



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3

CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TES  
P 25  
1995

ACEPTACION DE LA GESTACION EN  
ADOLESCENTES, POSTERIOR AL  
INTENTO FALLIDO DE ABORTO

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A

DR. CARLOS CLEMENTE PARRA MARTINEZ

A S E S O R

DR. SAMUEL ALEJANDRO LIEVANO TORRES

COLABORADORES:

DRA. NELLY J. GONZALEZ

DRA. LETICIA HERNANDEZ C.

ENF. VERONICA CASTILLO



MEXICO, D. F.

1995

BIBLIOTECA DEL H. G. O. DEL C. M. LA RAZA



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.

*A MI MADRE*

*Aunque ausente, tu presencia en mi mente y corazón no se apartaron jamás, siendo como una estrella brillante que con su propia luz iluminó mi sendero, el cual me llevó a lograr lo que siempre fué mi anhelo. Sólo faltaste tu para que mi dicha fuera completa; por siempre gracias por no separarte de mi Madre mía.*

*A MI PADRE*

*Sinceramente, las gracias te doy por estar siempre a mi lado hasta en los momentos más difíciles y por ser parte fundamental en mi formación como persona y ahora en esta etapa trascendente e importante de mi vida.*

*A MI ESPOSA*

*A la compañera de toda mi vida, que se mantuvo incansable siempre a mi lado en los momentos adversos y difíciles así como en los triunfos, quien con su amor y paciencia inagotables, consolidó y dió forma a mi gran anhelo de ser.*

*A MIS HIJAS*

*Motivo de inspiración y de esperanza en una mañana llena de ilusiones, de mi será siempre lo mejor para ustedes, porque para mi ustedes son lo mejor que me ha sucedido.*

*A MIS HERMANOS*

*Los inseparables de toda la vida, por ese estímulo en seguir siempre adelante, a su apoyo y comprensión invaluable, estando conmigo con fe inquebrantable, mi corazón siempre estará con ustedes.*

*A MIS MAESTROS*

*En especial al Dr. Samuel Alejandro Liévano Torres. Ustedes en quienes en sus manos mi formación se forjó, logrando hacer de mí un profesionalista con normas y principios bien establecidos, que son la piedra angular de mi formación.*

*Les estoy sinceramente agradecido por siempre, por su dedicación y experiencia compartida.*

## I N D I C E

Antecedentes .....	1
Problema .....	16
objetivo .....	17
Hipótesis .....	18
Material y Métodos .....	19
Características del Grupo Experimental .....	21
Procedimientos para obtener la muestra .....	22
Escala de Medición y análisis estadístico .	25
Consideraciones éticas .....	27
Resultados .....	28
Conclusiones .....	32
Bibliografía .....	34

## A N T E C E D E N T E S

Pocos temas despiertan una polarización tan acusada de la opinión pública como el problema del aborto. Partidarios y detractores rivalizan en el fanatismo defendiendo sus ideas especialmente en momentos en que los parlamentos y los gobiernos van a tomar decisiones sobre el tema. Los sectores sociales partidarios de su permisividad y regulación legal han conseguido hacer triunfar su criterio en la mayor parte de los países.

La práctica del aborto es tan vieja como la humanidad, aunque los métodos empleados difieran profundamente de los actuales. Las técnicas de aborto, se describen en los textos más antiguos de medicina y se incluyen procedimientos muy diversos y variados, que van desde maniobras ortodoxas hasta la utilización de productos abortivos variados, que pudieran ser absolutamente inocuos e inclusive puramente tóxicos.

Así tenemos que dichas técnicas se describen en los textos antiguos de medicina como los papiros de Ebers (1500 A. de C.), y Kahun (1,100 A. de C.), mencionaron el sangrado uterino secundario a la práctica abortiva, no se menciona el aborto en el Código de Hammurabi (2,100 A. de C.).

Devereaux 1967 ha mostrado en su libro el recurso de la mujer a los métodos más variados para controlar su fertilidad, en tribus primitivas donde el influjo de la civilización no ha llegado y el conocimiento de los contraceptivos más eficaces es inexistente.

Comenzando por Colorado en 1967, un estado tras otro fueron aplicando este modelo el cual alcanzó un rango de constitucional y por lo tanto de aplicación en todos los estados de la Unión, el 22 de enero de 1973 a la que se agregó la consideración a la indicación médica "debe tener en cuenta todos los factores; físicos, emocionales, psicológicos, familiares y la edad de la mujer, en orden de garantizar el bienestar de su paciente".

La situación actual, puede resumirse como sigue: un 10% de la población mundial vive en países donde el aborto está absolutamente prohibido y un 18% en países que solo lo autorizan para salvar la vida de la madre. El resto, tres de cada cuatro habitantes del planeta dispone de una legislación que garantiza la legalidad de la interrupción del embarazo bajo ciertas indicaciones o por simple demanda.

