas, así tenemos instrumentos que dilataban el cuello del útero; infinidad de plantas utilizadas como brebajes y ungüentos abortivos. En un texto chino de medicina escrito tres mil años antes de Cristo, aparece la primera receta de un abortivo oral. ⁽¹⁴⁾

Los aztecas utilizaban hierbas para facilitar la expulsión del feto tanto en el aborto, como en el parto. Entre las que se encuentra el bledo, que posee propiedades oxitóxicas.

En la época primitiva el aborto era legal, moral y religiosamente aceptado cuando era el padre el que lo disponía.

Se puede decir que el aborto y la anticoncepción no significaban problemas morales en las sociedades antiguas. La única regulación que era muy estricta en esas sociedades, desde Mesopotamia hasta la Europa Medieval, era el derecho de propiedad del hombre sobre el fruto del vientre de la madre. ⁽¹⁴⁾

Es hasta que se presenta los primeros documentos cristianos, cuando la discusión sobre el aborto se centraba en dos aspectos:

a) Se consideraba pecaminoso cuando se utilizaba para ocultar el pecado sexual como la fornicación o el adulterio.

b) En que momento ocurría la hominización o infusión del alma en el feto, predominando durante mucho tiempo la creencia que la hominización ocurría tardíamente, a los 40 días en el hombre y a los 80 días en la mujer, opinión vertida originalmente por Aristóteles y sustentada por San Agustín. ⁽¹⁴⁾

Durante los siglos XI y XII, mientras la influencia de la Iglesia se extendía y se difundía en toda Europa occidental, contribuyendo a consolidar y a aclarar los pronunciamientos sobre anticoncepción y el aborto, todavía permanecía viva y abierta la discusión acerca del momento a partir del cual esta práctica se convertía en asesinato.

Las leyes sobre el aborto son un reflejo de las estructuras socioeconómicas de cada pueblo y cada época. Y es un reflejo de la situación social de la mujer, que a su vez depende de la estructura socioeconómica. ⁽¹⁵⁾

Las diferencias en el desarrollo histórico, cultural e ideológico de los pueblos han producido legislaciones muy variadas:

En 1920 la antigua Unión Soviética se convierte en el primer país en legalizar el aborto, practicado en un hospital, a solicitud de la madre en el primer trimestre.

Desde 1948 Japón adoptó la ley de protección eugenésica, permitiendo la práctica del aborto por una amplia variedad de razones, la legislación del aborto se ha flexibilizado en la mayor parte del mundo. ⁽¹⁴⁾

Anualmente en el mundo entero hay 200, 000,000 de embarazos, de los cuales 37.5% son no deseados. De estos embarazos, se inducen aproximadamente 46, 000,000 abortos, de los cuales el 59% se realiza bajo condiciones seguras y el 41% de forma insegura; habiendo una mortalidad del 13%.⁽¹⁶⁾

En América Latina y el Caribe se estima que la tasa de aborto inseguro por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva es de 30, lo cual es 10 veces mayor que la observada en los países desarrollados en su conjunto. La práctica del aborto es dependiente de las características socio demográfico, reproductivo y religioso de las mujeres; aquellas con menos recursos económicos optan generalmente por los métodos más peligrosos de aborto inseguro.⁽¹⁷⁾

En nuestro país no existen estadísticas fidedignas, por no haber registros adecuados de los abortos realizados de forma clandestina. El Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima que en el año 2000 se realizaron 200 mil abortos. El total de embarazos en 1990 fue de 3, 112,100 de los cuales reportaron 529,057 abortos inducidos (17%).⁽¹⁸⁾

La magnitud y falta de reconocimiento de los problemas de morbilidad y mortalidad relacionados con el aborto constituyen un problema de salud pública.

La necesidad de interrumpir un embarazo por causas diversas es evidente a través de la historia. No obstante, las mujeres que en la actualidad recurren al aborto lo hacen, en gran parte, debido a la carencia de un sistema de salud que las ayude a resolver en forma segura un embarazo no deseado. Se ha documentado que algunas mujeres deciden interrumpir un embarazo por la necesidad de no procrear más en forma temporal o definitiva o bien por dificultades económicas asociadas a la necesidad de mantener el hogar, conservar un empleo, continuar con un programa de educación o por la actitud negativa de la pareja y/o de la familia hacia el embarazo. Algunas de estas razones son compartidas tanto por mujeres adultas como por adolescentes.⁽¹⁹⁾

De acuerdo a las leyes de aborto, los países de América Latina y el Caribe pueden dividirse en tres grupos. Mientras que en Cuba, Guyana y Puerto Rico el acceso al aborto no se limita por razón alguna, en la mayoría de las demás países el aborto es permitido sólo bajo algunas circunstancias especiales, que incluyen comúnmente poner en peligro la vida de la mujer y la violación sexual. En el otro grupo se encuentran tres países donde se prohíbe el

aborto, incluso aquel para salvar la vida de la mujer, estos son Chile, El Salvador y Honduras.⁽²⁰⁾

En México, de acuerdo a la ley de cada Estado existen numerosas causales para la interrupción del embarazo que incluyen los embarazos producto de una violación sexual, la necesidad de proteger la salud y la vida de la mujer, la evidencia de problemas congénitos severos en el feto y problemas económico. No obstante, en la presencia de este marco legal, existen problemas de acceso para obtener un aborto legal, debido principalmente al desconocimiento general de la ley, los prolongados y en ocasiones costosos, procedimientos burocráticos, así como la falta de un sistema de servicios con personal capacitado en métodos seguros de interrupción del embarazo.⁽²¹⁾

La importancia del estudio del aborto ha sido destacada por diversos investigadores individuales como instituciones internacionales, como la OMS, la cual señala que el aborto está tan extendido en muchos países que le han calificado de epidemia.⁽²²⁾

Entre los factores sociales determinantes de la fecundidad el más importante es el nivel educacional de las mujeres. Existe una relación muy marcada entre el nivel educacional de las mujeres y el nivel de la fecundidad, sobre todo en Latinoamérica. La educación, se ha revelado como el mejor indicador de las diferencias en fecundidad cuando no se poseen otros indicadores de la calificación como, la ocupación y el ingreso.⁽²³⁾

Estudios realizados en Chile se desprende que las mujeres comienzan a recurrir al aborto al pasar de un nivel socioeconómico y cultural más bajo a un nivel medio. Cuando tiene más educación y participan en la vida económica y social del país, van adquiriendo cada vez más la perspicacia de emplear la contracepción para limitar la familia, recurriendo al aborto solo en caso de fallas de los métodos contraceptivos.⁽²³⁾

En un artículo sobre los determinantes del aborto en Cuba resulto que las mujeres una vez que se embarazan tiene mas riesgo de abortar si son mas jóvenes, no migrantes, se han criado en una cultura urbana, tiene niveles de escolaridad secundaria y preuniversitaria, las desempleadas o las obreras, solteras, las que han tenido pareja sin unirse, las que no viven con su pareja, las que residen en familias extendidas, cuando el Per cápita del hogar es bajo y en condiciones de hacinamiento.⁽²⁴⁾

Ante la nueva ley de despenalización del aborto; los servicios pueden ofrecerse en unidades de los sectores público, social y privado por ginecólogos-obstetras o cirujanos generales.

El 26 de abril del 2007 se publicó en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el “Decreto por el que se reforma el Código Penal para el Distrito y se adiciona la Ley de Salud para el Distrito Federal” que define al aborto, en el artículo 144 del código penal, como la interrupción del embarazo hasta la decima segunda semana de gestación, además señala como obligación del Gobierno de D.F., fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva, otorgar atención a las solicitantes de interrupción del embarazo y brindar consejería médico y social.⁽²⁶⁾

La ley ordena a la secretaria de salud del Distrito Federal a proporcionar en sus hospitales servicios de aborto, que deben ser gratuitos y seguros, para las mujeres residentes en la entidad, así como garantizar el acceso a la anticoncepción para prevenir embarazos no deseados. Ante esto muchas mujeres del resto de la república Mexicana han solicitado y se les ha realizado la interrupción legal del embarazo (ILE).

El objetivo de la despenalización del aborto en el Distrito Federal fue por la necesidad de disminuir la alta incidencia de morbilidad producida por el aborto inseguro. En 2005, la mortalidad materna fue de 63.3 muertes por 100,000 nacidos vivos a nivel nacional; en el Distrito Federal fue de 57.6% mayor a la de otros estados. Entre 1990 y 2005; en el D.F. el aborto fue la tercera causa de muerte materna, mientras que a nivel nacional constituyó la quinta causa de muerte.⁽²⁵⁾

Desde que fue aprobada en abril del 2007, por la Asamblea Legislativa de Distrito federal (ALDF) la despenalización de la interrupción del embarazo, la secretaria de salud capitalina reporto que hasta el 10 de enero del 2008 había atendido a 11 mil 618 solicitudes de información de mujeres que consideraron esta opción, en 14 hospitales. Sin embargo de estas solo 7 mil 645 expresaron su deseo de someterse al procedimiento; 362 fueron menores de edad. También reportan que la delegación Gustavo A Madero concentra la mayor cantidad de estas cirugías en mujeres con residencia en el Estado de México. Las unidades de Iztapalapa se ubicaron en segundo sitio en cuanto a demanda de procedimientos de mujeres del Estado de México, seguidas de Venustiano Carranza.⁽²⁷⁾

La OMS define el aborto como la *Interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable* fuera del vientre materno. La viabilidad extrauterina es un concepto cambiante que depende del progreso médico y tecnológico, estando actualmente en torno a las 22 semanas de gestación.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) ha recordado la anterior definición de aborto que recoge la Organización Mundial de la Salud (OMS) y también la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia: “El aborto es la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto de *menos de 500 gramos de peso, que se alcanza a las 22 semanas*”⁽²⁸⁾

Pritchard clasifica el aborto como espontáneo (marcando las diferencias entre amenaza de aborto, y aborto inevitable, incompleto, diferido, y habitual) electivo (voluntario) y terapéutico. Nombra al aborto electivo como “la interrupción del embarazo antes de la viabilidad a petición de la mujer, pero no por razones de salud materna o enfermedad fetal”.⁽²⁹⁾

La interrupción del embarazo es el método más practicado mundialmente para resolver embarazos no deseados, y su incidencia constituye un problema de salud en diferentes países.⁽³¹⁾ Según los estudios de Henshaw, anualmente ocurren entre 36 y 60 millones de abortos en el mundo, y la mitad sin inducidos⁽³²⁾

Se menciona en la literatura que el 25% de estos abortos ocurre en América Latina,⁽³³⁾ .La tasa estimada de abortos inducidos en México durante el año 1990 fue de 23.3 por cada 1000 mujeres en edad fértil.⁽³⁴⁾

Estas razones parecen ser incompatibles con la maternidad en el grupo de mujeres estudiadas, las cuales al contar con un fácil acceso a servicios seguros de aborto, recurren a esta práctica para regular su fecundidad. A pesar de que no se cuenta con estudios comparativos se esperaría encontrar que las mujeres jóvenes decididas a continuar con su embarazo tienen aspiraciones menores que aquellas que deciden abortar⁽³⁵⁾

El Aborto en México no es un fenómeno aislado, sino la expresión de un problema más complejo determinado por factores que van desde los más generales, relacionados con el medio en que se desenvuelve la mujer, como la accesibilidad a servicios seguros de aborto inducido, hasta los más específicos como son las características socioeconómicas, las actitudes, los ideales reproductivos y la anticoncepción.

