

63

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**  
**SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA**

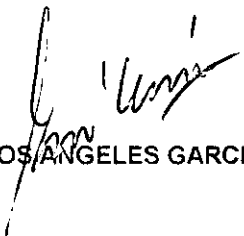
**TESIS:**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE SE ATENDIERON EN EL HOSPITAL GENERAL MAZATLAN SINALOA Y LA PARTICIPACION DE ENFERMERIA EN LA PREVENCION DE LOS MISMOS.**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA QUE PRESENTAN:**

**JESUS MARIA DELGADO ESTRADA**  
**ADRIANA ELIZABETH CORONA BUELNA**  
**LUCIA REYNOSO SANCHEZ**  
**SILVIA YOLANDA AGUILAR GARCIA**

**DIRECTOR DE TESIS:**



**LIC. E. P. MARIA DE LOS ANGELES GARCIA ALBARRAN**

**MEXICO, D.F.,**

**2001**



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.

## “EL HOMBRE ES LO QUE SUS SUEÑOS Y PENSAMIENTOS SON”

### SE DEDICA:

El presente trabajo de investigación:

en primera persona a:

“Dios” ya que sin la existencia que de, él tenemos no hubiera sido posible la realización de nuestra meta.

Y a Todas las personas que hicieron posible alcanzar nuestros objetivos de esta licenciatura de enfermería y obstetricia, y culminar esta preparación con el título correspondiente a través de la presentación de una investigación específica en esta área.

A nuestra familia que siempre tuvo paciencia y comprensión en cada momento del transitar de este ciclo, difíciles algunos y sencillos otros y que aun sin entender nuestro proceder nos brindaron, confianza y ayuda contando con su buena voluntad y disposición para el logro de los objetivos que nos trazamos al inicio de esta licenciatura, aunque en ocasiones no entendieron como ayudarnos aun mas; pero lo hicieron motivándonos basados en la capacidad de la cual ellos tenían conciencia que existe en nosotros; por todo esto gracias, además a nuestros amigos(as) y compañeros de generación que nos permitieron convivir con ellos durante este ciclo a la compañera que nos dejo sin concluirlo, en fin a todos aquellos que de alguna forma u otra hicieron posible la realización de este gran sueño que hoy culmina.

## INDICE

CONTENIDO	PAGINA
Introducción	1
Objetivos General y Especifico	6
I.- Planteamiento del problema	7
II.- Marco teórico	13
1. Historia de la Sexualidad	14
2. Sexualidad infantil	17
3. Pubertad y reproducción	24
4. Adolescencia y sexualidad	34
5. Respuesta sexual humana	46
6. Embarazo en adolescente por violación y su repercusiones psicológicas.	52
7. Primigesta adolescente	55
8. Características obstétricas de la adolescente.	56
9. Anticoncepción para adolescentes	62

10. Educación sexual y problemas de población	66
11. Comunicación familiar	77
12. Desarrollo del recién nacido hasta su segundo año de vida.	85
<b>III.- Metodología</b>	<b>104</b>
1. Hipótesis	105
2. Variables	105
Independiente	
Dependiente	
3. Indicadores de cada una de las variables	106
4. Diseño de la investigación	109
5. Universo, población y muestra	110
6. Criterios	110
7. Cronograma de actividades	111
8. Recursos	112
9. Método de recolección de datos	112
<b>IV.- Análisis Estadístico</b>	<b>113</b>
Conclusión estadística	114
1. Representación de datos obtenidos del expediente clínico de las adolescentes embarazadas, atendidas en el Hospital General de Mazatlán, durante el año de 1998.	115

2. Representación de cuadros gráficas e interpretación de las encuestas realizadas a madres adolescentes.	137
3. Representación de cuadros gráficas e interpretación de las encuestas realizadas en la familia de la adolescente embarazada.	200
4. Representación de cuadros gráficas e interpretación de las encuestas realizadas a la madre adolescente acerca del recién nacido.	231
5. Representación de cuadros gráficas e interpretación de las encuestas realizadas al personal de enfermería.	289
Conclusiones	357
Sugerencias	361
V.- Bibliografía	363
ANEXOS	368

## INTRODUCCION

El crecimiento poblacional en los últimos tiempos es por demás alarmante con una significancia de 90 millones en promedio por cada año equivalente al tamaño poblacional de México como país considerando que nuestro planeta en la actualidad tiene una población de 6 mil millones de seres humanos se estima que para el año 2015 podría llegar a 8,000 millones,

Este crecimiento tiene mas auge en los países más pobres como México; ya que en los países desarrollados en todos los ámbitos los indicadores se han comprobado que son menores.

Este crecimiento poblacional lleva como consecuencias el deterioro del planeta entre otros ocurrido esto a causa de un sistema de desarrollo económico que es depredador de los recursos naturales.

En México esta situación se refleja ya que se estima que nuestro crecimiento es superior al 2 % y a ese ritmo podríamos llegar al año 2050 a los 160 millones. por otra parte contamos con la preocupación de la desigualdad económica la cual permaneció constante en los últimos 25 años en el medio urbano de un 22% siendo aun mayor en las áreas suburbanas considerándose que el 30% o menos de la población vive en condiciones de extrema pobreza situación que agrava la supervivencia del ser humano y siendo el grupo de las mujeres el mas atacado; principalmente por la falta de recursos suficientes para la obtención de la información respecto de muchos temas necesarios para la supervivencia del ser humano sin deterioro de su integridad como es el caso de un adecuado manejo de la sexualidad entre nuestra población joven o adolescentes que es la que nos concierne educar para controlar el crecimiento poblacional.

Durante toda la historia de la humanidad las mujeres han sacrificado su individualidad para asegurar la sobrevivencia de la especie hasta llegar en muchos de los casos a la muerte en edad joven, debido a los múltiples embarazos.

La adolescencia es una etapa difícil de definir en términos cronológicos ya que sabemos que empieza con cambios fisiológicos de la pubertad pero no es fácil indicar cuando termina la duración media de estos cambios, aproximadamente es de tres a cuatro años.

Desde el punto de vista social la Organización Mundial de la Salud propone los 20 años como término de la adolescencia siendo meramente convencional ya que muchos jóvenes se ven obligados a seguir socialmente siendo adolescentes hasta edades avanzadas dado a que no pueden acceder a las conductas que se consideran propias de los adultos y siguen dependiendo económicamente de estos y no cuentan con verdaderas responsabilidades sociales, laborales y familiares.

Por tal motivo el paso por esta etapa se hace más difícil, aunado esto a los constantes riesgos y peligros con los que se enfrentan fuera del ámbito familiar, hace difícil el manejo de las situaciones mismas de esta etapa incluyendo en ella el embarazo.

Considerando a la adolescencia como: un período de cambios fisiológicos, mentales, afectivos y sociales profundos.



Una etapa de transición en que estos cambios ocurren con mucha rapidez exigiendo continuas readaptaciones.

Un período en el que las personas se hacen más autónomas de la familia, de las instituciones educativas, de la moral y en general de la influencia de los adultos.

Una época en la que se intenta hacer un proyecto a futuro. En realidad el adolescente es una persona con capacidad biológica, mental, afectiva y social que empiezan a ser similares a la de los adultos, pero con la falta de experiencia que prodigan los años.

Todos estos cambios tan profundos hacen que la adolescencia sea siempre un período de crisis que exige readaptaciones continuas al adolescente y a los que conviven con él.

Esta crisis inevitable se potencia en nuestra sociedad porque la misma organización social de la vida de los adultos en el sentido más amplio de la palabra no tiene suficientemente en cuenta los cambios que tienen lugar durante la pubertad adolescencia, los niega en buena medida, no se adapta a los adolescentes, haciendo imposible que estos encuentren un verdadero lugar social, de ahí los problemas que se presentan para la solución de sus propios conflictos internos.

En este contexto de crisis cultural por la negación de los cambios que tienen lugar en la pubertad adolescencia las necesidades sexuales de los adolescentes están especialmente negadas, manipuladas y desatendidas.

Por un lado es evidente que, la permisividad social para todas las formas de comercialización de la sexualidad, considerando la baja prevención que existe respecto del riesgo de la sexualidad mal controlada.

En conclusión los adolescentes se han convertido en instrumentos de manipulación y el resultado de esto son los embarazos no deseados, y las enfermedades de transmisión sexual, las cuales vienen a poner un tinte más dramático al conflicto existente en los adolescentes.

En el Hospital General el 40% de los partos atendidos en el año 1998 son de mujeres adolescentes, este es uno de los problemas más importantes no solo por la magnitud sino por sus consecuencias sociales, psicológicas y biológicas debido a su nivel socioeconómico en adolescentes embarazadas que solicitan este servicio.

Existen factores predisponentes para la iniciación de las relaciones sexuales a temprana edad, como es que provienen de medios socioeconómicos bajos, desintegración familiar, medio ambiente social y disfunción familiar que les llevan a estas sin pensar en un embarazo como consecuencia.

Considerando lo anterior es muy estimulante aportar ayuda a este grupo de adolescentes que se enfrentan a esta situación, así como a la familia, los cuales no se encuentran preparados para el manejo de este problema, detectamos que las adolescentes embarazadas no tenían los conocimientos claros sobre los factores de riesgos, como consecuencia de su embarazo a temprana edad. Con estos buscamos alternativas de solución comprendiendo el porque de los motivos de embarazos en las adolescentes, para poder actuar con el interés que caracteriza a nuestra profesión de dar servicio e información a la población adolescente ante este problema de interés social, biológico, económico y psicológico.