El conflicto persiste, las fuerzas partidarias de la limitación del aborto, cuyo núcleo fundamental en Occidente es la Iglesia Católica, no cesan su esfuerzo. En Estados Unidos de América los intentos de aprobar una enmienda constitucional que anule la decisión de la Corte Suprema han fracasado sucesivamente y el Parlamento Inglés ha rechazado 11 intentos de limitar el alcance de la Ley de 1967.

Aquellos sectores de la población que defienden "el derecho a elegir la maternidad", han hecho triunfar sus posturas recientes en los países europeos mediterráneos.

La evolución de este problema multifacético y multidisciplinario nos lleva hasta el año de 1847 en el que la creación de la Asociación Médica Americana y su interés en profesionalizar el aprendizaje médico encontró en el aborto un tema apropiado para iniciar su campaña. Sin embargo no fué la Iglesia Católica la pionera en la resistencia a la amplia práctica abortiva, papel que fué tomado por la profesión médica.

El New York Times en 1871 consideraba el aborto como la plaga de la época y estimaba en unas 200 el número de abortistas, sin incluir médicos en dicha ciudad, en este tiempo una de cada 3 intervenciones hospitalarias terminaban en obito por complicaciones infecciosas, las prácticas abortivas éran las principales responsables de muertes maternas.

A la campaña de la Asociación Médica se unieron las clases sociales más altas, anglosajones blancos, protestantes y las primeras feministas que asociaron justamente el aborto con la aniquilación física de las mujeres. En 1900 el aborto era ilegal en todos los territorios de los Estados Unidos de América, la situación en Europa era similar.

La primera iniciativa para cambiar la rigidez legal en Estados Unidos de América vino de la mano del American Law Institute en 1962, proponiéndolo la permisividad del aborto si un médico calificado, "considera que la continuación del embarazo supone un riesgo grave para la salud física ó mental de la madre, ó que el niño pueda nacer con defectos físicos o mentales graves, ó en su defecto si el embarazo es consecuencia de violación o incesto". (1)

## ABORTO EN LA ADOLESCENCIA

El número de abortos en la adolescencia aumenta en la mayor parte de los países en números absolutos, aunque se ha establecido la proporción que representan del total de abortos practicados en cada país que hasta hace algunos años era también creciente. (3) (7) (8)

Lógicamente la mayor proporción de aborto se produce en las jóvenes de mayor edad, por su mayor experiencia sexual, pero es llamativo y preocupante la elevada incidencia de abortos en el grupo de edad de 15 a 17 años que casi iguala al grupo de mayor edad. Esta mayor demanda de los servicios de aborto refleja a la vez el incremento de la actividad sexual entre los jóvenes y la mejor práctica contraceptiva de los adultos. (3) (7) (13)

La adolescente tiene abortos tardíos porque a menudo acude a consulta médica más tarde que la mujer adulta, por desconocer los riesgos de un aborto tardío. No está segura de cuando quedó embarazada, bien porque tiene ciclos irregulares o porque no asocia la relación del coito y el embarazo, no ha adoptado ninguna precaución contraceptiva. Casi siempre está ansiosa o ambivalente ante su embarazo y acude sola a la consulta por el temor que le produce el comunicar a sus padres el embarazo. A menudo se siente despreciable y teme ser rechazada. No sabe que hacer y no considera al aborto como un sustituto fácil de la contracepción; las adolescentes son el grupo de edad que más contribuye a la persistencia de abortos tardíos y cuanto más joven es la adolescente embarazada, más probable es el aborto en el segundo trimestre de la gestación. (3) (5)

Entre los múltiples factores que determinan que el aborto en las adolescentes sea en forma tardía se cuentan; la -- ignorancia de la joven en reconocer los primeros síntomas de embarazo o la actitud psicológica de negación de la realidad de la gestación, la ambivalencia ante la posibilidad de continuar su embarazo y tener su hijo o dejarlo en adopción como alternativas al aborto, el no contar con recursos que le permitan una atención más rápida y discreta. Su información sobre la interrupción del embarazo es escasa en cuanto al temor por el dolor y efectos secundarios al aborto. En otros casos el propio médico es responsable del retraso en el diagnóstico del embarazo, ya que estos no consideran la posibilidad de una gestación ante una joven que manifiesta amenorrea pero que niega actividad sexual, especialmente si acudió a consulta acompañada de su madre. (3) (5) (9)

El riesgo de muerte asociado con la práctica del aborto legal ha sido disminuído rápidamente en los últimos 40 años a medida que el progreso técnico y la experiencia médica se han desarrollado, por lo tanto una vez conseguido un nivel aceptable son las semanas de gestación en que se interrumpe el embarazo las que determinan el riesgo de la terminación de la gestación. Por término medio el riesgo de mortalidad por aborto aumenta un 30% por cada semana de gestación a partir de las 8 semanas superando a su riesgo alternativo ya sea por embarazo y parto, así cuando el aborto se produce sobre las 20 semanas de gestación. (2) (3)

En el momento en que una mujer queda embarazada ya existe un riesgo, las adolescentes no presentan mas riesgos de mortalidad por aborto que las mujeres adultas debido a su edad, sino en el retraso en su decisión, así tenemos que la causa mas frecuente de fallecimiento por aborto en las

jovenes es la infección, mientras que las mujeres adultas es más frecuente como causa la hemorragia. (2)(3)