Estudios descriptivos realizados en Cuba confirman lo encontrado en este trabajo, al señalar mayor prevalencia de interrupción voluntaria del embarazo en las adolescentes, solteras y en las estudiantes. Pérez Santos analizó 75 expedientes clínicos de mujeres que solicitaron aborto inducido de su embarazo en un hospital de la ciudad de la Habana y encontró que más del 60% eran menores de 24 años y solteras.⁽³⁶⁾ Otro estudio realizado por Carbonell y col evaluó para interrumpir embarazos en el primer trimestre entre 141 mujeres, notificó que el promedio de edad era de 23 años y 52% eran solteras.⁽³⁷⁾

En la bibliografía consultada se encontró que en países donde el aborto está legalizado y se ofrecen servicios seguros para su práctica, las mujeres que lo solicitan presentan un perfil socioeconómico muy parecido a las de este estudio. Más de 50% de los abortos inducidos en Estados Unidos de América ocurren en mujeres sin hijos, 25% en las adolescentes y más de 80% en las solteras⁽³⁸⁾

En un estudio realizado en 1979 en Hawái se concluyó que las características personales de las mujeres que solicitaban se les practicara un aborto eran, menores de 25 años, solteras y con un alto nivel de preparación.⁽³⁹⁾

Villareal y Mora señalan como factores de riesgo en Colombia tener entre 20 y 29 años de edad, ser trabajadora y contar con un nivel de preparación elevado.

Otro estudio realizado en el Hospital General de México con 300 mujeres hospitalizadas por complicaciones de aborto inducido, notifican que solo 28% eran menores de 20 años y 68% solteras o que viven en unión libre⁽³⁹⁾

III. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

En nuestro país, actualmente, los estudios realizados con relación a la adolescencia, han sido abordados sobre diferentes aspectos del embarazo y la mayoría de ellos dentro de servicios hospitalarios, sin embargo, con respecto al aborto, como causa principal de morbi-mortalidad en este grupo etáreo no se ha logrado definir su propia realidad. Además el rápido incremento en la tasa de fecundidad en mujeres menores de 20 años y el riesgo potencial a que este grupo está expuesto, nos orienta a tratar de detectar las características preliminares del porque se produce el fenómeno, investigar si éstas tienen relación directa con las condiciones socio-económicas de la misma.

El presente estudio se pretende crear pautas para lograr la vinculación de los proveedores de servicios para que se intervenga un amplio conjunto de medidas que vayan no sólo en función de mejorar los elementos de la atención integral de la salud reproductiva sino también interrelacionarlos con otros sectores sociales que son determinantes de la salud de la mujer adolescente.

Por lo consiguiente, es intento por acercarnos a conocer los principales factores tanto fuera como dentro de servicios de salud sexual y reproductiva, que se asocian con mayor frecuencia al aborto, en este grupo tan vulnerable y que tanto adolece de los servicios básicos necesarios, los cuales si se brindaran tendrían un impacto significativo en la reducción de los niveles de mortalidad y morbilidad materna causadas por el aborto.

El aborto en adolescentes responde a múltiples factores por lo que se hace necesario investigar cuales son aquellos determinantes que influyen directamente en su génesis, ya que un mejor conocimiento de las determinaciones del aborto inducido y la posibilidad de incidir sobre ellas mediante programas, permitiría reducir su magnitud, así como atenuar las consecuencias sobre la salud de la mujer y el impacto que esta condición causa en los servicios de salud del país.

Pregunta:

¿Cuáles son las características del ámbito social familiar y del nivel socioeconómico de las mujeres adolescentes que deciden interrumpir voluntariamente su embarazo?

IV. OBJETIVO GENERAL

1. Determinar las características del ámbito social familiar y de nivel socio- económicos de las mujeres adolescentes que deciden interrumpir voluntariamente su embarazo.

V. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Evaluar el nivel socio-económico familiar de las adolescentes que decidieron interrumpir voluntariamente el embarazo

2. Evaluar el ámbito social familiar de las adolescentes que toman la decisión de interrumpir voluntariamente el embarazo.

VI.HIPOTESIS

Por ser un estudio observacional no requiere hipótesis, pero se presenta una hipótesis de trabajo:

Existen características del ámbito social y del nivel socioeconómico similares en las mujeres de que deciden interrumpir voluntariamente su embarazo.

VII. MATERIAL Y METODOS

a) DISEÑO DEL PROYECTO

1. Tipo y características del estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal en base al número de mediciones y en base a su relación cronológica de tipo prospectivo.

2. Definición del universo de trabajo

La población elegible para este estudio fueron todas las mujeres entre 15 y 19 años de edad con antecedente de aborto inducido que acudieron al centro de salud Beatriz Velazco de la SSA durante el periodo comprendido entre el 1 de junio al 1 de diciembre del 2009.

3. Criterios de selección

Los criterios de inclusión fueron aquellas mujeres entre 15 a 19 años de edad que acudieran al Centro de Salud Beatriz Velazco para practicarse la interrupción voluntaria de su embarazo, supieran o no leer y aceptar participar en el estudio. Dentro de los criterios de exclusión tomamos en cuenta ser mayor de 20 años, antecedente de aborto espontaneo y no aceptar participar en el estudio. Se eliminaron aquellas que no completaron la entrevista.

4. Estrategia de muestreo

La muestra se determinó mediante la fórmula para calcular una proporción en población finita

N=Representa el total de individuos que componen una población y es empleada cuando se calcula el tamaño de muestra para población finita y sin reemplazo.

Z= Nivel de confianza requerido para generalizar los resultados hacia toda la población. Se obtiene de las tablas de áreas bajo la curva normal.

P= Es la proporción de observación que se espera obtener en una categoría

Q= Es la otra parte del porcentaje de observaciones en una categoría y es igual a 1-p

d= Desviación estándar

La muestra se calculó tomando el número total de mujeres de entre 15 y 19 años que acudieron al Centro Beatriz Velasco SSA, para la interrupción voluntaria de embarazo durante el año del 2009 y así aplicar el cálculo estadístico de población finita, que se calcula con la siguiente fórmula:

$$\text{FORMULA: } n = \frac{N (Z)^2 PQ}{d^2 (N-1) + Z^2 (PQ)}$$

Dónde los siguientes valores se sustituyeron de la siguiente forma:

$$Z= 1.96 \quad P=0.5 \quad Q= 1-p \quad d=0.08$$

Total de mujeres de 15-19 años que se practicaron aborto inducido en el 2008 = 910

$$\begin{aligned} n &= \frac{(910) (1.96)^2 (0.5)^2}{(0.0064)(910) + (3.8416) (0.5)^2} \\ n &= \frac{(910) (3.8416) (0.5)}{5.824 + 0.9604} \\ n &= \frac{873.964}{6.7844} \\ N &= 135.8 \end{aligned}$$

TOTAL DE PACIENTES = 136

Consideramos una pérdida máxima del 15%, por lo cual se tomo en cuenta y nuestra muestra fue de: 160 pacientes

Se utilizó un muestreo No Probabilístico por conveniencia, de las mujeres que reunieron los criterios de inclusión a partir del 1° de junio hasta completar el tamaño de la muestra en el tiempo determinado.