## **OBJETIVO GENERAL**

Identificar el nivel de conocimiento de los factores de riesgo que inciden en el embarazo de las adolescentes que se atendieron en servicio de Obstetricia en el Hospital General Mazatlán, Sinaloa; así como la participación de enfermería en la prevención de los mismos.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Conocer los factores sociales y familiares que implica un embarazo en edad temprana.
- Identificar los efectos psicológicos de la familia y de la adolescente embarazada.
- Determinar la participación de enfermería en la prevención.
- Determinar el desarrollo del niño durante el primer año de niño

# **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad uno de los problemas de más impacto social en la juventud es el embarazo durante la etapa de la adolescencia, considerándose este como un problema social de magnitudes incontrolables por la facilidad que en la actualidad se tiene respecto de la libertad sexual, entre este grupo poblacional, por tal motivo se pretende analizar los factores sociales que intervienen en este fenómeno, así como las consecuencias obstétricas derivadas del mismo.

Considerando que existen diversos factores que intervienen en la presentación de este fenómeno social como son:

- Deficiente educación sexual
- Nivel socio-cultural
- Ausencia de comunicación en la relación padres e hijos
- Promiscuidad y hacinamiento
- Desintegración familiar
- Abuso sexual
- Violencia intrafamiliar
- los medios de comunicación

Llevar a cabo la selección del tema implica complejidad por la amplitud del mismo, pero es por demás motivador el involucrarse en el bienestar físico, psicológico y social del adolescente en general y máxime cuando se enfrenta a un

embarazo no planeado y sin preparación de ninguna especie para manejar los problemas que implica el mismo, en la edad en que su desarrollo biológico, psicológico y social no ha sido definido.

La población del mundo es sustancialmente joven considerándose que el 50% de la población del mundo es menor de 25 años y el 19% esta en edad adolescente a pesar de ello en la mayoría de los países la juventud es la mas expuesta a las consecuencias de la falta de información y de servicios, debido a políticas discriminatorias que toman como punto de partida la edad o el estado civil esto propicia que entre la juventud sean mujeres en particular adolescentes las que se ven mas afectadas, altos niveles de embarazo precoz, abortos clandestinos o practicados en malas condiciones, mortalidad materna elevada y perdidas de oportunidades es el precio que pagan, sin contar con la dimensión estremecedora que agrega el advenimiento de enfermedades de transmisión sexual como es por ejemplo el SIDA .

Los jóvenes se están convirtiendo en el sector mas desprotegido de la sociedad, un ejemplo de ello son los jóvenes que buscan trabajo en zonas urbanas y que están totalmente desamparados, otro son las jóvenes adolescentes que están expuestas a la explotación sexual por parte de hombres que en la mayoría de los casos son mayores, ocasionando con esto embarazos no deseados y a edad temprana consiguiendo un abandono de los estudios lo cual impide que obtengan la educación deseable. No recibiendo información sobre sexualidad ni métodos de control del embarazo ocasionando con esto que muchas mujeres algunas casi niñas están dispuestas a correr el riesgo de morir durante el aborto en malas condiciones con tal de terminar sus estudios.

Una de las causas para que no tengan acceso a la información de servicios de salud reproductiva son los padres, profesores, líderes religiosos etc. ya que se teme que la educación sexual propicie en los jóvenes el libertinaje respecto de la sexualidad ,cuando la realidad es que si se tiene este conocimiento en el momento adecuado se puede evitar que muchos jóvenes tengan relaciones sexuales sin una protección adecuada , ya que es inútil pensar que el desconocimiento de la sexualidad propicia la no realización del acto sexual.

Considerando que el embarazo en la adolescencia acarrea según se ha estudiado por múltiples autores muchas responsabilidades las cuales ni se conocen ni analizan por lo jóvenes a causa de su propia inexperiencia por tal motivo consideramos de vital importancia los programas preventivos de educación sexual en nuestra sociedad y deben estar encaminados a considerar de manera integral las relaciones familiares, los valores y la autoestima, la toma de decisiones y la comunicación entre todos los miembros de la familia como primordial para que la vida de los adolescentes sea mas saludable y responsable.

El adolescente debe saber que la especie humana ha sido liberada de la obligación de reproducirse hasta el límite de su capacidad, la reproducción debe ser ahora una opción de cada pareja y su parámetro esta fijado en la capacidad de desarrollo físico, psicológico y social además de económico resaltando la sexualidad como valor esencial de cada persona pero también mostrándoles los valores y la problemática que gira alrededor de ella, buscando obtener una conciencia global de la importancia de la sexualidad en la vida humana, basado todo esto en el reconocimiento de que la vida sexual es un valor en si mismo independientemente de su vínculo con la reproducción vínculo que necesario en el pasado es solamente una posibilidad en el tiempo presente haciendo mención a



halfdan mahler la libertad individual puede ser moralmente significativa solo cuando el mismo privilegio de Libertad este asegurado por todos los seres humanos.

La salud sexual y en especial en la mujer esta estrechamente ligada con la construcción de lo femenino es decir con la forma en que las niñas jovencitas y mujeres se van identificando como parte de un grupo con características personales y roles sociales a seguir, esto determina fuertemente su manera de entenderse, aceptarse y actuar dentro de la sociedad.

La construcción de la identidad femenina especialmente en sociedades como la nuestra, esta centrada fuertemente en la maternidad, en la capacidad de relacionarse con otros y en el ser para otros; esto tiene consecuencias decisivas en la autoestima, la valoración social y la capacidad de las mujeres para tomar decisiones y actuar en su propio beneficio eñ el cuidado del cuerpo su vida su salud y su bienestar.

En la época actual en el mundo ya sobrepoblado la maternidad es una opción de las mujeres, no ya una obligación y en todo caso ocupa un periodo determinado de vida que no debe ser antes de que la mujer se haya desarrollado física , biológica e intelectualmente ya que el valor femenino no debe estar centrado exclusivamente en ,la maternidad.

Y además que el costo de la misma no destruya la vida futura de la adolescente tomando en consideración que a la mujer en la mayoría de los casos se le responsabiliza biológica y socialmente de la reproducción, este derecho podría considerarse principalmente un derecho de la mujer sin embargo es necesario que los hombres se responsabilicen por las consecuencias del ejercicio de su propia sexualidad y que se encarguen junto de asumirla hasta sus ultimas consecuencias

para esto es importante aumentar la información respecto de la sexualidad para aumentar la responsabilidad que conlleva el acto sexual como pareja.

Por lo que existen amplias posibilidades de investigación del problema ya que se presenta con mucha frecuencia en nuestro ámbito profesional, social, cultural y posiblemente familiar y esto nos permite evaluar los alcances logrados por la factibilidad de la investigación.

Para realizar esta investigación, se llevaron las reglas éticas en la institución, así como el perfil académico y moral que tiene el equipo investigador, además de las normas establecidas en salud al respecto de la atención a estas pacientes.

Para nosotros este tema fue de gran interés ya que el resultado del mismo resolvió las interrogantes que se plantearon, los cuales resultaron de acuerdo a nuestros objetivos previstos.

## **II. MARCO TEORICO**

## I. MARCO TEORICO

### <sup>1</sup> 1. Historia de la Sexualidad

Es la conducta sexual en el individuo es algo que no se limita a la función reproductora y constituye una parte importante en la vida del individuo en su totalidad . La sexualidad en el ser humano se haya básicamente influida por el ambiente y como segundo termino las hormonas lo cual quiere decir que toma un papel importante el aprendizaje en el desarrollo de la sexualidad debido esto a la facultad que tiene el hombre de aprender e influir sobre el ambiente e incluso modificarlo y es capaz de enriquecer extraordinariamente la pura conducta animal y elevarla a limites inconcebibles así el ser humano tienen la capacidad de convertir el sexo en una fuente de placeres inmensos e insospechados que trasciendan de lo biológico y lo convierte en un instrumento de comunicación interpersonal y en una manifestación del sentimiento mas específicamente humano que es el amor.