### ACTITUDES

A pesar de que la mayor parte de los embarazos en adolescentes son fruto de la inconciencia e irreflexión y plantean un grave problema para ellas y sus familias, muchas jóvenes son reacias a interrumpir su embarazo una vez produciéndose éste, lo que no implica que desearan quedar embarazadas, esto debido a una racionalización posterior. En muchos casos la joven trata de no tomar una decisión para muchas adolescentes esta es la primera determinación importante que van a tomar en su vida, el mecanismo de postergar su determinación está en base de negar la realidad de la gestación, así la joven está dispuesta a asociar los primeros síntomas de embarazo con los que preceden a la menstruación y la falta de ésta a un trastorno pasajero del ciclo que el próximo mes se solucionará, aunado esto a una actitud más conservadora y asocian la idea del aborto con la de asesinato, sintiéndose culpables o pecadoras por haber tenido unas relaciones que sus padres desapruaban. (2) (3) (11)

La actitud de la pareja también influye en la decisión de abortar, si el progenitor acepta el embarazo y propone matrimonio a la joven el resultado es muy distinto, si esto se manifiesta por lo contrario y que la decisión que tome la joven sea el de buscar rápidamente un aborto, aunándose a una desconfianza hacia los varones que en el futuro no será fácil de superar. (2)(3)

Así la decisión de abortar o no, depende de muchos factores que rodean a la joven, los padres, el novio, su grado de madurez etc., y una misma joven puede adoptar decisio-

nes distintas ante dos embarazos sucesivos.

### REPERCUSSIONES SICOLOGICAS

La adolescencia no es una época adecuada y la joven se encuentra confusa ante la sexualidad y sus consecuencias, la realidad del embarazo y la decisión de aborto le obliga a tener que enfrentarse a su futuro de un modo más real y cuidar mejor de si misma. A pesar de que el aborto no sea una situación agradable, su resultado puede ser positivo, al ayudar a la joven a adoptar precauciones con traceptivas y retrasar el embarazo hasta una edad apropiada. (1) (2) (3) (6)

Los posibles riesgos psicológicos del aborto para la joven son sin duda inferiores a la de una maternidad obligada y el cuidado de un hijo no deseado, las psicosis post-aborto es prácticamente desconocida, frente al conocido cuadro de la psicosis puerperal, aún así las adolescentes presentan una reacción psicológica peor al aborto dado que están fuertemente influenciadas por los valores sociales y tienen un grado muy bajo de pragmatismo, algunas jóvenes se ven obligadas a interrumpir su embarazo por dificultades económicas y presiones sociales. En otros casos son los padres con la mejor voluntad, los que presionan a la hija a retrasar esta gestación inoportuna, lo cual trae consigo un mayor riesgo de depresión post-aborto y de manifiesta hostilidad hacia quien la ha presionado. (2) (3)

Aunque muchas mujeres a las que se niega el aborto se acomodan a la situación y terminan aceptando con amor a su niño, casi la mitad continúan afirmando que hubieran pre-

ferido abortar, una amplia minoría sufre una tensión considerable y una pequeña minoría desarrolla problemas psicológicos graves. (2) (3)

El consejo previo permite diferenciar a las jóvenes, que precisan ayuda post-aborto para integrar la experiencia dentro de su desarrollo personal y considerar su futuro, la valoración de uso de un método contraceptivo es primordial en ese momento y encuentra en general, una receptividad en la joven que no existía antes de la gestación. (2) (3)

El incremento en incidencias de embarazos en adolescentes puede interpretarse como un resultado de factores demográficos y sociales, a través de la historia de la humanidad siempre hubo gente que tuvo hijos y los crió a edades tempranas considerando que ellos forman parte de nuestra sociedad, deben recibir todo el apoyo para convertirse en ciudadanos contribuyentes y para que desarrollen una vida familiar firme y estable dentro de lo posible. La edad biológica en que es posible el embarazo es menor, debido a la culminación de los años de mejor nutrición, así como el adelantamiento de la menarca que viene sucediéndose -- desde pocas décadas atrás. (2) (3) (7) (8)

La tercera parte de las adolescentes que utilizan siempre algún método anticonceptivo y la mitad de ellas lo emplean en la primera relación sexual, ocasión en la cual prefieren el condon, la ignorancia, una relación sexual imprevista o el no pensar en el embarazo se suscriben entre las razones principales de no utilización de método alguno contraceptivo, esta situación en especial por parte de

las adolescentes más jóvenes (12 a 15 años), quienes probablemente quedan embarazadas en la primera o segunda relación sexual, según nuevos datos, la quinta parte de las que quedan grávidas consiven en el primer mes de actividad sexual y la mitad en los primeros seis meses, no todos los embarazos terminan en nacimientos, el 38% termina en abortos, se malograron 13%, nacimientos extramatrimoniales fueron 22%, el 17% tuvo concepción prematrimonial y hubo un 1% de nacimientos legítimos concebidos antes -- del matrimonio. (2) (4) (6) (15) (16)

La adolescente embarazada constituye en la mayoría de los países desarrollados un problema serio que gravita cada vez más en lo social, económico y de salud, de ordinario el problema es complejo porque los nacimientos son extramatrimoniales y se han citado numerosas razones para explicar la existencia de este problema.