5. Definición de variables

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Nombre	Tipo de Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Indicadores
Edad	Cuantitativa discontinua	Tiempo transcurrido cumplido en años desde el nacimiento hasta el momento actual	Edad en años referido por la paciente	Número de años cumplidos
Nivel de Escolaridad hasta la actualidad	Cualitativa nominal	Conjunto de recursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. Tiempo que dura estos cursos	Nivel académico con el que cuenta la paciente	<ul style="list-style-type: none"> a) Primaria incompleta b) Primaria completa c) Secundaria incompleta d) Secundaria completa e) Preparatória f) Licenciatura
Ocupación en la que se desempeña	Cualitativa Nominal	Trabajo u oficio que impide emplear el tiempo en otra cosa	Actividades que realiza la paciente para satisfacer necesidades básicas con generación de ingresos.	<ul style="list-style-type: none"> a) Ama de casa b) Ayudante general c) Comerciante d) Estudiante e) Desempleada
Estado Civil con el que cuenta actualmente	Cualitativa Nominal	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	Situación actual con respecto a la pareja sexual.	<ul style="list-style-type: none"> a) Soltera b) Casada c) Unión Libre d) Separada/divorciada e) Viuda

<p>Nivel socio-económico familiar</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p>	<p>Lo que tiene como objeto global extender a todos los sectores sociales los servicios y medios fundamentales para una vida digna</p>	<p>Se evaluó por medio del instrumento de Graffar. ANEXO 2</p>	<p>a) 04-06 puntos: Alto b) 07-09 puntos: Medio alto c) 10-12 puntos: Medio bajo d) 13-16 puntos: Obrero e) 17-20 puntos: Marginal</p>
<p>Ámbito social familiar</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p>	<p>Agrupación natural o pactada de personas, que constituyen unidad distinta de cada uno de sus individuos, con el fin de cumplir mediante la mutua cooperación todos o algunos de los fines de la vida</p>	<p>Se utilizó la evaluación del ámbito social familiar ANEXO 3</p>	<p>a) Familia socialmente integrada: 171 a 290 puntos b) Familia socialmente marginada: 121 a 170 puntos c) Familia con de privación social: 0 a 120 puntos</p>

VARIABLE DEPENDIENTE

Nombre	Tipo de Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Indicadores
Interrupción voluntaria de embarazo	Cualitativa Nominal	Interrupción del embarazo antes de la viabilidad a petición de la mujer, pero no por razones de salud materna o enfermedad fetal	Mujeres que no quieren que llegue a término su embarazo	

6. METODOLOGIA

Se procedió a encuestar a mujeres adolescentes usuarias de los servicios del Centro de Salud Beatriz Velasco de la SSA en el turno matutino, durante el mes de junio a diciembre del 2009, eligiendo a las pacientes de entre 15-19 años, que supieran o no leer y escribir, con el antecedente de interrupción del embarazo voluntario. Una vez cubiertos los criterios de inclusión se solicitó su participación en el estudio con previa explicación de su finalidad y se solicitó su firma en el consentimiento informado, en caso de ser menores de 18 años de edad se solicitó su autorización y firma en el consentimiento informado a los padres o tutor de la adolescente que la acompañaba en ese momento de la entrevista.

La encuesta se estructuró de acuerdo a variables independientes a investigar, en lo que se refiere a la edad, ocupación, escolaridad, nivel socioeconómico y ámbito familiar con preguntas cerradas.

Se utilizó el instrumento de Graffar que permite determinar el nivel socioeconómico familiar; el cual los clasifica en: clase alta, clase media alta, clase media bajo, clase obrera y clase marginal. El nivel se establece en función de cuatro variables principales: profesión del jefe del hogar, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso y condiciones de la vivienda. Cada variable cuenta con una puntuación del 1 al 5 puntos, y se indican los diferentes niveles en se subdivide cada variable. Para clasificar cada estrato socioeconómico, se suman las cantidades señaladas en cada variable. (Anexo 4)

Para la medición social familiar se utilizó la evaluación del ámbito social familiar el cual establece 8 variables: ocupación, escolaridad, vivienda, acceso a servicios de salud, alimentación, recreación, cooperación con la comunidad y autogestión en salud, consta de 25 ítems los cuales tiene como respuesta si con una puntuación de 10; o no con una puntuación de cero. (Anexo 5). Este instrumento clasifica a la familia según su puntuación de la siguiente forma: Familia socialmente integrada: 171 a 290 puntos; Familia socialmente marginada: 121 a 170 puntos; Familia con de privación social: 0 a 120 puntos

La información obtenida se organizó y se clasificó en base a los factores interrogados en la cédula de encuesta y se cuantificaron para determinar la frecuencia de presentación de cada uno. Ya obteniendo los datos y realizando el cotejo de información correspondiente se realizó el análisis de los mismos. El análisis estadístico que se llevo a cabo para el procesamiento de los resultados de esta investigación fue tipo computarizado, el software Excel para cuadros y gráficas de los datos capturados.

VIII. ASPECTOS ETICOS

Este estudio no contraviene las disposiciones establecidas en la *Declaración de Helsinki* de 1964 de la Asociación Médica Mundial que marca los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, la enmienda de Tokio 1975, Venecia 1983, Hong Kong 1989, Somerset West, Sudáfrica 1996 y la de Edimburgo, Escocia 2000.

Así mismo no está en contraposición con la *Ley General de Salud* de los Estados Unidos Mexicanos, ni del *Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de los Estados Unidos Mexicanos*. Disposiciones generales para el presente trabajo de Investigación se califica como de mínimo riesgo.

Se mantiene en todo momento el respeto a la autonomía de las personas, ya que se realiza mediante un consentimiento informado en el cual se menciona que en todo momento se guardará la identidad y confidencialidad de las personas que intervinieron en el estudio.

Así mismo se encuentra dentro de todo lo dispuesto por el Instituto Mexicano del Seguro Social en materia de investigación en salud a través de la Coordinación de Investigación en Salud.

Esta investigación esta normada por los tres Principios Éticos de referencia utilizados de manera general en las investigaciones:

El principio de respeto a la persona se guarda en el margen, ya que es en busca de su bienestar en el manejo de su patología de base y se le dará la libre elección de su participación, sin correr ningún riesgo su integridad moral y física durante el estudio.

El principio de la beneficencia, es solo en busca del bienestar de la población y de la detección oportuna de las personas con riesgo en un momento determinado por parte del Médico; previniendo así el daño y las complicaciones. Así como la mejora en la utilización de recursos y de la infraestructura de la Unidad de Medicina Familiar y con esto mejorar la distribución de presupuesto.

El principio de justicia, se lleva a cabo por el trato justo y digno que se les da a cada uno de los participantes del estudio en cuestión; sin imponer la voluntad del Investigador o infringiendo la Ley.

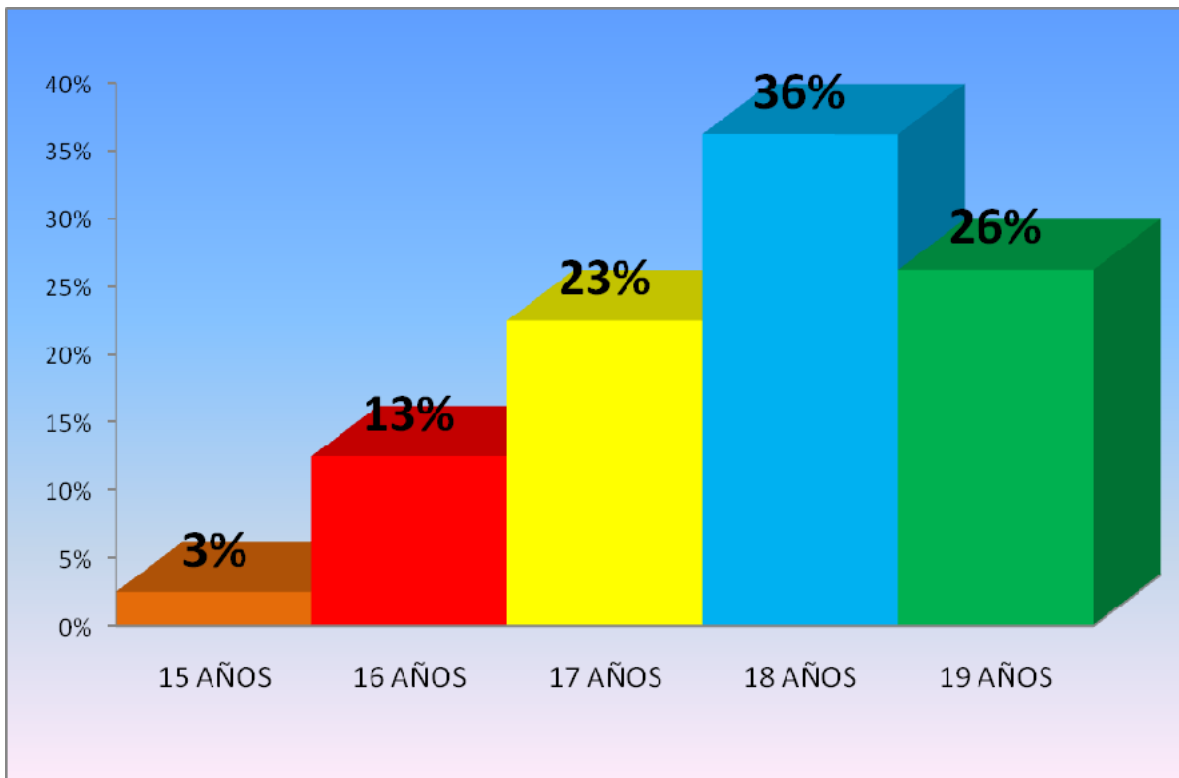
IX.RESULTADOS

De la aplicación del instrumento descrito y aplicado en la presente investigación se obtuvieron los siguientes resultados que se presentan en gráficas:

En el estudio se incluyeron 160 mujeres adolescentes que decidieron interrumpir voluntariamente su embarazo de junio a diciembre del 2009, de las cuales el 62% por ciento son mayores de edad, siendo la tercera parte de 18 años.