Existen documentos que hablan respecto de la sexualidad que datan de aproximadamente unos 5000 años pero esto no quiere decir que anteriormente a esa fecha no se habían desarrollado algunas costumbres y actitudes, seria importante determinar cuando la mujer pudo sentir el primer orgasmo se dice que pudo ser cuando paso de la cuadripedestacion a la bidedestacion lo que provoco que se realizara el coito cara a cara y no por detrás esto solamente se

---

<sup>1</sup> COHEN JEAN. ET, AL, ENCICLOPEDIA DE LA VIDA SEXUAL DE LA FISILOGIA A LA PSICOLOGIA PAG 86

considera una suposición aunque hasta el momento no podemos determinar específicamente otra historia de la sexualidad en tiempos remotos lo que si se considera relevante en la historia de la sexualidad es la evolución del papel de la mujer dentro de la sociedad. Todo parece indicar que se dieron distintos modelos y que hubo épocas de patriarcado junto a otras de matriarcado. Sin embargo a partir de un determinado momento y sin que se sepa muy bien por que fueron los hombres los que gobernaban y legislaban, en otras palabras los que estaban encargados de pensar, este hecho ha marcado una diferencia que ha resultado decisiva para la vida sexual de todas las generaciones que han venido después. Por lo general la sexualidad ha sido inseparable de las normas éticas del momento. las morales restrictivas han impuesto sus leyes sexuales en base a argumentos que han variado según épocas. Así en el antiguo testamento, la necesidad de nuevos nacimientos y la idea de que la mujer era propiedad del marido o del padre determinaron que el celibato así como el adulterio se consideraran un pecado mientras que el sexo entre personas no casadas era permitido, siempre y cuando el padre de ella lo aprobara. muchas de las leyes contenidas en el antiguo testamento fueron adoptadas por los padres de la iglesia sin percartarse, algunas veces de que habían sido dictadas en una coyuntura determinada, lo mismo ocurrió con la prohibición hebrea de toda actividad sexual que no llevara a la reproducción, en su momento esta ley fue promulgada, como se ha dicho para aumentar la tasa de la natalidad pero posteriormente se mantuvo vigente ,al margen de este propósito. la primitiva iglesia cristiana sostuvo además la idea de que el cuerpo era algo impuro y que el acto sexual era repugnante. san Agustín llego a afirmar que la abstinencia sexual era la mejor forma de redimir el pecado original de ahí que se ensalzara la virginidad y el celibato. las actitudes en

contra del sexo alcanzaron una de sus cotas mas altas durante la edad media en esta época solo estaba permitido el coito vaginal entre marido y mujer siempre estando el hombre encima de ella, y solo en aquellos pocos días que no coincidían con efemérides y religiosas como la cuaresma u otras muchas. los cónyuges sin embargo no debían experimentar ningún placer si no querían incurrir en pecado a fin de evitar el contacto corporal, se utilizaban camisones con un orificio por donde podía pasar la procreación el coito iterruptus o el aborto eran castigados severamente y los que practicaban el coito anal u oral o utilizaban algún medio anticonceptivo eran considerados casi como homicidas

Agustín llevo a afirmar que la abstinencia sexual era la mejor forma de redimir el pecado original de ahí que se ensalzara la virginidad y el celibato. las actitudes en contra del sexo alcanzaron una de sus cotas mas altas durante la edad media en esta época solo estaba permitido el coito vaginal entre marido y mujer siempre estando el hombre encima de ella, y solo en aquellos pocos días que no coincidían con efemérides y religiosas como la cuaresma u otras muchas. los cónyuges sin embargo no debían experimentar ningún placer si no querían incurrir en pecado a fin de evitar el contacto corporal, se utilizaban camisones con un orificio por donde podía pasar la procreación el coito iterruptus o el aborto eran castigados severamente y los que practicaban el coito anal u oral o utilizaban algún medio anticonceptivo eran considerados casi como homicidas

## 2. SEXUALIDAD INFANTIL

La presencia de un componente erótico-sexual en el niño o niña ha suscitado diversos comentarios y controversias entre los estudiosos del tema. Hay quienes afirman que la sexualidad se presenta en la adolescencia y alcanza su mayor expresión en la edad adulta. En cambio, la corriente psicoanalítica establece que la sexualidad se presenta en la infancia y se manifiesta a lo largo del desarrollo hasta alcanzar la genitalidad en la adultez.

El elemento esencial de este enfoque se fundamenta en la presencia del instinto sexual, entendido como la pulsión que descarga el organismo al excitarse en la búsqueda de placer, la fuerza para el mantenimiento de la vida. Según esta idea serán sexuales todas aquellas sensaciones agradables que se produzcan al satisfacer necesidades, desde las primarias: hambre, sed, excreción de heces fecales, etc., hasta las genitales.

Durante la infancia, la manifestación del impulso sexual se refiere a las etapas de desarrollo y maduración que el niño y la niña van logrando. Según Freud, se identifican las etapas oral, anal, fálica y de latencia.

### ETAPA ORAL

También llamada simbiótica o de la confianza básica, abarca desde el nacimiento hasta los 18 meses. Durante esta fase se representa una interdependencia del niño y la madre en donde ambos desempeñan una sincronía

---

<sup>2</sup> COHEN JEAN. ET, AL. ENCICLOPEDIA DE LA VIDA SEXUAL DE LA FISILOGIA A LA PSICOLOGIA PAG 92 - 128

mutua. Sin embargo, para la madre esta dependencia puede ser relativa, mientras que para el niño es indispensable para sobrevivir.

La primera manifestación de la sexualidad es la succión o chupeteo, que fue descrita por Freud como una de las manifestaciones típicas de la sexualidad infantil. El chupeteo se realiza mediante movimientos rítmicos y repetidos de los labios durante la alimentación. Esta succión muchas veces se acompaña de otras manifestaciones como tocarse el lóbulo de la oreja, realizar movimientos rítmicos, tocar a otra persona o bien incluso los órganos genitales. Es común que el bebé pase del chupeteo a la masturbación.

El chupeteo está íntimamente relacionado con la conservación de la vida, pues se produce mientras el bebé es alimentando; posteriormente adquiere un carácter sexual autoerótico que presenta tres características esenciales de la sexualidad infantil:

1. Se apoya en una función biológica.
2. No existen aún objetos sexuales.
3. Es autoerótica.

Cuando aparecen los dientes, el placer sexual puede pasar de la succión a la masticación; el niño en este momento es capaz de tomar espontáneamente los objetos e intenta dominarlos.

La importancia de la relación física y afectiva con la madre es fundamental, pues es su fuente de identificación primera. El niño o la niña trata de ser como la persona amada, en la medida en que su madre le resulte gratificante y placentera. También es importante el papel del padre, pues aun cuando no permanezca tanto tiempo con el niño, su relación y cercanía son una fuente de identificación esencial.



La calidad de la comunicación entre la madre y el hijo(a) conduce a la creación de un código propio. El lenguaje no verbal es fundamental como una forma de dar afecto y recibirlo, por lo que las caricias, los besos y las palmadas son especialmente significativos.

Desde este punto de vista el niño(a) va integrándose a una organización en donde la relación de los padres y los otros miembros de la familia influye en la construcción social de modelos femeninos y masculinos.

El final de esta etapa está marcado por la diferenciación que hace el niño y la niña entre su mundo interno y externo. La familia le permite establecer una organización interna primaria, que irá desarrollando para vincularse y manejar el mundo exterior.

## **ETAPA ANAL**

Esta etapa comprende de los 18 meses a los 3 años, también llamada de separación e individuación. La aparición del lenguaje permite al niño o niña una mayor concreción y claridad de lo que siente y piensa. El poder caminar y separarse de la madre, marcan los primeros pasos para el logro de su independencia y autonomía.

Cuando el niño comienza a utilizar el principio de realidad se inicia esta segunda etapa del desarrollo psicosexual, la cual tiende a posponer la gratificación inmediata, a diferencia del principio de placer. El objeto de postergar lo que le resulta placentero es, pues, dominar la situación de la realidad.

Durante esta época los órganos excretores son su centro de interés; las acciones de defecar, retener y expulsar le serán sumamente gratificantes. El

control de esfínteres le permitirá, así mismo, conservar la estimación y el amor de su madre, y a la vez ejercer presión y control sobre su medio. Las heces fecales serán consideradas como producto de su propia creación, como parte de sí mismo. Esto le hará sentir su individualidad e independencia. Más adelante comprenderá que el excremento, aun cuando proviene de él, no es parte de sí mismo.

El logro en el control de esfínteres es el primer esfuerzo consciente del yo para dominar los impulsos del ello y decidir entre recibir el elogio de su madre u obtener el placer que causa el ensuciar.

Durante este periodo el niño o la niña experimenta en forma clara y precisa las normas y reglas del grupo familiar; el cual determina lo que debe hacer y dónde debe realizarlo. De esta manera se establecen los límites y espacios que lo harán contar con la aceptación de sus padres. Las relaciones interpersonales se han desarrollado y es capaz de comprender el ruego de los adultos, sabiendo que si “coopera” ganará su reconocimiento.

## ETAPA FALICA

También recibe el nombre de identificación primera y abarca de los 2 a los 6 años. Durante esta etapa la zona de mayor placer se concentra en los genitales. La masturbación se acentúa por ser una actividad que proporciona al niño o la niña tanto el reconocimiento de sus genitales como el placer de tocarlos.

La socialización marcada por el ingreso del niño(a) a la escuela constituye uno de los acontecimientos más importantes. Ahí tendrá la oportunidad de convivir e intercambiar experiencias y sentimientos con niños y niñas de su propia edad. La curiosidad de está presente en los constantes “¿ por qué ?, ¿ por qué no soy

igual que mi hermano ? , ¿ por qué no tengo que ir a la escuela ? , ¿ por qué sale el sol?, etc.

Se desarrolla una mayor conciencia de la diferencia de sexos, con la cual el órgano fálico adquiere especial relevancia. Para el niño el descubrimiento de sus genitales va acompañado de un simbolismo que le da seguridad y orgullo de poseerlos; mientras que la niña, al comparar sus genitales con los del varón, puede experimentar la sensación de estar incompleta y carente de algo.

El complejo de castración representado por las reacciones emocionales provocadas por la presencia o ausencia de falo, es el punto a partir del cual cobra impulso el complejo de Edipo. Este último está marcado por el ingreso del niño y de la niña a un mundo sexual auténtico y el inicio de la relación triangular hijo madre, hija padre.

En el caso del niño, en el complejo edípico la madre deja de ser el centro exclusivo de ambos; ahora tiene que "competir" con un rival: el padre, quien simbólicamente lo obliga a excluir a la madre de su actividad genital.