La edad de la menarca ha bajado, así la joven puede tener hijos a edades más tempranas, las condiciones educacionales y económicas han crecido y esto hace que la crisis -- sea traumática para la familia y costosa a la sociedad. Dichas jóvenes tienden a depender de alguien y a ser pasivas, confusas, de pobre autoestima, con escasa o ninguna comunicación con sus padres, en especial en lo que se refiere al sexo, están de ordinario expuestas a un inicio sexual temprano y a un riesgo mayor de quedar embarazadas. No se destacan en el colegio, sobre todo porque no les interesa aspirar a niveles académicos más elevados, muchas de ellas experimentan la soledad de su aislamiento y encuentran en las relaciones sexuales un medio de apoyo y de correspondencia emocional, lo que las ayuda a afirmar su feminidad. (2) (3) (7) (8)

En las jóvenes embarazadas se ha notado sentimientos de autodestrucción, ira y agresión hacia todo lo que configure autoridad, falta de respeto en el gobierno de su propio cuerpo, acciones y súplicas desesperadas en busca de atención y ayuda, la madre niña supera en siete veces al promedio de suicidios registrados en todo el país. La adolescente embarazada suele exhibir una especie de competencia o identificación con la madre, siendo frecuente que tenga su primer hijo a la misma edad que lo hizo su madre.

Algunas madres adolescentes abandonan la escuela aún cuando esta les permita permanecer en ella, la nueva mamá recibe atención por parte de su familia porque está embarazada y llegará un bebé en el seno de su familia su "status" se eleva, de niña o adolescente pasando a ser madre niña y se espera que sea más responsable.

El entorno sexual ha llevado a que la exposición a la actividad sexual sea más temprana en una especie de destape, que ha abarcado diversos aspectos; el comienzo temprano de las primeras citas, el limitado control de los padres, el franco contacto con el sexo opuesto, la moda, la publicidad, el cine, la literatura, la música, el lenguaje. El mensaje social pregona que el sexo es bueno, divertido, libre, lo mas "high" de todo. ¿Quién podría resistírsele? (2) (3)

Algunos embarazos en adolescentes son resultado de violación o de incesto, estos actos tienden a ocultarse y la menor informará que no tiene forma de hacer que aparezca el padre de su hijo. El incesto no trasciende enseguida,

la familia lo oculta durante el embarazo y tal vez tarde años en descubrirse o no se descubre nunca.

El costo del embarazo en la adolescente se paga de varias maneras: las oportunidades de estudiar y trabajar, en particular para las más jovencitas se frustra con facilidad, la baja educación explica así mismo que las madres adolescentes ganen hasta casi la mitad de lo que ganan -- las chicas que postergaron su maternidad, por lo tanto -- las familias encabezadas por madres jóvenes son más pobres. Para la adolescente embarazada que se casa, la estabilidad emocional deja mucho que desear y los divorcios son numerosos.

El padre adolescente siente que está enamorado de la joven cuando ésta queda embarazada, ve sus problemas con la preocupación de no estar preparado para asumir el rol de padre que no rehuye. Conoce que tiene responsabilidades de orden financiero y que debe conseguir empleo, que su libertad se verá restringida y tendrá a su lado la madre soltera y extendidas a ambos lados las familias. En algunos casos la familia de la joven no oculta su ira y tiende a excluirlo sintiéndose él aislado y encontrando sólo pocos sitios o gente a los cuales recurrir. Según se sabe los hombres jóvenes son mas susceptibles a problemas psiquiátricos por causa de las presiones y responsabilidades que sienten, en lo educacional al igual que las jóvenes está en desventaja de estudio y trabajo. (2)(3)(9)(10)(11)

Los niños nacidos de madres adolescentes cargan con el peso de la realidad ya que experimentan fallas educacionales y cognoscitivas, sus coeficientes intelectuales son en

general menores que los de los niños de padres adultos y repiten por lo menos un grado, sin embargo cuando los abuelos o el padre del niño ayudan a la madre adolescente a cuidar al bebe se comprueba que el desarrollo cognoscitivo es superior al de los niños criados por la madre joven solamente. (2) (3)

#### PROBLEMAS DE SALUD EN EL EMBARAZO

La ambivalencia con respecto al embarazo es común, sobre todo cuando como en el caso de la mayoría de las adolescentes aquél no figuraba en sus planes, por consiguiente el tener que someterse a exámenes médicos y procedimientos de laboratorio no muy cómodos, puede generar conductas evasivas. La mayoría de las adolescentes, sobre todo las menores de 16 años jamás han sido sometidas a un examen pélvico, el advenimiento del embarazo las hace más aprensivas al examen, se ha comprobado que la consulta psiquiátrica es útil y particularmente importante en casos de violación o enceste aunque más no sea para advertir que es necesario efectuarle un examen pélvico. (2) (3)