GRAFICA 1

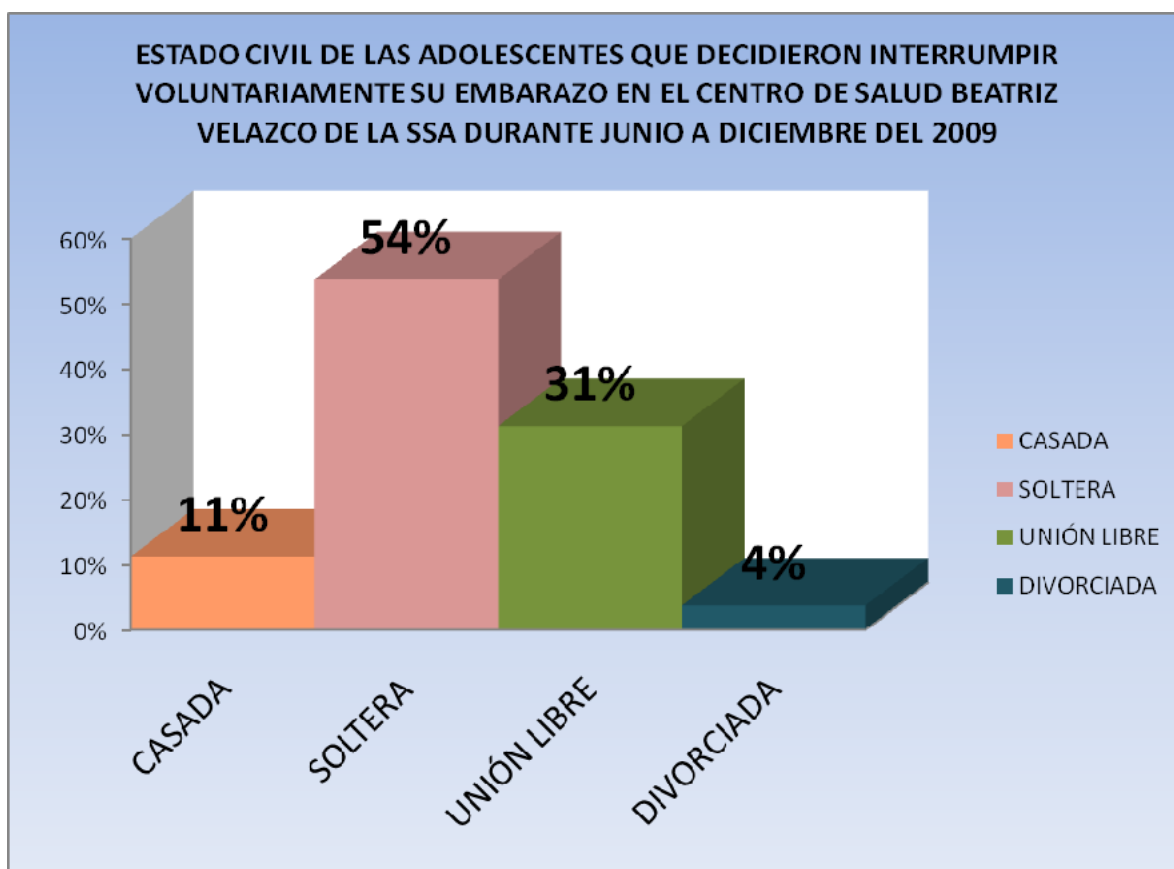
ADOLESCENTES QUE DECIDIERON INTERRUMPIR VOLUNTARIAMENTE SU EMBARAZO SEGÚN LA EDAD DURANTE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2009 EN EL CENTRO DE SALUD BEATRIZ VELAZCO



FUENTE:ENCUESTA APLICADA DE JUNIO A DICIEMBRE 2009

En cuanto al estado civil de las adolescentes estudiadas predominó en más de la mitad de la muestra el ser soltera y 41% refieren una relación ya sea casada o en unión libre, mientras que el 4% refirieron una separación o disolución de su relación de pareja.

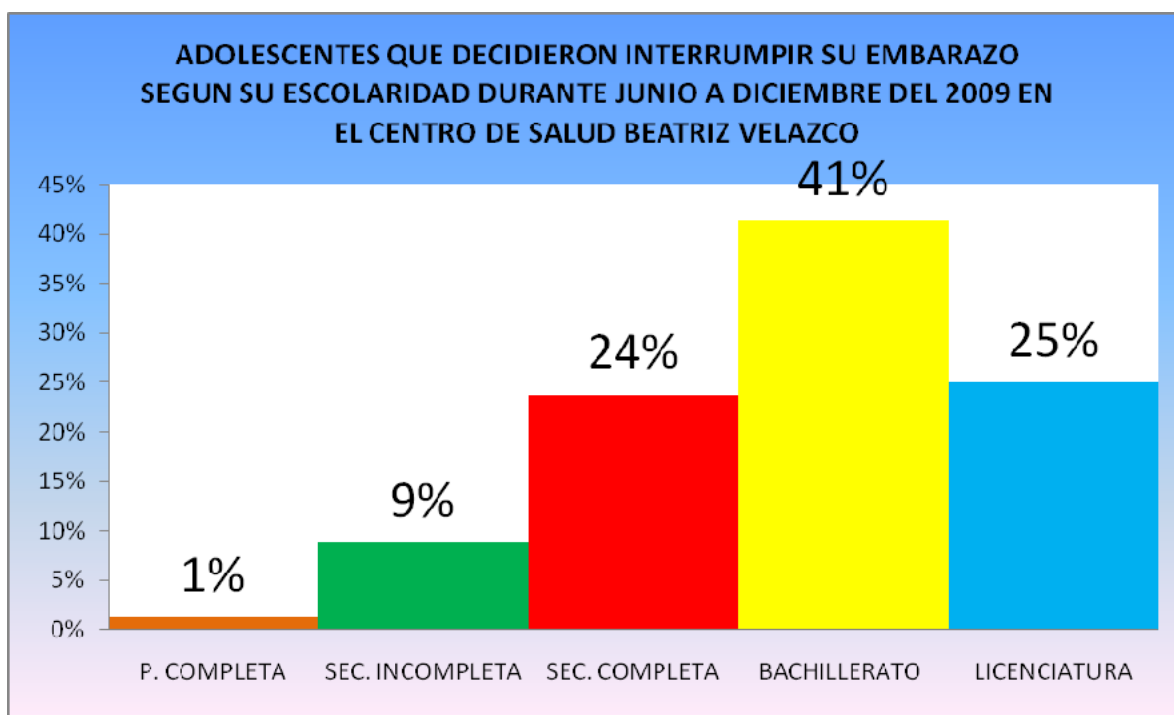
GRAFICA 2



FUENTE: ENCUESTA APLICADA DE JUNIO A DICIEMBRE 2009

Con respecto a nivel educacional de las adolescentes estudiadas el 34% tiene un nivel basico de educación; mientras que la cuarta parte cuenta con educacion a nivel licenciatura.

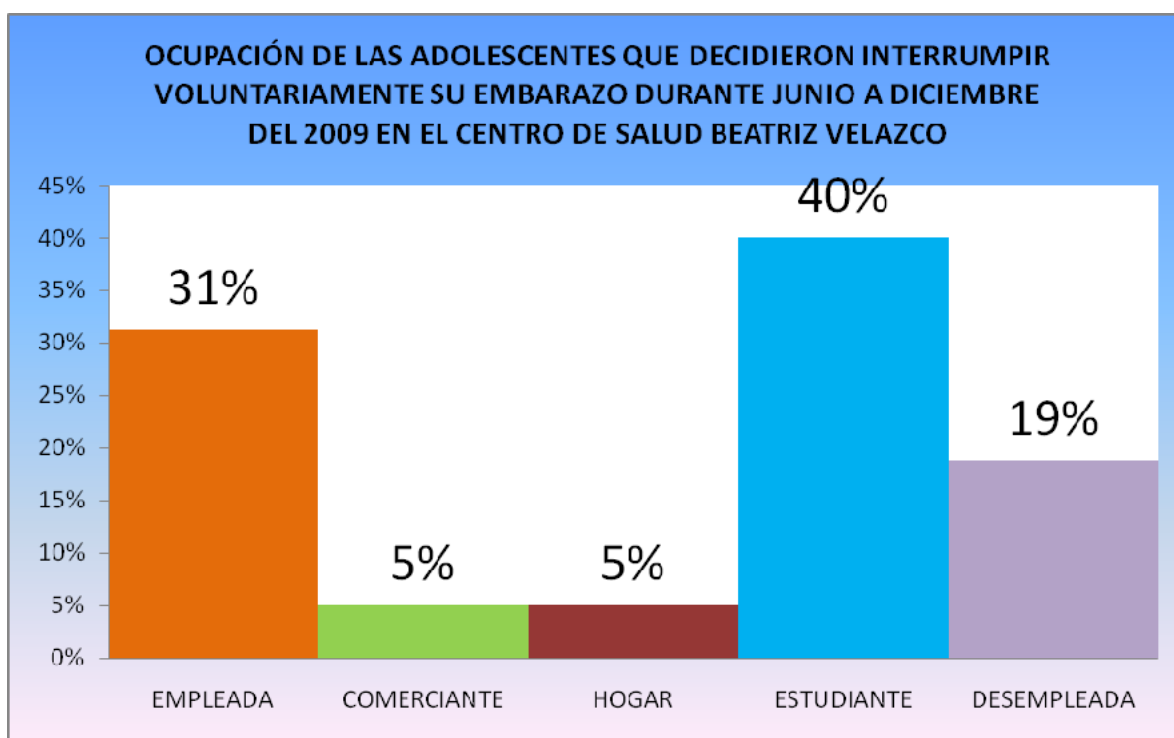
GRAFICA 3



FUENTE: ENCUESTA APLICADA DE JUNIO A DICIEMBRE 2009

Dentro de la ocupación desempeñada por las adolescentes encuestadas predominó la de ser estudiante en 2 terceras partes de la muestra seguida de las desempleadas en la una tercera parte de los casos.