Los sentimientos ambivalentes que el niño experimenta hacia sus padres, como el amor a su madre y el tener que renunciar a ella; el rechazo a su padre, por miedo a ser castrado, y su necesidad de identificarse para afirmar su identidad sexual, le permiten buscar otros objetos de placer y determinar la forma en que se vinculará con el sexo femenino.

En el caso de la niña, el complejo edípico tiene otras variantes. Ella se identifica con su propio sexo por la carencia de pene. Se siente en igualdad de condiciones con su madre y rivaliza con ella para obtener el amor del padre. Este conflicto puede ser resuelto en la medida en que la niña valore su propia anatomía y supere la supuesta "carencia orgánica". Por otra parte, si la madre es un modelo

de identificación cálido y creador, esto le permitirá aceptarse a sí misma y relacionarse con miembros del sexo masculino.

Podría decirse que las experiencias vividas durante la etapa edípica son: la percepción de la ausencia del pene en las niñas, que les ocasiona el temor de ser castradas o de haberlo sido y pueden interpretar esta ausencia como el castigo recibido por una cosa mala que hayan hecho; la rivalidad que experimenta el niño con su padre, quien tiene un pene más grande y es más fuerte; por otro lado, ante la posible rivalidad con una madre "fálica" o "castrante", el niño tiene que tomar uno de dos caminos.

1. Intentar dominar a su madre mediante el supuesto: "Yo soy hombre, tú eres mujer, así que cállate".

2. O bien tomar la actitud "Tú eres mujer, yo soy el hombre y debo someterme".

De estas experiencias y de la identificación con las imágenes paternas, maternas, fraternas y de otras figuras importantes de su medio ambiente, los niños y niñas, mediante el mecanismo de la internalización, van logrando su propia identificación. En este momento poseen ya la madurez que se requiere para afrontar el temor a la castración y a la masturbación: la represión, mediante la cual pueden enviar al inconsciente o deformar los sentimientos negativos, los impulsos y los temores. Cuando el niño o la niña en etapas anteriores ha rechazado la confianza básica (durante la etapa oral) y la oportunidad de establecer controles coherentes (durante la etapa anal) y ha logrado la identificación psicosexual y la posibilidad de utilizar el mecanismo de la represión (durante la etapa fálica), los actos se desexualizan y se manifiestan como conductas sociales aceptables. Cuando esto ocurre es porque la etapa fálica ya ha sido resuelta.

Cuando el niño o la niña no logra resolver adecuadamente alguna de las etapas del desarrollo (oral, anal, o fálica), es posible que desarrolle una conducta patológica, como por ejemplo una conducta compulsiva y repetitiva, agresión desmesurada, temor y ansiedad.

## **ETAPA DE LATENCIA**

Se presenta entre los 6 y los 11 años y recibe también el nombre de periodo escolar. Durante este lapso, la energía libidinal se encauza hacia la actividad escolar y social. El ingreso del niño o la niña a la escuela le permite tener un contacto más amplio con su mundo externo, en el que las relaciones con otros niños y otras niñas y en especial con sus maestros y figuras de autoridad, irán construyendo su super yo social o colectivo.

El niño o la niña aprende a combinar su mundo familiar con el escolar. Es en la escuela donde tiene que confrontar los elementos de su realidad en la búsqueda por reafirmar su personalidad. El juego representa la actividad placentera por excelencia y al mismo tiempo una fuente de aprendizaje. Las reglas del juego le permiten aceptar y comprender límites reales.

En este periodo el niño o la niña amplía su visión del mundo. Desea llegar a ser adulto como su padre o madre, y se interesa por realizar actividades recreativas: jugar, fútbol, pintar, dibujar, armar coches, etc., lo que favorece su capacidad de abstracción y concreción de la sociedad en que vive y de la cultura a la que pertenece.

Durante esta etapa el niño o la niña han logrado ya una identificación psicosexual, y tendrán que desarrollar una tipificación del rol sexual y definir las actitudes hacia su propio sexo y hacia el otro sexo.

### 3. PUBERTAD Y REPRODUCCION

Al llegar a la pubertad el hipotálamo actúa sobre la glándula hipófisis, la cual provoca que las hormonas gonadotropicas según el sexo de la persona estimulen los testículos o los ovarios originando la producción de espermatozoides y hormonas masculinas en el hombre y de óvulos y hormonas femeninas en la mujer.

Estas hormonas determinan los caracteres sexuales secundarios. En el varón los cambios de este tipo son crecimiento: óseo, desarrollo muscular, aumento del metabolismo basal, aumento del espesor de la piel, aumento de la secreción de las glándulas sebáceas, engrosamiento de la voz , crecimiento del vello en las axilas, el bigote, la barba , el tórax ,las piernas, los brazos y formando un rombo en el pubis . en la mujer los cambios son aumento del tamaño de las mamas, ensanchamiento de la pelvis, crecimiento y distribución del vello el cual forma un triángulo invertido en el pubis redistribución de la grasa y redondamiento de la figura, así como la eyaculación en el hombre y la menstruación en la mujer. Aparecen también crecimiento y puesta en funcionamiento de los órganos sexuales.

Organos sexuales masculinos.

Pene.

Organo impar situado en la línea media de la porción inferior de la pared abdominal. Tienen forma cilíndrica y su extremo libre termina en glande o cabeza.

---

<sup>3</sup> ATLAS DE SEXUALIDAD, EDICIONES EUROMEXICO, S.A. DE C.V., 1999., PAGINAS, 11, 14-21.

Esta recubierto de piel fina, la cual se prolonga formando el prepucio hasta la cabeza del pene y cubriéndolo parcial o totalmente, la parte anterior del glande, es decir meato urinario, sirve para la expulsión de la orina y la expulsión del semen. El pene adopta dos estados ,el flácido y el erecto este ultimo debido a la acumulación de sangre en los cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso, lo que produce un aumento de su volumen y un cambio en su consistencia tiene dos funciones la copulacion y la micción.

**Escroto.**

Bolsa de piel donde se encuentran los testículos posee varias capas con fibras musculares como el cremastér, que provoca la elevación y el descenso de los testículos su función es ayudar a mantener a los testículos abajo del abdomen para que estos tengan una temperatura adecuada.

**Testículos**

Organo par que se desarrolla en la cavidad abdominal y que en el momento del nacimiento debe estar en el escroto. Su función es la producción de testosterona y espermatozoides.

Es un cuerpo ovoide, tiene en su interior cientos de lóbulos constituidos por túmulos seminíferos; estos a su vez forman los tubos rectos y posteriormente los conos deferentes mediante los cuales los espermatozoides son movilizados hacia

el epidídimo, estructura alargada en forma de coma, localizada en la parte superior del testículo.

Conductos deferentes.

Conducto delgado, con una capa muscular, que abarca desde el epidídimo hasta las vesículas seminales, pasando por la cavidad abdominal y detrás de la vejiga. Existe un conducto por cada testículo, su función es conducir los espermatozoides del epidídimo a las vesículas seminales.

Vesículas seminales.

Estructura en forma de saco situados detrás de la vejiga: poseen una capa muscular y otra secretora. Su función es la de proteger y nutrir al espermatozoide.

Próstata.

Glándula que rodea la uretra, localizada abajo y delante de la vejiga, esta formada por tejido glandular y atravesada por los conductos eyaculadores. Su función es producir un líquido alcalino, claro y lechoso, que nutre a los espermatozoides y junto con el líquido de las vesículas seminales. Forma el semen.



Glándulas de Cowper.

También conocidas como glándulas bulbo uretrales, estas dos glándulas se encuentran después de la próstata. Su función es secretar un líquido alcalino que neutraliza la acidez de la uretra y lubrica antes del paso del semen en la eyaculación

Uretra masculina.

Conducto que se inicia en el cuello de la vejiga y termina en el nivel del glande en el meato urinario. su función es conducir la orina y, en el momento de la eyaculación el semen

Espermatozoides.

Células masculinas que al unirse con el óvulo de la mujer dan lugar a nueva vida. Están compuestos por cabeza, cuello y cola. su producción se inicia en la pubertad y termina con la muerte,

La eyaculación.

Es el proceso en el cual el semen y los espermatozoides salen a través del meato urinario, por la contracción de los órganos sexuales internos. En cada eyaculación se expulsan por lo general de 200 a 300 millones de espermatozoides, un volumen aproximado de 3ml . Un espermatozoide se mantiene vivo entre 24 y 72 hr, y la fecundidad depende de su número y sus características. es importante tener en cuenta que antes de cada eyaculación, del meato urinario salen unas gotas de

líquido transparente producidas por las glándulas de Cowper que si penetran en la vagina pueden producir un embarazo

## Organos sexuales femeninos

### Vulva

Esta formada por el monte de Venus, los labios mayores, los labios menores, el clitoris, el vestíbulo, el meato urinario, el orificio vaginal, el himen y las glándulas de Bartholin.

### Monte de Venus.

Abultamiento cutáneo grasoso que se encuentra en la región del pubis en la parte inferior de la pared abdominal. está cubierto por vello y tiene la forma de un triángulo de base invertida.

### Labios mayores.

Piñones cutáneos de color oscuros cuyas paredes externas se cubren de vello. al separarlos dejan al descubierto otras estructuras anatómicas.