En adolescentes embarazadas las necesidades nutricionales son mayores que las mujeres adultas, en función de sus dimensiones corporales reforzándose esta situación cuando los hábitos dietéticos son malos, comprometiéndose la evolución clínica del embarazo. Se recomiendan suplementos terapéuticos de hierro y ácido fólico así como alimentos ricos en este mineral, pero para pacientes con bajo nivel hemoglobínico o de su hematócrito, está indicado efectuar estudios para determinar hierro completo y niveles de folacina. (2)

La preeclampsia es una de las complicaciones más importantes. La hipertensión en estas pacientes es rara con incidencia documentada que no llegan al 1%. Cuando se asocia el embarazo en sus variedades leve, severa, con convulsiones o coma, no se desconoce una etiología convincente ocurriendo únicamente en esta etapa (gestacional); el descubrimiento y la institución tempranas del tratamiento, así como la vigilancia y la educación de la paciente ante los primeros signos y síntomas que aparezcan durante el embarazo, son la piedra angular para iniciar medidas preventivas y actuar oportunamente para evitar complicaciones y secuelas importantes atribuibles a esta complicación.

En la paciente joven con diabetes tipo 1 (insulina dependiente) lo ideal es que reciba consejos sobre relaciones sexuales, porque antes de que inicie su vida sexual debe saber cuales son sus necesidades particulares, además de que deberá sujetarse a un control estricto de sus glucemias antes del comienzo de un embarazo, mantener buenos patrones de nutrición. La mortalidad fetal presenta cifras variables que parten de un 20% y por lo general es de 3 a 6 veces mayor que en las no diabéticas.

Así tenemos que la dieta, el control de las glucemias con requerimientos adecuados de insulina, son los indicadores básicos para un buen control de estas pacientes. (2)

Diversas causas, algunas conocidas y desconocidas otras, no intervienen en el retardo en el crecimiento intrauterino basado en recién nacidos de bajo peso al nacimiento o menores para

la edad gestacional. El riesgo de este problema tiene relación con la poca edad de las madres adolescentes, a veces con el bajo nivel socioeconómico, sus deficientes hábitos higiénico-alimenticios, el alcoholismo, el tabaquismo y la drogadicción. (2)

### PREVENCION

El embarazo en la adolescente expresa en parte, el fracaso de la sociedad, el hogar, la escuela, la iglesia y las autoridades de salud, en la proporción de una adecuada enseñanza sexual. La comunicación franca entre la gente que permite presentar los hechos y expresar las actitudes, temores y ansiedades sin represión ni humillación, y que las respuestas tengan el tono respetuoso debido, abre el camino para la comprensión. Las adolescentes necesitan contar con otros adultos con quienes comunicarse, saben que sus padres tienen opiniones reprobatorias y por ello exploran otros puntos de vista, a la vez que silencian sus propios errores, dado que esta comunicación no existe o es muy restringida, lo que aprende la mayoría de los adolescentes acerca del sexo es a través de sus hermanos o sus compañeros y cuando decide iniciar su vida sexual lo hace por propia elección sin que lo sepan sus padres. (2) (3) (4) (5) (6) (8) (10) (11) (15) (16)

En cuanto a la enseñanza de la educación sexual, la duda surge cuando se quiere determinar quien y donde se debe impartir tal enseñanza, se habla de las instituciones médicas a las cuales acude la paciente en busca de métodos anticonceptivos. Si bien los padres consideran difícil ponerse a charlar con un adolescente acerca de los métodos anticonceptivos, no se oponen y ven con agrado que

haya un sistema escolar de enseñanza de la planificación familiar. Es imperioso que a una edad temprana de la vida se imparta y preste un apoyo continuo a la filosofía de la abstinencia mediante la teoría y los ejemplos.

Los médicos como integrantes de la comunidad pueden educar a la gente joven, padres y educadores, en grupos o en forma individual en su consultorio, las charlas deben comprender conocimientos de anatomía, fisiología y métodos de contracepción; debe formar parte de la conversación -- además la necesidad de una evaluación física y de un enfoque hacia la sensibilidad de las cuestiones emocionales y la posibilidad latente de adquirir diversas patologías -- así como enfermedades de transmisión sexual. (2)(3)(4)(5)(6)(8)(10)(11)(15)(16)

P R O B L E M A

¿LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO NO DESEADO E INTENTO FALLIDO DE ABORTO EN EL AREA URBANA, TIENEN UNA FRECUENCIA DE ACEPTACION DIFERENTE DE LA GESTACION QUE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO NO DESEADO QUE INTENTAN ABORTAR SIN EXITO EN EL AREA RURAL?