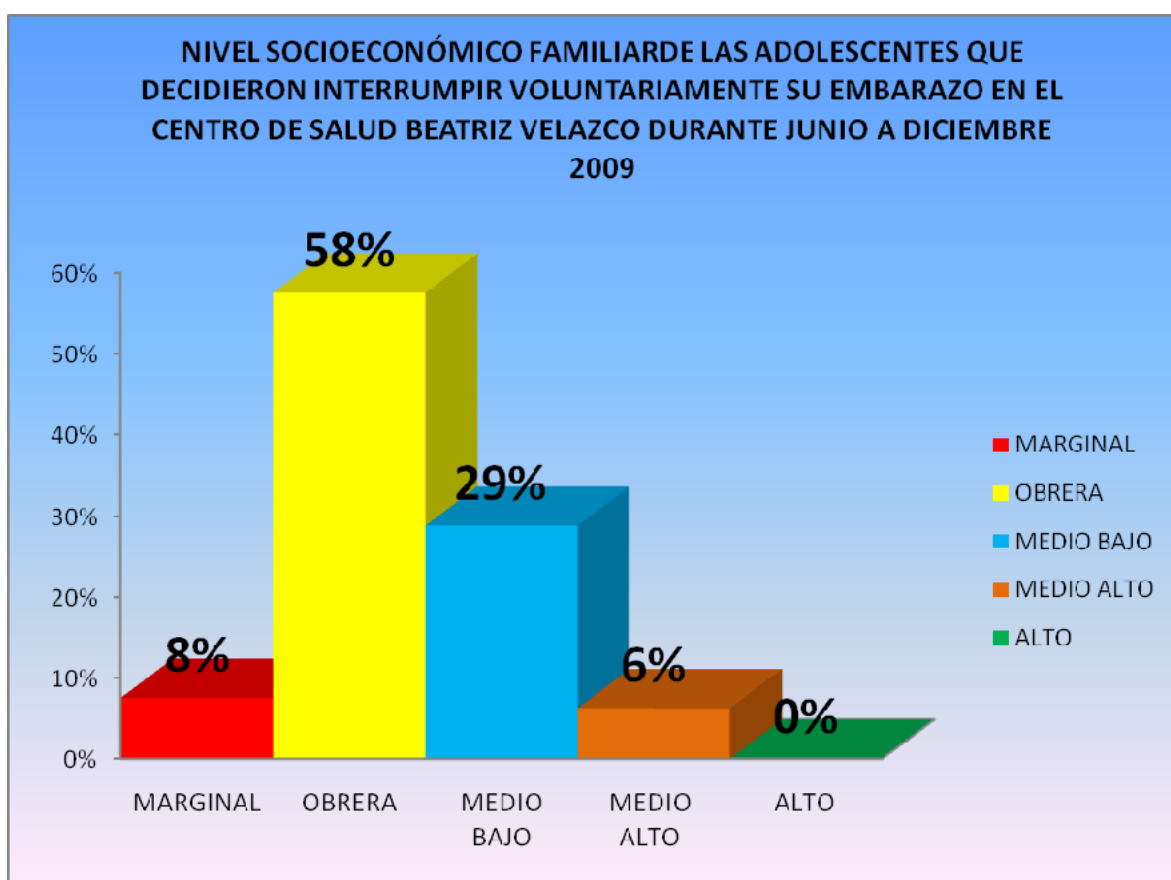
GRAFICA 4



FUENTE: ENCUESTA APLICADA DE JUNIO A DICIEMBRE 2009

El nivel socioeconómico familiar de las adolescentes encuestadas está representado por más de la mitad por la clase obrera (92), seguida de los de clase medio baja donde se observase en un tercio de la muestra.

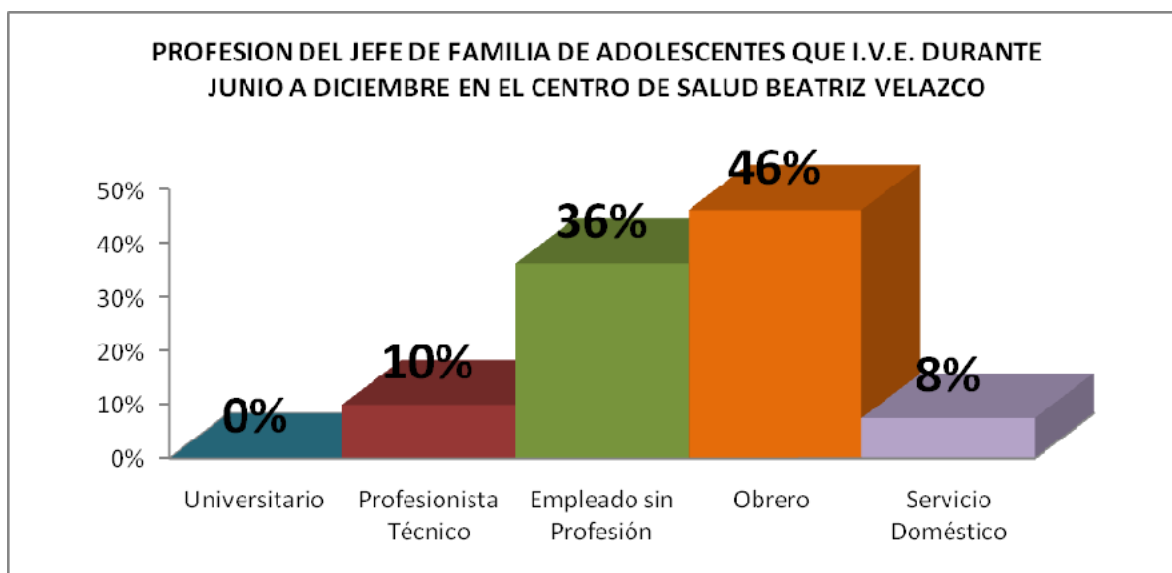
GRAFICA 5



FUENTE: ENCUESTA APLICADA DE JUNIO A DICIEMBRE 2009

Con respecto a los 4 ítems que conforman la evaluación de Graffar para determinar el nivel socioeconómico, se obtuvieron los siguientes datos: Con lo que respecta a la profesión del jefe de familia de las adolescentes encuestadas en el 46 % son obreros y el 36 % son empleados sin profesión.

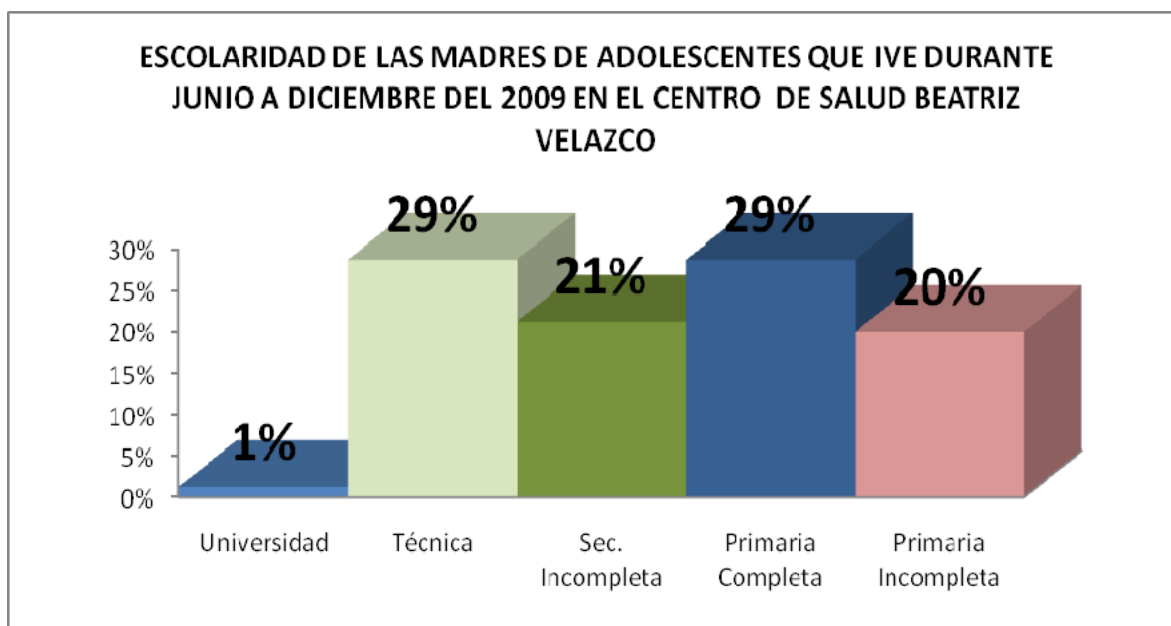
GRAFICA 6



FUENTE: ENCUESTA APLICADA DE JUNIO A DICIEMBRE 2009

La escolaridad de la madre en cada familia de las adolescentes encuestadas se encuentran en una tercera parte en primaria completa y también las que cuentan con una carrera técnica.

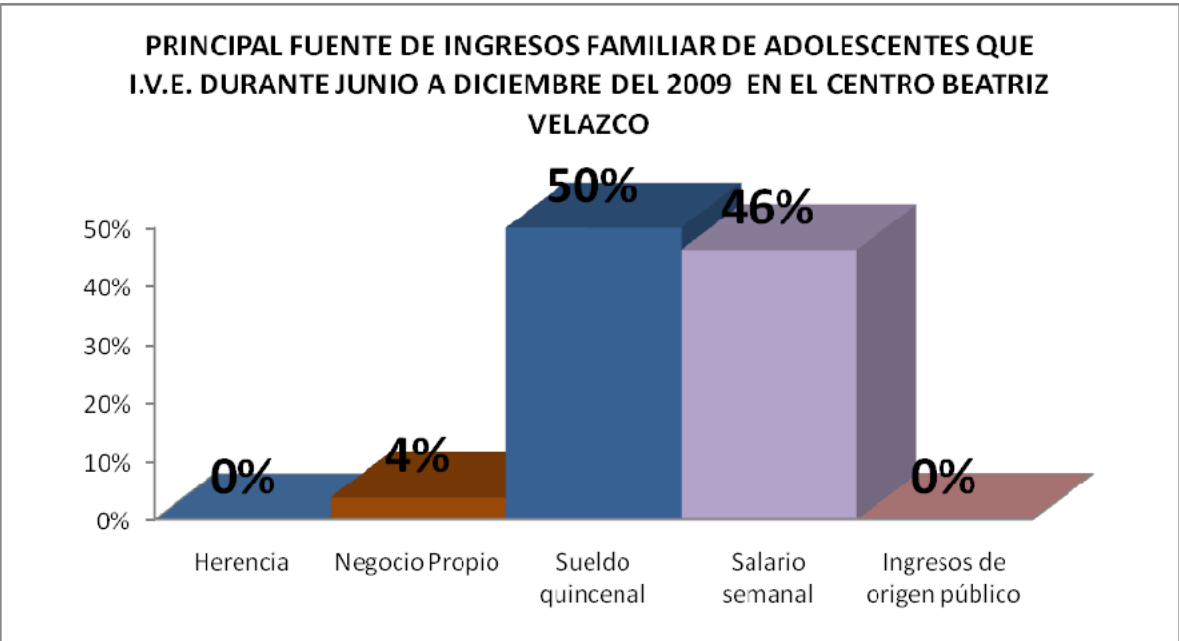
GRAFICA 7



FUENTE: ENCUESTA APLICADA DE JUNIO A DICIEMBRE 2009

En la mitad de los casos la principal fuente de ingresos de las familias de estas adolescentes son obtenidos quincenalmente, mientras que en el 46 % son obtenidos semanalmente.