### Labios menores.

Formaciones mucosas de color rosado y con cierta humedad que conforman el prepucio y el frenillo del clitoris.

### Vestíbulo.

Espacio triangular que puede observarse al separar los labios menores, y en el que se encuentran el meato urinario y el frenillo del clitoris.

Clitoris.

Organo eréctil que sobresale entre los repliegues labiales. Tiene una gran cantidad de terminaciones nerviosas por lo que su función es decisiva en la excitación.

Orificio vaginal.

Conocido también como intrito, en la mayoría de los casos se encuentra limitado por el himen.

Himen.

Membrana semirígida formada por tejido conectivo y que tiene diferentes formas. En la porción central se hallan uno o varios orificios que permiten la salida de la menstruación. No tiene una función fisiológica pero se le ha asignado un papel social con posibles repercusiones psicológicas.

Meato urinario.

Orificio en donde termina la uretra femenina y por el cual sale la orina.

Glándulas de Bartholin.

Estas dos glándulas se encuentran a los lados del orificio vaginal y secretan un líquido lubricante durante el coito.

Vagina.

Tubo musculomembranoso que comunica a la vulva con el útero. Está recubierto por mucosa, y su espacio es virtual. Durante la excitación es trasudado de sus paredes forma líquido lubricante: durante el coito alberga al pene y es el canal durante el parto.

## Utero.

Organo muscular con forma similar a la de una pera se compone de dos capas el endometrio y el miometrio. en su cavidad se desarrolla el producto de la concepción y se localiza entre la vejiga y el recto , en los ángulos que la forman se originan las trompas de falopio.

## Trompas de falopio.

Dos tubos ubicados en la parte superior del útero, que miden de 10 a 12 cm y tienen un revestimiento musculomenbranoso. Están formados por tres porciones: externa media e interna. Su función es transportar los óvulos expulsados por los ovarios hacia el útero.

## Ovarios.

Organos pares ubicados con las trompas de falopio. Tienen forma de almendra y son de color blanco opaco. al corte un ovario presenta una parte cortical superficial y una porción central medular .Los ovarios cumplen dos funciones: las de madurar los óvulos y la producir hormonas femeninas. Estas hormonas producen los cambios secundarios durante la pubertad y preparan al útero para la nidación.

## Ovulo.

Célula femenina que, unida al espermatozoide, produce la fecundación. los óvulos se encuentran en forma de folículos desde el nacimiento y su producción termina durante la menopausia; en cada mujer existen alrededor de 400mill. Los folículos que no maduran se convierten en cuerpos atrésicos o cicatriciales.

## La menstruación.

Es el sangrado de las mujeres, resultado de la perdida del endometrio que deja de ser necesario y sale por la vagina como las hormonas femeninas funcionan mensualmente , se dice que las mujeres tienen ciclos menstruales, cuya duración

aproximada es de 28 días debido a que la mayoría de las mujeres función de manera particular no se pueden saber los días exactos de la menstruación. en la mayoría de las mujeres el periodo menstrual dura de 3 a 5 días .es importante recalcar que durante los 2 primeros años de menstruación los ciclos menstruales son irregulares.

Fecundación.

Consiste en la unión de la células germinales masculina(espermatozoide) y femenina (óvulo),y se realiza en el tercio externo de la trompa de falopio, solo un espermatozoide consigue llegar atravesando la zona pelúcida que rodea al óvulo cuando penetra pierde la cola y los pronúcleos masculinos y femeninos que contienen 23 cromosomas,22 autosomas y uno sexual se unen y en ese momento se determina el sexo del nuevo ser. Posteriormente el huevo llega al útero, donde se anida y del cual se derivan las envolturas o membranas y el embrión que ira desarrollándose en el feto.

Embarazo.

Se considera que el embarazo se presenta cuando el huevo o cigoto, producto de la fecundación, se implanta en la pared del útero,se divide y crece.

El periodo de un embarazo dura aproximadamente 3 trimestres: el primer trimestre el embrión alcanza a medir unos 3 cm y tiene corazón, ojos, nariz, boca, orejas, manos, pies.

En el segundo trimestre, se le llama feto continua el desarrollo y la maduración de los órganos.

En el tercer trimestre, el crecimiento alcanza 50cm ,al finalizar este periodo, esta perfectamente desarrollado y listo para nacer.

La edad ideal para que una mujer se embarace fluctúa entre los 20 y los 30 años. Durante el embarazo, el niño se desarrolla dentro del útero y se prepara para nacer.

Es importante que la mujer embarazada reciba atención prenatal, el diagnóstico de embarazo se realiza por la aparición de dos tipos de síntomas; presuncionales y de certeza.

Los primeros se refieren a los cambios mamarios, gestósicos (somnolencia, vómito, antojos)vaginales y vulvares (congestión interna),cervicales (reblandecimiento del cuello del útero), uterinos(aumento de su forma y tamaño) y la amenorrea o suspensión de la menstruación.

Los síntomas y signos de certeza son:

Delimitación del producto al tocar partes como la cabeza o dorso, detección de su frecuencia cardiaca, aparición de movimientos fetales y pruebas de laboratorios(examen de orina y otros especializados).

Parto.

Horas antes del nacimiento el cuerpo de la mujer presenta cambios que se conocen como de trabajo de parto, consistentes en contracciones uterinas y modificaciones, cervicales del útero para facilitar el paso del niño hacia el exterior por la vagina.

El parto es el proceso en el cual la madre expulsa el producto de la concepción. se divide en tres fases

Dilatación

Expulsión o nacimiento del bebe

Alumbramiento o expulsión de la placenta

La primera fase o dilatación se inicia con modificaciones cervicales (borramiento y dilatación del cuello de la matriz) además de las contracciones uterinas y, en ocasiones la ruptura de las membranas, cuando se ha completado la dilatación cervical, las contracciones uterinas involuntarias aumentan y se distiende el perine) espacio entre el ano y los genitales).

Durante la segunda fase, o de expulsión se da la máxima dilatación cervical, continúan las contracciones uterinas y con ayuda de los movimientos de rotación del niño, se produce la expulsión.

La tercera fase o alumbramiento se caracteriza por contracciones uterinas que producen el desprendimiento de la placenta, la cual queda en el exterior, con lo que termina el trabajo de parto.

Posteriormente se inicia la etapa del puerperio, en la que se presenta en el organismo de la madre la involución del útero, para regresar al estado previo de embarazo. la maduración de este periodo puede ser de 4 a 5 semanas, y su síntoma principal es la depresión posparto. durante el puerperio se da la lactancia.

#### 4. ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD

La sexualidad es lo que somos físicamente, lo que sentimos y hacemos en relación con el sexo que tenemos así como las pautas y normas sociales que existen para cada genero. la sexualidad es la expresión psicosocial de los individuos como seres asexuados con un contexto sociocultural, en un área geográfica y en un momento histórico determinado.

Se dice que la temprana juventud es una de las etapas más críticas del ser humano, porque representa el momento anterior a la etapa en que debe asumirse una responsabilidad social adulta o sea la definición de un papel específico como hombre o mujer en los ámbitos laboral, familiar, sexual, cultural y recreativo, o sea que adolescente esta en busca de su identidad de ahí el complejo desarrollo de sus actitudes.

Esto es debido a que el o la adolescente requiere formarse una imagen propia y tiende a negar lo que aprendió, se encierra en una lucha ambivalente entre la dependencia y la independendencia, ansia llegar a ser adulto pero le duele dejar la niñez, quiere autoafirmarse pero añora la seguridad que le brindan sus padres, esta descubriendo en su propio cuerpo un cuerpo que desconoce y va despertando a un cúmulo de sensaciones sexuales de dimensiones extrañas para él o ella, por otra parte este proceso se da en el contexto de una sociedad que intenta mantener vigentes las pautas de la vida, dificultando más al joven al sumir una posición propia.

---

<sup>1</sup> IDEM 2 EL INFORME HTE, ESTUDIO DE LA SEXUALIDAD FEMENINA, . PAG 10



Debe renunciar a los primeros objetos del amor que son sus padres para esto se separa de ellos, exagera sus defectos, se enoja tienen que derrumbarlos para poner una distancia que le permita diferenciarse y lograr una identidad propia.

En esta etapa el sentimiento del amor que estaba antes centrado exclusivamente en los padres, se vuelca sobre si mismo o misma, es un egocentrista, que vive una sobrevaloración de si mismo o misma una autopercepción exagerada, una sensibilidad extraordinaria y un alejamiento de la realidad, su mejor amigo adquiere una importancia y una significación que antes no tenía, lo idealiza, lo admira y ama, las características que de el o ella quisiera tener y que, por los lazos amistosos, siente propias. Muchas de estas cualidades se ven representadas en ídolos o héroes de los medios masivos de comunicación, con quienes se identifica para adquirir la fuerza que le permita reafirmar su papel e imagen ante los demás.

En un intento por iniciar su relación con el otro sexo, puede dirigir estos sentimientos hacia artistas o hacia determinados ídolos u otros personajes este amor platónico le permite ensayar antes de acercarse a personas de su misma edad.

En la temprana juventud permite abrir nuevos horizontes e incrementa la vida emocional el adolescente explora en otro sexo y poco a poco, desarrolla una mas rica capacidad de amar. la ternura se expresa con más facilidad, en tanto que el componente más sensual que lo orienta a las relaciones sexuales se manifiesta de manera concreta al superar esta etapa.