O B J E T I V O

DEMOSTRAR QUE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO NO DESEADO -  
E INTENTO FALLIDO DE ABORTO EN EL AREA URBANA, TIENEN UNA  
FRECUENCIA DE ACEPTACION DIFERENTE DE LA GESTACION, QUE -  
LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO NO DESEADO, QUE INTENTAN --  
ABORTAR Y FALLAN, EN EL AREA RURAL.

## H I P O T E S I S

LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO NO DESEADO E INTENTO FALLIDO DE ABORTO EN EL AREA URBANA, TIENEN UNA FRECUENCIA DE ACEPTACION MAYOR DE LA GESTACION, QUE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO NO DESEADO QUE INTENTAN ABORTAR SIN EXITO, EN EL AREA RURAL.

## MATERIAL Y METODOS

### CRITERIOS DE INCLUSION

1. No haber deseado el embarazo o haber tenido intento de aborto por cualquier medio hasta las primeras 18 semanas de gestación y con cualquier resultado.
2. Mujeres de 18 a 19 años que acuden a consulta prenatal o a consulta de urgencia en el Hospital de Ginecología y Obstetricia N° 3, Centro Médico Nacional La Raza, en México D. F. y al Hospital Regional de Solidaridad de Huejutla de Reyes Hgo.
3. Edad gestacional de 4 a 40 semanas.
4. Puerperio Post-parto, Post-aborto ó Post-cesárea.
5. Embarazos que no son producto de violación.
6. Dar su consentimiento para ser incluidas en el estudio.
7. Contestar totalmente el cuestionario encuesta.

#### CRITERIOS DE NO INCLUSION

1. Pacientes adolescentes que hayan deseado embarazarse.
2. Usar métodos anticonceptivos por más de 3 meses consecutivos, previos al embarazo.
3. Mujeres menores de 11 años y mayores de 20 años.
4. Embarazos molares ó ectópicos.
5. No aceptar ser incluidas en el estudio.
6. Embarazos producto de violación.

#### CRITERIOS DE EXCLUSION

- \* Contestar parcialmente el cuestionario-encuesta.

## CARACTERISTICAS DEL GRUPO EXPERIMENTAL

Adolescentes de 12 a 19 años que acuden a consulta prenatal ó consulta de urgencias con edad gestacional, de 4 a 40 semanas ó en puerperio post-aborto, post-parto ó post-cesárea que no desearon el embarazo, hasta las primeras 18 semanas de gestación; que no hayan sido producto de violación y que den su consentimiento para ser incluidas en el estudio. No se aceptarán aquellas que hayan utilizado métodos anticonceptivos por 3 meses consecutivos previos al embarazo.

A las adolescentes incluidas se les proporcionará un cuestionario-encuesta el cual contestarán completamente y posterior a éste su evaluación; con los datos que se obtengan se vaciarán en una hoja de concentración. (fig. N° 1)

## PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA

Se aceptarán todas las pacientes adolescentes embarazadas que acudan al servicio de urgencias o consulta prenatal - del Hospital de Ginecología y Obstetricia N° 3, Centro Médico Nacional La Raza, Del. N° 2 Noreste, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en México D. F. y al Hospital Rural de Solidaridad en Huejutla de Reyes Hgo. del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se les proporcionará un cuestionario-encuesta anexo, y una vez resuelto se agruparán según el puntaje obtenido en el mismo en dos grupos.

## CUESTIONARIO ENCUESTA

LEA DETENIDAMENTE CADA UNA DE LAS PREGUNTAS Y RESPONDA SEGUN CONSIDERE ADECUADO. NO ESCRIBA SU NOMBRE. POR FAVOR NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER. ESCRIBA UNA "X" - EN EL TERMINO O PALABRA QUE SEA CORRECTA.

EDAD \_\_\_\_\_

AÑO DE ESTUDIOS \_\_\_\_\_ PRIMARIA, SECUNDARIA, PREPARATORIA  
(años)

OTROS ¿CUAL? \_\_\_\_\_

EDAD DE INICIO DE MENSTRUACION (REGLA) \_\_\_\_\_

CADA CUANDO MENSTRUAS (REGLAS) \_\_\_\_\_

CUANDO FUE LA FECHA DE TU ULTIMA MENSTRUACION \_\_\_\_\_

DESDE QUE EDAD TIENES RELACIONES SEXUALES \_\_\_\_\_

CADA CUANDO TIENES RELACIONES SEXUALES (VECES POR SEMANA) \_\_\_\_\_

CUANTAS PAREJAS TIENES \_\_\_\_\_ CUANTAS PAREJAS HAS TENIDO \_\_\_\_\_

TE HAS EMBARAZADO ANTES: SI NO

CUANTAS VECES TE HAS EMBARAZADO \_\_\_\_\_

PARTOS \_\_\_\_\_ ABORTOS \_\_\_\_\_ CESAREAS \_\_\_\_\_

A QUE EDAD TE EMBARAZASTE POR PRIMERA VEZ \_\_\_\_\_

QUERIAS EMBARAZARTE? \_\_\_\_\_

ESTE EMBARAZO FUE PLANEADO? \_\_\_\_\_

CUANDO SOSPECHASTE EL EMBARAZO? \_\_\_\_\_

PENSASTE NO TENERA AL BEBE: SI NO

INTENTASTE ABORTARLO? SI NO

QUE UTILIZASTE PARA NO SEGUIR EMBARAZADA?