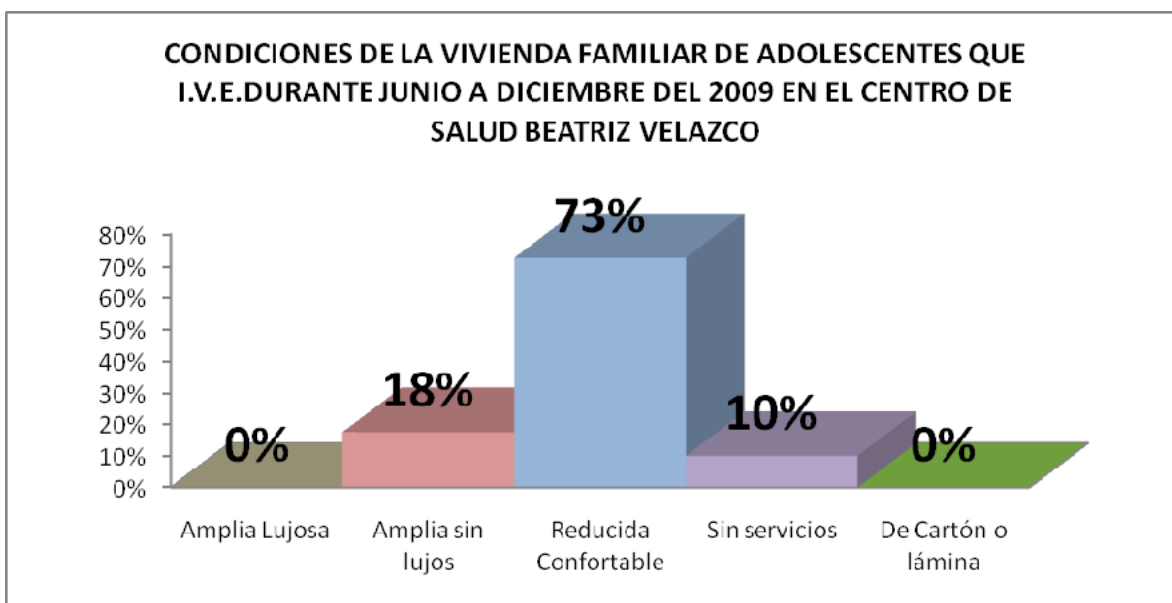
GRAFICA 8



FUENTE: ENCUESTA APLICADA DE JUNIO A DICIEMBRE 2009

De acuerdo a las condiciones de vivienda de cada una de estas adolescentes encuestadas refieren contar con una vivienda reducida pero confortable, mientras que el 10% refieren no contar con servicios básicos de urbanización.

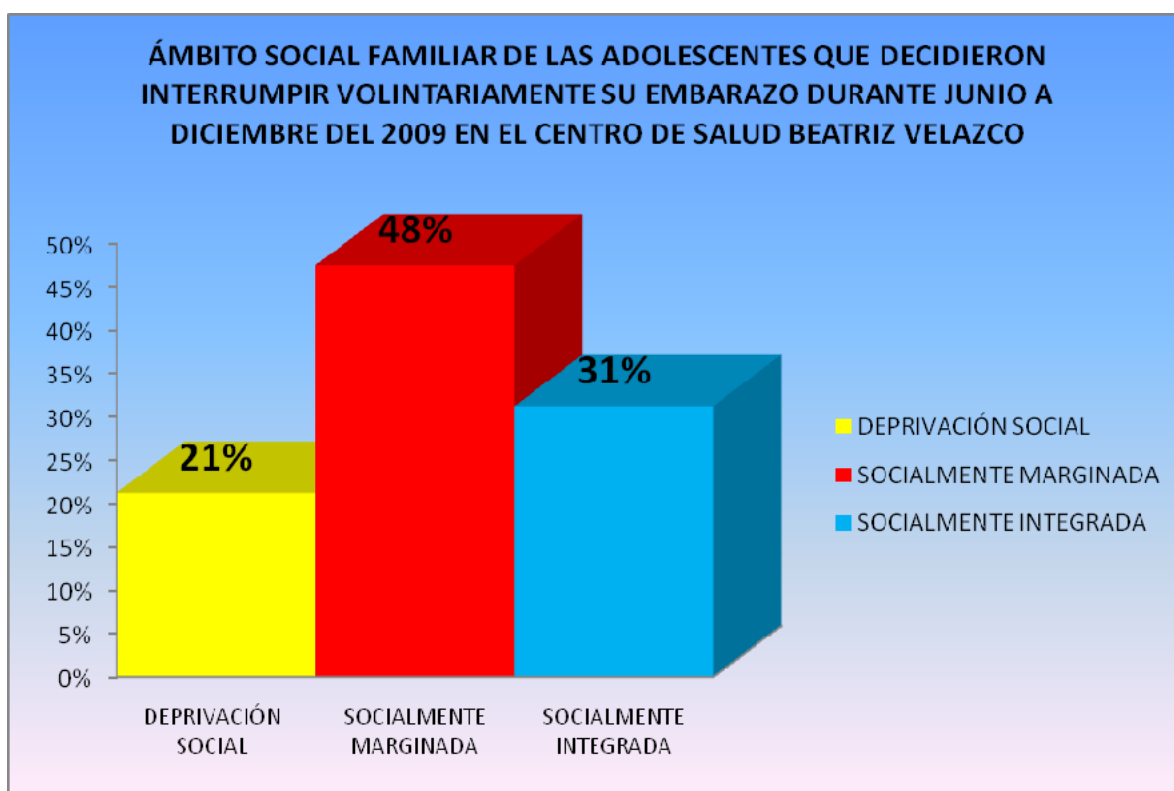
GRAFICA 9



FUENTE:ENCUESTA APLICADA DE JUNIO A DICIEMBRE 2009

Las características del ámbito social familiar de las mujeres adolescentes entrevistadas fue de familias socialmente marginadas en 2 terceras partes de los casos, y una cuarta parte representa a las familias socialmente integradas.

GRAFICA 10



FUENTE: ENCUESTA APLICADA DE JUNIO A DICIEMBRE 2009

En la evaluación del ámbito social familiar de los 25 ítems que conforman dicho instrumento obtuvimos los siguientes datos: en el 78% la ocupación del jefe de familia es acorde a su nivel de estudios, y 65% de estas familias refieren que sus ingresos no cubren sus necesidades básicas. La escolaridad familiar promedio es menor al nivel medio superior en el 63% de la muestra. Las condiciones de la vivienda las refiere en adecuadas condiciones y que cuentan con servicios básicos de urbanización en más del 80%. Además estas familias refieren contar con algún servicio de salud en el 46%.

Cuadro 1

OCUPACIÓN E INGRESO	ACORDE A LA PREPARACION	78%
	INGRESOS NO CUBREN NECESIDADES BÁSICAS	65%
ESCOLARIDAD	ESCOLARIDAD FAMILIAR PROMEDIO	63%
VIVIENDA	ADECUADAS CONDICIONES SANITARIAS	89%
ACCESO A SERVICIOS DE SALUD	FAMILIA DERECHOHABIENTE	46%

FUENTE: ENCUESTA APLICADA DE JUNIO A DICIEMBRE 2009

La alimentación familiar la refieren en adecuada calidad y cantidad en el 46%. De estas familias más de la mitad no practican deporte y no realización labores comunitarias en más del 90% de ellas.

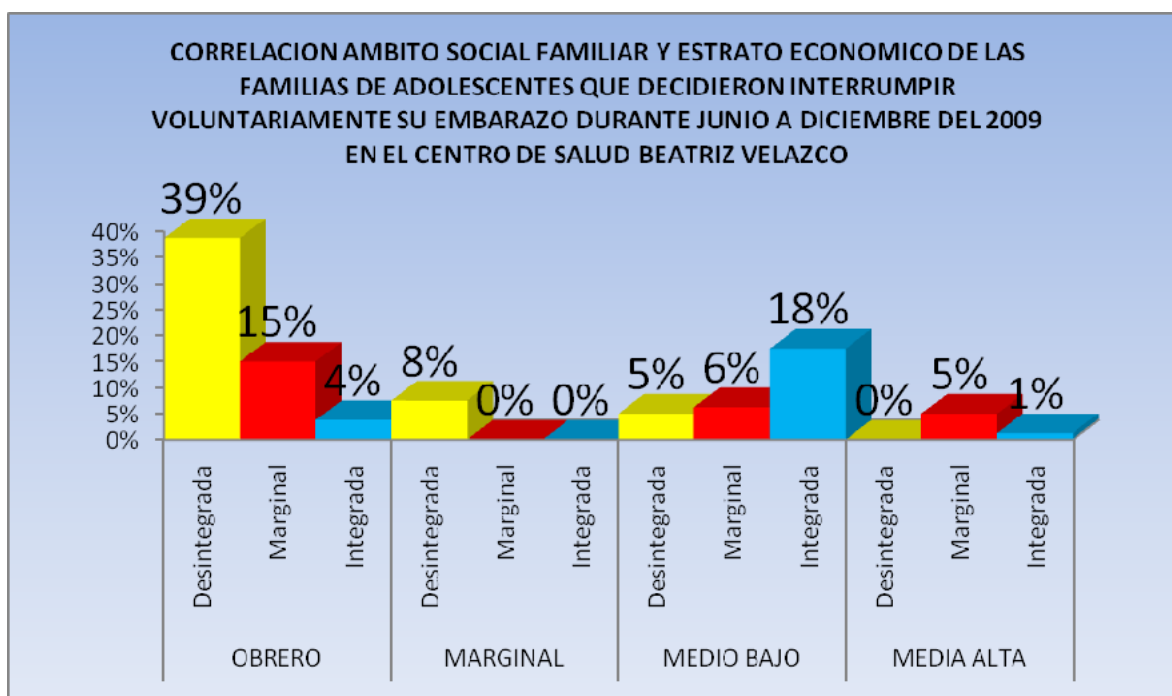
Cuadro 2

ALIMENTACIÓN	BALANCEADA, CALIDAD, BUENOS HÁBITOS	46%
RECREACIÓN	NO PRACTICAN DEPORTE	61%
COOPERACIÓN COMUNIDAD	NO PARTICIPAN	90%
AUTOGESTIÓN EN SALUD	NO PARTICIPAN	90%

FUENTE: ENCUESTA APLICADA DE JUNIO A DICIEMBRE 2009

Dentro de la correlación entre el nivel socioeconómico y el ambiente social familiar de estas adolescentes observamos que a mayor nivel socioeconómico, menor grado de marginación social familiar.