La actividad sexual que va desde los besos y las caricias hasta el acto sexual no solo satisface una serie de necesidades físicas sino también emocionales, en el ejercicio de la actividad sexual lo mas importante es ampliar sus canales de

comunicación, buscar experiencias propias, poner a prueba su identidad personal y encontrar alivio a las presiones externas a su mundo, a través de los sentimientos establece una relación especial con la realidad, percibe el mundo con un matiz particular , piensa que nadie se siente como el o ella e incorpora el mundo externo de acuerdo con lo que siente y no con lo que muestran esta etapa la pareja constituye una fuente de seguridad.

Una vez conjuntado el amor tierno con el amor sexual el adolescente consolida una nueva identidad sexual. este proceso toma tiempo en lo que transcurre, los adolescentes canalizan su sexualidad en diversas formas de acuerdo a sus valores. su sentimientos y su posición frente a las normas establecidas por su grupo familiar. algunos optan por la abstinencia la salida mas acertada por los adultos en nuestra cultura que consiste en no realizar actividad sexual ni autoerotica.

Las relaciones sexuales.

Son encuentros que permiten el ejercicio de la sexualidad. para que sean saludables, es importantes que estén basadas en el afecto, la responsabilidad y el respeto y el cuidado con el fin de evitar enfermedades y embarazos no deseados.

El adolescente se muestra confundido ante el ejercicio de la sexualidad, por un lado los padres proscriben a sus hijos , pero sobre todo a sus hijas, el ejercicio de su sexualidad y por otro , la misma sociedad alienta las oportunidades que se lleven a cabo. Los medios ,masivos de información bombardean cotidianamente al joven con estímulos sexuales así como los amigos o amigas también ejercen presión para que se inicien en la actividad sexual ante esta situación el adolescente no sabe que hacer ni como canalizar sus impulsos eróticos

## PROCESOS PSICOLOGICOS CENTRALES EN EL ADOLESCENTE

### ADOLESCENCIA

Cada etapa del ciclo vital plantea al ser humano problemas característicos y nuevas oportunidades de inserción en el mundo. La adolescencia constituye, un periodo de la vida en el que, con mayor intensidad que en otros, se aprecia la interacción de las tendencias del individuo y las metas socialmente disponibles.

No puede considerarse un fenómeno de la naturaleza fija e inmutable, si no que, como todo estado del desarrollo humano, es un producto de circunstancias historico-sociales. De hecho, apenas hacia fines del siglo XVIII empezó a utilizarse el termino "adolescencia" anteriormente se hablaba casi solo de "niños" y "adultos". La pubertad marcaba el limite entre ambas etapas. Con la evolución de la institución escolar, con la implantación de normas que prohibían el trabajo de los niños, comenzó a hablarse de "juventud". Se presto entonces de mayor atenciones a las transformaciones de la pubertad, y la adolescencia comenzó a considerares un campo de elaboración del proyecto de vida.

Durante mucho tiempo se hizo hincapié en que la adolescencia era una fase universal de agitación e inestabilidad critica del ser humano que precedía su ingreso en la edad adulta.

Se veía a los jóvenes viviendo algo que rayaba en lo patológico y se esperaban que mostraran manifestaciones de desajuste, las cuales prácticamente

configuraban lo que en las ciencias de la salud se denomina "síndrome". Esto es, un conjunto de síntomas.

Lo esencial de este periodo no es lo transicional ni la aparición de un conjunto de perturbaciones. El adolescente desadaptado no es lo normal.

La adolescencia tiene una tarea que señala con nitidez: "compromete al individuo en crecimiento con los logros posibles de una civilización en existencia". Es, la aparición del hombre productor y reproductor. Distorsionamos la visión de los jóvenes si suponemos que existe una asociación inevitable, de parte a parte, entre los cambios del crecimiento físico y una crisis de inadaptación social.

Actualmente, se definen los límites de la adolescencia a partir de dos instancias diferentes. Consideran que ésta se inicia con los cambios biológicos de la pubescencia y finaliza con la asunción de los derechos y deberes sexuales, económicos y legales del adulto.

Sin embargo, podemos fijar básicamente, como lo hace la Organización Mundial de la salud (OMS), un marco de referencia más congruente, considerando a la adolescencia el periodo en el cual el individuo progresa desde la aparición de los caracteres sexuales secundarios hasta la madurez sexual. Queda claro que es la plenitud del desarrollo sexual la que define el término del periodo. Las edades aproximadas en que se inician las modificaciones sexuales giran en torno a los 10 y 12 años, y la culminación de este crecimiento se logra hacia los 20 años. Entre los 20 y los 25 años se puede ubicar el adulto joven.

Por todo esto consideramos que la adolescencia es el periodo crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección de su desarrollo, alcanza su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, recuperando para sí las funciones que les permitan elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio.

### LA TRANSFORMACIÓN SEXUAL Y CORPORAL

Podemos definir la pubertad como el periodo vital en que maduran las funciones sexuales y reproductoras, culminando el desarrollo sexual que se había iniciado desde el nacimiento del individuo. Su propósito es la capacitación individual, en lo biológico, para asumir el rol adulto en el trabajo y en la reproducción.

Se denomina pubescencia a la constelación de los cambios corporales típicos asociados con la maduración sexual. La adolescencia no sólo incluye los aspectos puramente biológicos de la pubertad, sino que abarca todos cambios psicológicos y sociales que ocurren durante este periodo.

No puede determinarse una edad definida de comienzo y término de dicha etapa, como tampoco es posible identificarla a partir de sólo una manifestación típica. Son grandes sectores del organismo los que se modifican y los hacen en edades diferentes y con ritmos de crecimiento distintos. Por ello investigadores eminentes en esta materia, consideran que es mejor hablar de edades de desarrollo o de madurez fisiológica que de edades cronológicas. Consideran las siguientes elementos para su evaluación: edad morfológica (talla, peso y otras medidas),

edad de madurez sexual (vello pubiano, axilar, testículos, senos), edad ósea (mano, pie, cadera, rodilla, codo) y edad dental.

En nuestro medio, la pubertad se inicia en las muchachas entre los 10 y los 12 años y entre los muchachos entre los 12 y los 14 años aproximadamente. Las transformaciones físicas propias de la pubescencia se inician por la actividad hormonal gonadotropica y corticotropica de la glándula pituitaria, como consecuencia de su secreción se inicia la producción de óvulos maduros y espermatozoides y el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias, los cambios en otras funciones fisiológicas no sexuales y los cambios de tamaño, peso proporciones corporales, fuerza, coordinación y destreza muscular.

Estas características se refieren a la constitución de los órganos sexuales que intervienen en la copulación y la reproducción, los cuales durante la niñez presentan un desarrollo menor que los otros sistemas de órganos. En la pubertad se produce el crecimiento del pene, los testículos, el útero, la vagina, el clitoris y los labios genitales mayores y menores.

En los muchachos alrededor de los 13 años empiezan las poluciones nocturnas y las eyaculaciones que pueden ser estimuladas por la masturbación, Habitualmente no contendrán espermatozoides, en las muchachas, los ciclos menstruales pueden ser irregulares a lo largo del primer año y estar acompañados de un intervalo de esterilidad puberal que dura hasta tres o mas años, la capacidad de procreación no siempre es sincrónica con la menarquía, ya que esta es apenas la fase inicial del proceso de maduración sexual, sin embargo la capacidad de

procrear hijos aparece antes de completar el crecimiento físico. por lo cual el embarazo en la adolescente se considera una situación de riesgo para la salud tanto de la madre como del niño..

Las características secundarias se presentan en un continuo en su distribución. Hombres y mujeres se colocan en los extremos opuestos de dicho continuo a causa de diferencias de naturaleza cuantitativa destacándose en estas características la aparición del vello pubico y en las axilas el crecimiento de los pechos en las mujeres y la aparición de vello en los hombres en el pecho la barba es una evidencia todas estas características del inicio de la pubertad, además de los cambios de voz que se producen en ambos entre los 14 y 15 años, se desarrollan las glándulas sudoríparas y sebáceas las cuales son causantes de la sudoración axilar y de la aparición de puntos negros en la cara esto provocado por la retención de la secreción oleosa y del polvo y cuando se bloquean provocan el acné , otra característica son la pigmentación en áreas como los pezones y los genitales etc.

Todas estas transformaciones traen consigo repercusiones.

El niño va teniendo cambios los cuales los experimenta en el momento en que se presentan y los conoce pero en el adolescente estos cambios se presentan en forma abrupta por tal motivo es muy difícil que pueda integrarlos a su propia imagen a través de una sensación de estabilidad y de familiaridad consigo mismo, las modificaciones corporales tienen una desarmonía lo cual repercute en su

aparición física y su mente es incapaz de soportarlo y en algunas ocasiones las mismas provocan torpezas transitorias.

Por esta razón es importante que los familiares valoren al joven por el mismo y no por la apariencia que en esa etapa se tiene , cuando el joven no recibe el apoyo y la comprensión de parte de su familia se provocan trastornos derivados por la falta de comunicación y tienden a alejarse de los padres y hermanos para concentrarse en la relación de los amigos considerando su apreciación como verdadera y muchas veces dañan con la misma la personalidad del joven.

Dentro de los problemas que presentan los jóvenes en la pubertad tenemos:

Acné, obesidad, estatura que no siempre es proporcional en todos los jóvenes etc.