PASTILLAS, INYECCIONES, TE, OTROS \_\_\_\_\_  
(Especifique)

AHORA DESEAS TU EMBARAZO?      SI      NO

## ESCALAS DE MEDICION

VARIABLE INDEPENDIENTE: ALEATORIA, NOMINAL, DISCRETA, -  
FINITA.

VARIABLE DEPENDIENTE: ALEATORIA, NOMINAL, DISCRETA, -  
FINITA.

## ESPECIFICACION DE LOS INDICADORES DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE PROBLEMA: INTENTO FALLIDO DE ABORTO  
INDICADOR SI NO

VARIABLE INDEPENDIENTE DEL PROBLEMA: INTENTO FALLIDO DE  
ABORTO  
INDICADOR SI NO

VARIABLE DEPENDIENTE CONTROL: INTENTO FALLIDO DE ABORTO  
Y ACEPTACION DEL EMBARAZO

## ANALISIS ESTADISTICO

1. HIPOTESIS GENERA: LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO  
NO DESEADO E INTENTO FALLIDO -  
DE ABORTO EN EL AREA URBANA, -  
TIENEN UNA FRECUENCIA DE ACEP-  
TACION MAYOR DE LA GESTACION,  
QUE LAS ADOLESCENTES CON EMBA-  
RAZO NO DESEADO QUE INTENTAN -  
ABORTAR SIN EXITO, EN EL AREA  
RURAL.

## 2. HIPOTESIS ESTADISTICAS.

### a) DEFINICION DE TERMINOS MATEMATICOS

A= ACEPTACION DE LA GESTACION EN ADOLESCENTES CON EMBARAZO NO DESEADO E INTENTO FALLIDO DE ABORTO EN EL AREA URBANA.

B= ACEPTACION DE LA GESTACION EN ADOLESCENTES CON EMBARAZO NO DESEADO E INTENTO FALLIDO DE ABORTO EN EL AREA RURAL.

b)  $H_0: A = B$

$H_1: A > B$

3. TIPO DE ESTUDIO: ESTUDIO UNILATERAL (DE UNA COLA) - CON ZONA DE RECHAZO A LA IZQUIERDA.

4. NIVEL DE CONFIANZA 0.95, ES DECIR ALFA = 0.05.

5. PRUEBA DE ENSAYO DE HIPOTESIS:

CRITERIO DE SELECCION:

\* PRUEBA BINOMIAL PARA EL AREA RURAL.

\*\* CHI CUADRADA PARA UNA MUESTRA, PARA EL AREA URBANA

\*  
\*\* PRUEBA EXACTA O "F" DE FISHER, PARA COMPARAR EL AREA URBANA CON EL AREA RURAL.

## CONSIDERACIONES ETICAS

EL PRESENTE ESTUDIO ESTA SUJETO A LOS PRINCIPIOS DE LA -  
DECLARACION DE HELSINKI, MODIFICADA EN TOLIO 1975 Y DE --  
ACUERDO AL TITULO QUINTO (ART. 96 A ART. 103) DE LA LEY GE  
NERAL DE SALUD DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1993. NO -  
DAÑA LA INTEGRIDAD FISICA Y MORAL DE LAS PERSONAS.

## CONSIDERACIONES DE LAS NORMAS E INSTRUCTIVOS INSTITUCIONA- LES EN MATERIA DE INVESTIGACION CIENTIFICA

CUMPLE LAS NORMAS Y REGLAMENTOS ESTABLECIDOS POR LA JEFATU  
RA DE INVESTIGACION MEDICA, DEPENDIENTE DE LA SUBDIRECCION  
MEDICA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

SE SOMETERA A DICTAMEN DEL COMITE LOCAL DE INVESTIGACION.

## RESULTADOS.

Se estudiaron 207 pacientes adolescentes embarazadas de área urbana y 103 pacientes adolescentes embarazadas del área rural.

Las edades comprendidas del grupo urbano fueron en promedio  $17.7 \pm 1.38$  años, del grupo rural el promedio fué  $17.8 \pm 1.23$  años por lo que consideramos que los grupos son homogéneos y similares entre si.

El inicio de las relaciones sexuales fué a los  $16.8 \pm 1.53$  años en promedio para el área urbana y de  $16.26 \pm 1.55$  años para la población rural.

La frecuencia coital en la población urbana fué de  $2.17 \pm 1.35$  coitos por semana, siendo para la población rural de  $2.33 \pm 1.57$  coitos por semana.

El 16.42% (34 pacientes), pensó abortar durante el primer trimestre de la gestación, con edad promedio de  $17.67 \pm 1.4$  años, correspondiente al grupo urbano. El 48.5% (50 pacientes), pensó abortar en el primer trimestre de la gestación, con edad promedio de  $17.82 \pm 1.26$  años, en lo que respecta a la población rural.