GRAFICA 11



FUENTE: ENCUESTA APLICADA DE JUNIO A DICIEMBRE 2009

X. DISCUSION

Se realizo una encuesta a 160 mujeres de entre 15 a 19 años de edad que decidieron interrumpir voluntariamente su embarazo en el Centro de salud Beatriz Velazco de la SSA durante el periodo comprendido del 1ro de junio al 31 de Diciembre del 2009, donde obtuvimos que el 62% de la muestra fueron adolescentes mayores de edad, y el 39% se encontraron entre los 15 y 17 años.

La escolaridad promedio, en el 41% se encuentra a nivel de bachillerato, mientras que el 34% tienen una educación básica.

Con lo que respecta a la ocupación estas adolescentes en el 40% son estudiantes y 31% son empleadas mientras que el 19% refieren encontrarse sin trabajo en ese momento.

El estado civil en el 59% de la muestra refirió ser soltera, mientras que el 41% están casadas o en unión libre y el 4% refirieron una disolución de pareja

En cuanto al nivel socio económico familiar obtuvimos que en el 58% fueran de la clase obrera, 29% pertenecen al nivel medio bajo, 8% marginal y solo el 6% pertenecen al nivel medio alto.

En cuanto a la profesión del jefe de familia el 46% son obreros, 36% son empleados sin profesión, 10% cuentan con una profesión a nivel técnico.

La escolaridad de la madre de estas adolescentes en igual proporción se encuentra con una educación a nivel técnico y con primaria completa.

Las condiciones de la vivienda en la mayor parte de los casos refiere confortable pero reducida y el ingreso familiar en la mitad de los casos lo obtienen de forma quincenal.

En lo que se refiere al ámbito social familiar estas refirieron en el 48% ser marginadas socialmente, 31% fueron integradas y 21% fueron desintegradas socialmente.

Las características del ámbito social familiar y del nivel socio económico que comparten las adolescentes que decidieron interrumpir voluntariamente su embarazo, con mayor prevalencia son la escolaridad a nivel medio superior, ser solteras dedicadas al estudio y que sus familias de estas adolescentes pertenecen a un nivel obrero socialmente marginadas.

XI. CONCLUSIONES

De la presente investigación podemos concluir algunos puntos que consideramos adecuados para su análisis y seguimiento, así como por ser los más relevantes de acuerdo a los resultados encontrados:

El ser muy joven y no haber cumplido con las expectativas profesionales, laborales y relacionadas con el matrimonio parecen ser razones incompatibles con la maternidad en el grupo de mujeres estudiadas.

Una gran mayoría de las mujeres adolescentes que interrumpen su embarazo están iniciando su vida reproductiva y que aun estudian y no se han casado como lo señalamos en este trabajo donde se identificaron las características de las adolescentes que deciden interrumpir su embarazo de mayor prevalencia: edad entre los 19 y 18 años de edad, solteras, estudiantes con un nivel de escolaridad medio superior, socialmente marginada y con estrato obrero.

El perfil socioeconómico identificado en este grupo de estudio denota fallas en la prevención de embarazos indeseados entre mujeres que aun no han cumplido sus expectativas profesionales, laborales y relacionadas con el matrimonio.

El aborto en la adolescencia constituye un elemento fundamental que afecta la salud reproductiva de este sector de la sociedad. Si bien es cierto que se ha logrado una evidente reducción de la mortalidad relacionada con el aborto, no podemos decir lo mismo de la morbilidad, por lo que resulta imprescindible profundizar en las razones que llevan a una adolescente a tomar la decisión de abortar.

Perseguir y condenar al aborto, sin valorar la situación real en que vive la mujer adolescente no aporta soluciones. Tampoco se debe caer en la trampa de justificar y/o estimular el aborto, mediante la tolerancia del desenfreno sexual y la distorsión en la educación y la formación de valores. En este caso estaríamos fomentando una autonomía que la adolescente usaría para hacerse daño físico, psíquico y moral.

En mi opinión hay mucho que hacer en relación con la educación sexual de las nuevas generaciones, así como la de sus padres, para garantizar servicios e información en anticonceptivos de alta eficacia que sean de fácil acceso a este sector vital para nuestra población.

Es necesario un esfuerzo mancomunado de toda la sociedad para la creación de familias estables, responsables y armónicas para lograr una reducción en la frecuencia de abortos en la adolescencia; de lo contrario este fenómeno segura estando presente en el futuro en detrimento de la salud reproductiva de nuestra población.

XI. APORTACIONES Y SUGERENCIAS

- Brindar una atención preferencial a las mujeres identificadas en el estudio como de alto riesgo de recurrir a la práctica de interrupción voluntaria del embarazo.
- Ampliar la información dirigida a los varones sobre el uso de métodos anticonceptivos, así como difundir información más objetiva sobre el aborto, para estimular la responsabilidad masculina frente a esta práctica
- Promover las consejerías sobre sexualidad a las parejas adolescentes para prevenir el embarazo.
- Realizar seminarios dirigidos a los padres de familias, ya que éstos se pueden convertir en transmisores de la información, sobre todo si son padres de niñas que en el futuro serán adolescentes.
- Dirigir charlas, basadas en la promoción de métodos anticonceptivos, en la prevención del embarazo a temprana edad y en los riesgos del aborto en la adolescencia.
- Fomentar las consejerías sobre las consecuencias del aborto en la adolescencia.
- Muchas de las adolescentes llegan al servicio de salud después de realizado el aborto, es necesario atender a la paciente con justicia, calor humano y trabajar con ética y respeto, orientándolas para que no realicen un aborto nuevamente.
- Promover una campaña de capacitación al personal de salud en temas de salud sexual y reproductiva a nivel nacional.
- Proveer de métodos de planificación familiar y material didáctico

XII. ANEXOS

ANEXO 1

1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, declaro libre y voluntariamente que acepto en participar en el estudio: Características del ámbito social familiar y el nivel socioeconómico en mujeres adolescentes que deciden interrumpir voluntariamente su embarazo.

Para lograr el objetivo antes mencionado, contestaré el cuestionario, y conociendo también los beneficios de dicho estudio, quedando en la conformidad de que se mantenga discreción de los resultados de dicha intervención educativa. Se me informo que no corro riesgo y que los beneficios son meramente educativos

México DF. A ----- DE----- del 2009

FIRMA -----

FIRMA TESTIGO-----

FIRMA PADRE O TUTOR-----

ANEXO 2**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES AÑO 2009**

ACTIVIDADES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE
ELABORACION DE PROTOCOLO	R	R	R	R									
REGISTRO DE PROTOCOLO				R	R	R	R						
RECOLECCION DE INFORMACION							R	R	R	R	R	R	
CAPTURA DE DATOS										R	R	R	
ANALISIS DE DATOS											R	R	
INTERPRETACION DE RESULTADOS												R	
REVISION DE RESULTADOS POR ASESOR Y COMITÉ LOCAL												R	R
PRESENTACION DE PROTOCOLO Y EXAMEN DE TITULACION													R
DIFUSION													R
PUBLICACION													R

P = PROGRAMADO

R = REALIZADO

ANEXO 3

Marque con una X

1. ¿A qué se dedica?

- a) Empleada b) Trabaja por su cuenta c) Hogar
d) Estudiante e) Desempleada

2. ¿Cuál es su estado civil?

- a) Casado b) Soltero c) Unión libre
d) Divorciado / separado e) Viuda

3. ¿Cuál es su grado máximo de escolaridad?

- a) Primaria incompleta
b) Primaria completa
c) Secundaria incompleta
d) Secundaria completa
e) Bachillerato / Comercial
f) Universidad

4.- ¿Cual es la Profesión del jefe de su familia?

- () Universitario, comerciante, gerente, ejecutivo
() Profesionista técnico, mediano comerciante
() Empleado sin profesión, universidad incompleta
() Obrero, taxista
() Servicio domestico

5.- ¿Cuál es la Escolaridad de su mama?

- () Universidad
() Técnica o secundaria completa
() Secundaria incompleta
() Primaria completa
() Primaria incompleta o no sabe leer ni escribir

6.- ¿Cómo obtienen Principal fuente de ingresos en su familia?

- () Herencia
() Negocio propio, honorarios profesionales
() Sueldo quincenal o mensual
() Salario diario o semanal
() Ingresos de3 origen publico o privado

7.- ¿Cuáles son las condiciones de la vivienda en donde vive actualmente?

- () Amplia, lujosa
() Amplia, sin lujos con servicios como luz, agua potable y drenaje
() Reducida pero confortable y con servicios como luz agua potable drenaje
() Espacios amplios o reducidos pero sin luz, agua potable o drenaje
() Construida de materiales como cartón lamina

8.- ¿El trabajo del sustentador es acorde con su nivel de estudios?

- a) NO b)SI

9.- ¿Los ingresos alcanzan para la alimentación, vestido, calzado, vivienda, diversión y salud de la familia?

- a) NO b) SI

10.- ¿La escolaridad de los hijos es acorde con la edad?