Durante la adolescencia la búsqueda se supedita a la obtención de metas de mas largo alcance se consideran las limitaciones propias y del medio se procura postergar las descargas de tensiones y la satisfacción inmediata de necesidades hasta encontrar la ocasión oportuna que implique un menor riesgo y se hace una prevision acerca de la estabilidad futura así se produce una acumulación de tensiones provenientes de las demandas propias del desarrollo sexual a las que en cada cultura se agrega la facilitación o prohibición para obtener satisfacción a dichas necesidades.

La ansiedad con que en nuestra cultura el púber intenta salir de su inseguridad y afirmar su rol ,la participación del adulto en nuestros medio es precisamente el que mas favorece las resoluciones, se tiende a controlar a los jóvenes respecto de su impulso sexual aumentando la distancia entre la madurez sexual y su expresión



social. la desorientación y el temor sexual entre nuestro jóvenes son mas comunes de lo que se reconoce.

Apurado por la urgente necesidad de encontrar satisfacción a sus emergentes necesidades, el pensamiento del púber evoluciona hacia nuevas formas de pensamiento que le permiten encontrar una comprensión más amplia e integradora de los acontecimientos. Se hace evidente una transformación intelectual, por tal motivo la adolescencia es reconocida como la etapa en la cual se alcanzan las operaciones formales que caracterizan la capacidad de generalización y abstracción propia del adulto.

Concluimos que el joven es capaz por si mismo de aplicar la lógica y la conceptualización abstracta de la realidad por lo tanto será mediante la participación social amplia y efectiva como podrá ir confrontando sus metas y valores.

#### Diferenciación sexual

En nuestra cultura las condiciones para el desarrollo de los varones y de las mujeres adolescentes son diferentes unos y otros son sometidos a diferentes sistemas de restricciones normas y expectativas del rol, el varón se ve orientado hacia actividades económicas y productivas a la mujer se le adiestra tanto para las tareas de la vida hogareña así como para el trabajo fuera del hogar.

En la zona rural el varón adopta la posición del padre al cual acompaña a sus jornadas de trabajo y tareas la niña es guiada por la madre en actividades hogareñas y de agricultura así el llegar a ser adulto implica aprender un contenido cultural relativo a las actividades adscritas para cada sexo.

Existe en el varón un patrón de personalidad social masculina que llega al extremo del machismo. Esta se puede manifestar en una generosa extroversión de agresión física o en su versión atenuada o sublimada en la rebeldía contra la injusticia. El machismo inhibe la expresión del dolor físico, despliega el lenguaje grueso y manifiesta el deseo de dominio sobre el sexo femenino. La vida sexual le es permitida al muchacho por los mayores, si bien se espera que respete a las muchachas de buena conducta.

En lo que a las mujeres concierne cuando crecen en el rol de subordinación al hombre continúan en el mismo durante el resto de su vida, la acción modeladora de las madres se vierte hacia la conducta sexual, encaminada a lograr en la mujer actitudes de mesura, control e inhibición biológica, en la guarda de la virginidad, por razones de moral religiosa y por razones de honor social.

La muchacha de virtud fácil cumple con un papel importante para el varón que se rige por el doble patrón de afirmación sexual y exigencia de castidad en la mujer, la mujer no cuenta con la aspiración de obtener un placer sexual ya que en nuestra cultura no es bien visto sino como un medio único de la concepción.

Ritos del pasaje a la adolescencia.

Muchos muchachos creen que su adolescencia inicia cuando se embriagan de licor, fuman, consumen marihuana, establecen relaciones sexuales o sentimientos con el otro sexo y el finalizar el ciclo escolar siendo esto un mito exclusivamente porque el hecho de llevar a cabo estas actividades no son más que la búsqueda de desahogar todos los cambios físico y psicológicos que se están efectuando en su vida, además que esto los sitúa en la pertenencia a un grupo social juvenil que en esta etapa es muy importante para ellos por esta razón se dan durante esta etapa todas las dependencias del ser humano como las anteriormente descritas. .

La adquisición de la personalidad durante la adolescencia.

Es una organización dinámica donde se integran todos los hábitos, actitudes, sentimientos y las capacidades de un individuo, adquiriendo modos de comportamiento que determinan su adecuación al medio.

La personalidad se desarrolla a lo largo de la vida del ser humano, se adquieren sus bases en la niñez y sus características se consolidan en la etapa adulta.

En conclusión la adolescencia es uno de los periodos mas críticos del ser humano porque representa el momento anterior en que se debe asumir una responsabilidad social adulta, esto implica la definición de un papel específico como hombre o como mujer en los ámbitos laboral, familiar sexual, social cultural y recreativo por lo cual se dice que el adolescente esta en la búsqueda de su identidad y que necesita responderse la pregunta quien soy..

## 5. RESPUESTA SEXUAL HUMANA.

Se refiere a la serie de cambios fisiológicos que ocurren en el organismo humano cuando el individuo esta bajo influencia de cierto tipo de estímulos que provocan modificaciones específicas (respuestas) que tienen potencialidad de desencadenar el orgasmo, la respuesta sexual humana tiene funciones reproductivas y placenteras.

La eficacia de un estímulo depende de diversas circunstancias la mayoría de ellas subjetivas con esto se quiere decir que dependiendo del individuo es la respuesta que se tiene a l mismo estímulo.

De los diversos eventos presentes en la respuesta sexual existen algunos que se usan para definir operacionalmente los estímulos sexuales ;se trata de la erección y la lubricación de la vagina .

La respuesta sexual humana se considera como un ciclo esto quiere decir que el individuo pasa de estadios o fases en las que ocurren cambios propios de la respuesta una vez completados los cambios el individuo regresa a su estadio basal.

Existen dos tipos de estímulos como son:

Los reflexogénicos y los psicogénicos.

Los primeros producen una respuesta sexual integrando para ello un arco reflejo corto considerándose aquí todos los estímulos que activan las terminaciones nerviosas del área genital las zonas que las rodean así como las vísceras

---

<sup>5</sup> MASTER WILLIA,M, ET, AL. RESPUESTA SEXUAL HUMANA, INTERMEXICO, 1996, PAG 227

cercanas, como la vejiga o el recto, la mayoría de estos estímulos son de tipo táctil y producen respuesta al activar las terminaciones nerviosas táctiles viajan hacia la médula sacra, donde pueden integrarse al arco reflejo, la información viaja de regreso al área genital donde aparecen los eventos. El arco reflejo de la respuesta sexual en el individuo integro es de naturaleza polisináptica por lo que al llegar la información a la medula sacra es enviada hacia centros cerebrales superiores y esto hace posible la percepción consciente y placentera del estímulo y la respuesta sexual.

Estímulos psicogénicos.

Son recibidos por todos los órganos de los sentidos (vista, oído, olfato, gusto y zonas cutáneas alejadas del área genital) y en la corteza cerebral son interceptados como estímulos sexuales, ahí se generan nuevos impulsos que son enviados a la zona genital y el resto del organismo a través de la medula espinal y la respuesta se produce. en este caso se encuentran las imágenes, sonidos, textos. etc.

Pueden ser generados en la corteza sin necesidad de provenir del exterior, este es el caso de los recuerdos, las fantasías y los sueños. De hecho el ser humano en la mayoría de los casos recurre a varios estímulos aplicados para tener una respuesta y conseguir la satisfacción sexual.

Respuestas fisiológicas básicas a la estimulación sexual.

La congestión sanguínea (vasocongestión) y la contracción muscular(miotonia). Por lo anterior se considera que la respuesta sexual esta basada en las reacciones siguientes:

Modificación del estado neuronal (a través de la generación de potenciales de acción que da por resultado la activación de funciones neurosecretoras y neurotransmisoras.

Reacción vascular (reacción vasomotora) da origen a la vasocongestión y a las modificaciones en el incremento del flujo sanguíneo, están mediadas por las fibras parasimpáticas del sistema nervioso autónomo y el mediador probablemente sea la acetilcolina.

Reacción muscular. (miotonia) tanto del músculo liso como del estriado, están mediadas por el sistema nervioso autónomo en su división simpática y el mediador químico es la noradrenalina. Estos reflejos son involuntarios a pesar de ello es posible que el individuo posea cierto control voluntario sobre ellas.

El deseo sexual tiene una representación neurofisiológica específica y se piensa que se debe a la activación de ciertos centros localizados en el encéfalo se han localizados centros de activación y desactivación del deseo sexual en sistema límbico, el hipotálamo y la región preóptica, se cree que existen neurotransmisores que activan o desactivan el deseo sexual y que la serotonina es un neurotransmisor central que actúa como inhibidor del deseo sexual en el ser humano también se sabe que la activación de estos centros requiere de andrógenos, tanto en la mujer como en el hombre. También se sabe que existen enfermedades y determinados factores psicogénicos que pueden contribuir a que no se de la fase del deseo como son el estrés o la depresión

La respuesta sexual según Masters y Johnson no es una respuesta genital exclusivamente, sino que se dan manifestaciones prácticamente en todo el organismo. y además estableció que son las semejanzas, no las diferencias lo que caracteriza el ciclo de la respuesta sexual en hombres y mujeres.

Tanto en hombres como en mujeres los parámetros de función cardio respiratoria sufren cambios en cuanto al incremento de la tensión sexual.