El 8.21% (17 pacientes), intentaron el aborto, comprendiendo las edades de  $17.94 \pm 1.55$  años, para la población urbana. El 5.82% (6 pacientes), intentaron el aborto, dentro del grupo de población rural, la edad promedio fué de  $17.33 \pm 1.1$  años.

El 23.52% (4 pacientes), de las 17 pacientes que intentaron el aborto, tuvieron éxito, en el grupo de población urbana y el 16.66% (1 paciente), de las 6 pacientes que intentaron el aborto, tuvo éxito situación que correspondió al grupo de población rural.

Los métodos utilizados para provocar el aborto fueron, pastillas, yerbas no especificadas así como quininas, dentro del grupo de población urbana, toda vez que para el grupo de población rural fueron, inyecciones y pastillas no especificadas y hasta la aplicación de DIU en un caso.

AREA RURAL

ACEPTACION DEL EMBARAZO

POST-INTENTO FALLIDO DE ABORTO

INTENTO DE ABORTO	SI	NO	TOTAL
	1	5	6

PRUEBA BINOMIAL  $p = 0.10$  NS

AREA URBANA

ACEPTACION DEL EMBARAZO

POST-INTENTO FALLIDO DE ABORTO

INTENTO DE ABORTO	SI	NO	TOTAL
	15	2	17

$p < 0.025$

... 23.52% de pacientes, de las 17 abortos...  
 ... en el ...  
 ...

**ACEPTACION DE EMBARAZO  
 PORT-INTENTO FALLIDO DE ABORTO**

	SI	NO	TOTAL
<b>INTENTO DE ABORTO</b> AREA RURAL	1	5	6
AREA URBANA	15	2	17
TOTAL	16	7	23

p= 0.003328 S

## CONCLUSIONES.

1. Ambos grupos de estudio tuvieron edades similares, por lo que los consideramos grupos homogéneos.
2. El inicio de las relaciones sexuales en ambos grupos se presentó entre los 15 y 17 años, con una frecuencia coital de 1 a 3 coitos por semana.
3. El 16% del grupo urbano pensó abortar en relación al 48.5% del grupo rural. No hubo diferencia entre las edades de las pacientes que intentaron el aborto (entre 16 y 18 años).
4. En la población urbana se tiene mayor éxito en conseguir el aborto que en la población rural, posiblemente debida a la sofisticación del método empleado.
5. En el área rural no podemos asegurar que las pacientes que intentaron aborto y no tuvieron éxito rechazan al producto, debido a que no encontramos diferencia significativa, esto se puede deber a la presentación misma del fenómeno en la serie estudiada o al tipo de muestreo.
6. En el área urbana las pacientes que intentaron abortar y no lo consiguieron, aceptan al producto posteriormente con una significancia estadística de  $p = 0.0025$ .

7. En cuanto a la aceptación del embarazo posterior - a intento de aborto, al comparar las poblaciones - urbana y rural encontramos una  $p = 0.0033$  significativa en relación a que las pacientes del área urbana aceptan a sus productos, con mayor frecuencia - que las pacientes del área rural.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. José Guerra. La Sexualidad. Biblioteca de divulgación temática/36, 1985 Cap VI.
2. Alfred M Bongiovanni. Ginecología de la Adolescente. El Ateneo. 1986 Cap V.
3. Mendoza y D Luis. Medicina en Ginecología Obstetricia y Perinatología. H G O N° 3 CMN La Raza - IMSS. 1994;285-90.
4. Robert T Brown. Clínica de Ginecología y Obstetricia 1992, Vol 1 185-99.
5. José Chávez Azuela; Elias Canales Pérez. Ginecología. Méndez Cervantes Editor. 1982 Cap VII.
6. Lauritzen C. Prevention of Conception in adolescence. Ther-Umsch 1994 51 314-24.
7. Hillard P J. Family Planning in the Teen Population Curr-Opin-Obstet-Gynecol. 1993; 5: 798-804.
8. Creatsas G K. Sexuality: Sexual Activity and Contraception During Adolescence. Curr-Opin-Obstet - Gynecol. 1993; 1: 774-83.
9. Smith T. Influence of Socieconomic Factors on -- Attaining Targets for Reducing Teenage Pregnancies R M J 1993; 3: 1232-5.
10. Packham S. Preventing Unintended Teenage Pregnancies Public - Health 1993; 107: 125-33.
11. American Medical Association Mandatory Parental -- Consent to Abortion. Council on ethical and Judicial Affairs. JAMA 1993;6:269: 82-6.
12. Foster U; Sprinthall NA Developmental Profiles of Adolescents and Young Adults. Choosing Abortion: Stage Sequence, decalage and implications for policy. Adolescence 1992 Fall: 27 655-73.

13. Ed et. EE The Role of Six Education in Adolescent Pregnancy J R Soc Health. 1991; 111: 17-8.
14. Cooksey EC Factors in the Resolution of Adolescent. Premaretal Pregnancies. Demography 1990; - 17 ; 207-18.