- a) NO b) SI

11.- El rendimiento escolar de los hijos es:

- a) Bajo b) Medio c) Alto

12.- ¿La escolaridad de la familia es superior a la secundaria terminada?

a) No b) Si

13.- ¿Dispone de agua potable y luz eléctrica en su casa?

a) No b) Si

14.- ¿La basura se almacena y pasa el camión por ella?

a) No b) Si

15.- ¿Cuenta con drenaje?

a) No b) Si

16.- ¿Tiene animales en su casa?

a) No b) Si

17.- ¿La familia es derechohabiente de alguna institución de salud?

a) No b) Si

18.- ¿Su domicilio se encuentra cercano al centro de salud de salud?

a) No b) Si

19.- ¿El horario de trabajo de su padre permite acudir regularmente al centro de salud?

a) NO b) SI

20.- ¿La alimentación es suficiente en cantidad?

a) No b) Si

21.- ¿La alimentación es balanceada?

a) No b) Si

22.- ¿Los hábitos alimenticios son adecuados?

a) NO b) SI

23.- ¿La familia tiene actividades recreativas en forma regular?

a) NO b) Si

24.- ¿Las actividades fomentan la salud

a) NO b) SI

25.- ¿Los integrantes de la familia realizan algún deporte?

a) NO b) SI

26.- ¿La familia forma parte de algún comité comunitario?

a) No b) Si

27.- ¿La familia coopera con los proyectos comunitarios?

a) No b) Si

28.- ¿La familia tiene reconocimiento social por su labor comunitaria?

a) No b) Si

29.- ¿La familia participa en la salud de la comunidad?

a) No b) Si

30.- ¿La familia favorece la organización de la comunidad para mantener la salud?

a) No b) Si

31.- ¿La familia promueve la participación de otras familias en el fomento de la salud?

a) NO b) Si

32.- Escriba su edad -----

GRACIAS POR SU COOPERACION

LA INFORMACION QUE NOS HA DADO
SERA CONFIDENCIAL Y NOS PERMITIRA
MEJORAS EN LA ATENCION QUE LE
OFRECE LA UNIDAD

ANEXO 4

VARIABLES Y SU PUNTAJE EN EL METODO DE GRAFFAR

Profesión del jefe de familia	<ol style="list-style-type: none">1.-Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas2.-Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria3.-Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa4.- Obrero especializado, tractorista, taxista5.-Obrero no especializado, servicio domestico
Nivel de instrucción de la madre	<ol style="list-style-type: none">1.- Universidad o su equivalente2.-Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa3.- secundaria incompleta o técnico inferior4.- Educación primaria completa5.- Primaria incompleta, analfabeta
Principal fuente de ingresos	<ol style="list-style-type: none">1.-Fortuna heredada o adquirida repentinamente2.- Ingresos provenientes de una empresa privada, negocio, honorarios profesionales3.- Sueldo quincenal o mensual4.- Salario diario o semanal5.- Ingresos de origen publico o privado
Condiciones de la vivienda	<ol style="list-style-type: none">1.- Amplia, lujosa, optimas condiciones sanitarias2.- Amplia, sin lujos con excelentes condiciones sanitarias3.- Espacios reducidos pero confortable y buenas condiciones sanitarias4.- Espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias5.- Improvisada construida con materiales de desecho deficientes condiciones sanitarias

ANEXO 5

EVALUACION DEL AMBITO SOCIAL FAMILIAR

I.-OCUPACION E INGRESO	NO	SI
a) El trabajo del proveedor es acorde con su preparación	0	10
b) Los ingresos cubren las necesidades básicas (alimentación, vestido, vivienda, recreación, salud) de la familia	0	20
II.- ESCOLARIDAD	0 BAJO MEDIO	ALTO
a) La escolaridad de los hijos es acorde con la edad	0	10
b) El rendimiento escolar de los hijos es en promedio		
c) La escolaridad promedio de la familia es superior a los 9 años escolares	0	10
III.-VIVIENDA		
a) Es adecuada en relación a dormitorios y personas	0	10
b) Se dispone de agua potable y luz eléctrica	0	10
c) La basura se almacena y se elimina adecuadamente	0	10
d) Las excretas se eliminan de manera adecuada	0	10
e) La fauna domestica no afecta la salud familiar	0	10
IV.- ACCESO A SERVICIOS DE SALUD		
a) La familia es derechohabiente de alguna institución de salud	0	10
b) El hogar esta situado cercano a servicios de salud	0	10
c) El horario de trabajo de los padres permite acudir regularmente al servicio de salud	0	10
V.- ALIMENTACION		
a) La alimentación es suficiente en cantidad	0	10
b) La alimentación es suficiente en calidad	0	10
c) Los hábitos alimentarios son adecuados a las necesidades	0	10
VI.-RECREACION		
a) La familia tiene actividades recreativas en forma regular	0	10
b) Las actividades recreativas fomentan la salud	0	10
c) Los integrantes de la familia realizan algún deporte	0	10
VII.- COOPERACION CON LA COMUNIDAD		
a) La familia forma parte de algún comité comunitario o social	0	10
b) La familia coopera con los proyectos comunitarios	0	10
c) La familia tiene reconocimiento social por su labor comunitaria	0	10
VIII.- AUTOGESTION EN SALUD		
a) La familia participa activamente en la conservación de la salud comunitaria	0	10
b) La familia favorece la organización de la comunidad para mantener la salud	0	10
c) La familia promueve la participación de otras familias en el fomento a la salud	0	10

XI. BIBLIOGRAFIA

1. Welti C; Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México. Edit. Papeles de Población, Nueva Época, 2000; Núm. 26, octubre-diciembre.
2. Consejo Nacional de Población 2002 Proyecciones de la población de México,2000-2050 CONAPO México
3. Consejo Nacional de Poblacion1996 Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995, CONAPO México.
4. Asociación Mexicana de Investigación Demográfica y Médica. Centro de Orientación para Adolescentes, 1986 Encuesta sobre la información sexual y reproductiva de los jóvenes, 1986. AMIDEM, CORA, México
5. Fleiz C.et al. Conducta sexual en estudiantes de la Ciudad de México. Rev. Mexicana de Salud Mental, Vol. 22, Núm. 4
6. Consejo Nacional de Población 2000. La situación actual de los y las jóvenes en México. Diagnostico socio demográfico, CONAPO, México
7. Moore S. Rosenthal D. Sexuality in adolescents. Ed.Routedge.1998
8. Consejo Nacional de Población 2000. Cuadernos de salud reproductiva. Estados Unidos Mexicanos, CONAPO. México
9. Menkes C. Suarez L. Sexualidad y embarazo en México. Papeles de Población; Enero 2003
10. Fondo de Población de las Naciones Unidad, adolescencia, oportunidades y riesgos. En: salud reproductiva: una medida de equidad, capitulo 4. Estado de la Población Mundial. UNFPA 2005
11. Díaz DE. Álvarez VL Factores de riesgo demográficos y sociales del aborto. Rev. Cubana salud pública 2001;27 (1):26-35
12. Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud. Boletín de información oportuna sobre jóvenes. Núm. 23, encuesta nacional de juventud 2005
13. World Health Organization. Unsafe abortion. Global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion, with a listing of available country data. Geneva WHO;1998
14. Garrido CJ. El aborto en la historia. Acta Medica Dominicana.1995; 17 (1)
15. Galeotti G. Historia del aborto Edit. Nueva visión. Buenos Aires 2004.
16. Billings DL. Aborto inducido a nivel mundial, Instituto Allan Guttmacher, Nueva York 2001
17. Espinoza HV. López CL: Aborto inseguro en América latina y el Caribe. Definición del problema y su prevención. Gaceta Med. México. 2003; 139(1):233-239.
18. Mujeres y Hombres. 2002, INEGI-INMUJERES, Mexico,2002; Cuadernos de salud reproductiva
19. González D. Características psicosociales de mujeres adolescentes que interrumpen su embarazo, Cuernavaca, Mexico,12-14 noviembre, 2001

-
20. Colon A, Dávila L, Frenos M. Políticas, visiones y voces en torno al aborto en puerto Rico. Centro de investigaciones Sociales. San Juan, Puerto Rico;1999
 21. Moreno C, Ramos C. et al. Constructing Access to legal abortion services in México City. *Reproductive Health Matter* 2002;10:86-94
 22. Benítez M. La epidemia del aborto. *Salud reproductiva en Cuba*. Vol. II, Naciones Unidas, 1997; 303-307
 23. Montoya AC. Políticas referentes al aborto en el mundo. *Cuad Med sec Chile* 2007, 47 (3):209-211
 24. González LI. Mayor PE Algunas consideraciones sobre el aborto. La educación sexual como una alternativa en su prevención. *Rev. Cubana Med* 2001;17 (3):281-286
 25. González LA, Ramírez SR. El aborto y la educación médica en México. *Salud Pública*. Mex2008;50
 26. Gaceta Oficial del Distrito Federal. Asamblea Legislativa del DF. Decreto por el que se reforma el Código Penal para el DF y se adiciona la Ley de Salud para el DF. *Gaceta Oficial del DF*, 17° epoca2007;70:2-3(26 abril)
 27. Redacción El Universal Ciudad de México
 28. Real academia española. *Diccionario de la lengua española* 22 ed. Madrid: ESPASA;2001 :10
 29. Pritchard JA. Mac Donald P. *Obstetricia* 3 ed. ;Mexico:Salvat;1993:453-46
 30. Álvarez DJ. El concepto de interrupción voluntaria del embarazo en bioética. *Rev. Fac. Med UNAM*.2008 51 (6)
 31. Linking LS. Complication of abortion in developing countries. *Popul Rep* 1980
 32. Henshaw SK. Induced abortion: A world review,1990.*Familyplann percept* 1990,22(2)
 33. RoCHAT RW Induce abortion and healthy problems in developing countries. *Lancet* 1980;II (8192)
 34. The Alan guttmacher institute. *Clandestine abortion: a Latin American reality* 1994
 35. AtkinL el embarazo en la adolescencia de América latina y el Caribe. Ed. memorias de la conferencia internacional sobre fecundidad 1984 México
 36. Pérez Santos R algunos factores que inciden en la interrupción tardía de la gestación. *Rev. Cubana Obst Ginecol* 1988;14(4):64-70
 37. Henshaw SK. Induced abortion. A world review. *Fam Plann Perspect* 1990;22(2):76-89
 38. Koonin LM. Abortion surveillance, United States, 1989. *Morb mortal Wkly Rep* 1992;41(5):1-33
 39. Elu MC. Between debate and suffering: abortion in México. *Washington DC Num29*,1994:5