La frecuencia cardiaca se incrementa al inicio de la fase de excitación y posteriormente sobreviene una fase de meseta y al culminar en el orgasmo su incremento llega a lo máximo posible por el ser humano así mismo la tensión arterial se modifica en forma paralela , en cambio la frecuencia respiratoria se inicia su incremento en el final de la fase de meseta llegando a su punto máximo en el orgasmo y desapareciendo inmediatamente en la fase de resolución.

Otra parte del cuerpo que presenta respuesta ante la tensión sexual son las mamas que se efectúa tanto en el hombre como en la mujer siendo mas visibles en la mujer obviamente debido a las diferencias anatómicas, teniendo en ambos casos una erección del pezón y durante la meseta se nota el aumento de tamaño y la ingurgitación de la areola que es tan intensa que da la impresión que el pezón ha perdido erección, además se presenta una reacción cutánea caracterizada por enrojecimiento. Debido todos estos cambios a fenómenos vasocongestivos superficiales profundos.

Otra respuesta sexual del cuerpo es el llamado enrojecimiento sexual el cual es mas frecuente en los hombres que en las mujeres y es mas observable en la piel blanca se inicia en la fase del momento del orgasmo apareciendo en la excitación y llega al máximo en el epigastrio y extendiéndose al tórax , anterior, cuello y la cara y en la mujer se puede extender en todo el cuerpo.

Existe también miotomía como respuesta sexual que es el aumento del tono muscular ante la estimulación sexual y son de dos tipos voluntarias e involuntarias, las voluntarias se utilizan como técnicas estimulantes las involuntarias aparecen hacia el final de la fase de excitación y se hacen mas evidentes en la fase de

meseta, aparece en las extremidades llamado espasmo carpo -pedal y la musculatura pélvica se contrae rítmicamente y se le llama contractura mioclónica. La miotonía aparece aproximadamente cinco minutos después de la fase de orgasmo, esto es ya en la fase de resolución, para ser sustituida por una fase de relajación muscular generalizada.

También se presenta reacción sudoral: Se observa hacia la fase de resolución aparece en forma involuntaria en el hombre en pies y manos, en la mujer puede observarse en la misma forma, presentando en la mujer relación con el grado de actividad física realizada en las fases previas y en el hombre esta relación no existe.

Las modificaciones genitales son resultado de cambios vasomotores y de miotonía.

El orgasmo tiene aspectos psicosociales los cuales se presentan junto con fenómenos de percepción subjetiva intensa y placentera.

El orgasmo femenino se inicia con una sensación de suspensión o detenimiento, seguida de una intensa vivencia clitorídea-pélvica de manera simultánea, existe una pérdida de acuidad sensorial (capacidad de percibir algún otro estímulo exterior). De la focalización sensorial en el área del clítoris y de la pelvis, se progresa de una oleada de calor que invade específicamente el área pélvica y luego se extiende a todo el organismo, por último se describe la sensación de latido pélvico correspondiendo esta experiencia subjetiva con el registro de las contracciones orgásmicas de la musculatura de la plataforma orgásmica.

El orgasmo masculino consiste en la aparición de la llamada inevitabilidad eyaculatoria, posteriormente se percibe las contracciones expulsivas y se



completa con la percepción subjetiva del paso del líquido seminal a través de la uretra, correlacionándose el grado de placer con el volumen seminal eyaculado.

## 6. EMBARAZO EN ADOLESCENTES POR VIOLACION Y SUS REPERCUCIONES PSICOLOGICAS.

La violación es la relación sexual forzada y en contra de la voluntad de alguno de los participantes generalmente va acompañada de actos agresivos, el violador es motivado principalmente por el deseo de dominar, tiene una mezcla de agresión y temor hacia las víctimas, a menudo es escogida por casualidad en un momento en que al violador le invade una necesidad de violencia, es un acto de agresión degradante cuyo fin es demostrar superioridad y de acuerdo a los artículos 265 del código penal de los estados unidos mexicanos, concepto de violación al que por medio de la violencia física o moral realice copula con persona de cualquier sexo, entendiéndose por copula la introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima por vía vaginal, anal u oral independientemente del sexo.

En el artículo 266 del mismo código concepto de violación equiparada al que sin violencia realice la copula con persona menor de 12 años, a los que realicen copula con persona sin capacidad de comprender el significado del hecho, o que por cualquier causa no pueda resistirlo.

La violación en México es un problema de índole social y legal que algunas veces tiene como consecuencia un embarazo. Agravándose la situación si esto sucede en mujeres en edad adolescentes, pues con frecuencia provoca alteraciones emocionales o agudiza las ya existentes. El adolescente como ya

---

<sup>6</sup> ESCOBEDO Chavez Ernesto et. al. EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES PAG 192-

dijimos es un ser que busca identidad y autonomía para incorporarse a la sociedad adulta esta difícil transición si es favorable redundara en un desarrollo sano pero cuando esta misma es interrumpida con un hecho violento como la violación marca para siempre la existencia de la vida adolescente y con todas sus repercusiones psicológicas, en la actualidad se habla mucho del tema violación y embarazo y se trata de legislar el derecho o no de la mujer a continuar con el mismo en caso que se presente se considera que esto es de gran repercusión en la sociedad porque pone a prueba los valores de la misma otorgando o no un derecho que de antemano es único y exclusivo de la adolescente todo estas complicaciones pueden provocar un mal desarrollo psicológico físico y emocional de la adolescente..

Según estudio de OMS se espera que para finales de esta década existan mas de un billón de adolescentes en América latina entre los 15 y 19 años, mismos que se encontraran biológicamente aptos para la reproducción,pero aun están lejos de ser lo suficientemente responsables y maduros como ya se dijo para asumir la crianza , además de que sabemos que existe un alto índice de trastornos en sus productos , mayor morbilidad y mortalidad.

También es frecuente en contraer alteraciones en el desarrollo de estos niños por falta de estimulación e incluso maltrato. , Pues se les responsabiliza o culpa de las frustraciones de la vida de la madre, esta situación conflictiva se incrementa cuando además el embarazo adolescente tiene que aceptar y responsabilizarse de este niño no deseado y menos aun no planeado.

Debido a esto el adolescente tiene consecuencias emocionales y una mayor propensión a presentar actuaciones, promiscuidad, abuso del alcohol y las

drogas, trastornos del sueño, ansiedad, depresión, desórdenes disociativos, culpa, vergüenza etc.

También se posee un pobre concepto, tienden a ser más introvertidas y retraídas, mencionando la presencia del síndrome del trauma de violación, que destaca un doble estado: el agudo que aparece inmediatamente después de la violación, caracterizado por desorganización ideoafectiva, aparentando relativa calma y control y el crónico sentimientos de impotencia y depresión.

Es muy frecuente que estas adolescentes provengan de familias disintegradas o con serios conflictos de su medio, por lo que el embarazo es una confrontación objetiva con la situación familiar que moviliza a cada miembro.

Otro conflicto es enfrentar el entorno social que la responsabiliza de una sexualidad temprana marginándola de lo que hasta el momento era su sostén, la escuela, los amigos etc. a nivel personal renuncia a las expectativas o proyectos para su vida futura, tales como virginidad, matrimonios, hijos, ocupación etc. Tal confusión se da a lo largo de nueve meses, culminando con un bebé no deseado producto de una relación involuntaria, ilícita o agresiva y con perspectivas hacia el futuro desfavorables.

## 7. PRIMIGESTA ADOLESCENTE

En las últimas dos décadas se ha incrementado el interés en el Embarazo y Parto en la Adolescente al reconocer a éste como un problema multifacético y de no fácil solución. Este puede ocurrir en todos los grupos sociales, económicos, raciales y éticos.

En el embarazo de la adolescente hay mayores riesgos de tipo biológico, psicológico y social. Se informan en éste mayor frecuencia de desproporción cefalopélvica, anemia, preeclampsia y bajo peso del recién nacido.

Desde tiempos pasados se ha informado embarazos de niñas y adolescentes muy jóvenes, uno de los primeros fue hecho por Mandeleso en 1958 en una niña de seis años.

Haller en 1751 una niña de nueve años y así numerosos informes pero el de mayor impacto es el del Dr. Ecomel en 1939 en una niña peruana que mediante cesárea a los cinco años y medio se obtuvo un producto con peso de 2,700 g. Siendo considerada la madre más joven en el mundo hasta la actualidad. Furtado en 1947 en una niña Brasileña de siete años quién dio a luz gemelos.

## 8. CARACTERISTICAS OBSTETRICAS DE LA ADOLESCENTES EMBARAZADAS

El embarazo en la adolescente ha sido un fenómeno ampliamente estudiado desde la perspectiva de sus complicaciones médicas. Sin embargo, existen estudios que no han observado un incremento en la frecuencia de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Según estudios realizados Las complicaciones médico obstétricas no difirieron en frecuencia entre las adolescentes embarazadas y las mujeres de 20 a 34 años de edad. Las condiciones al nacimiento del hijo de madre adolescente son satisfactorias en relación a otros grupos. No se encontraron en las adolescentes, mayores riesgos de salud materna y perinatal (con excepción de las menores de 15 años), no elimina las complicaciones sociales y psicológicas de tener un hijo en la adolescencia, ni la de otros riesgos a la salud como: la mayor mortalidad infantil entre el primer mes y el primer año de vida en el hijo de madre adolescente y el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA.

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

Resulta evidente que el proceso de la embarazada adolescente se enmarca en la pertenencia a los distintos estratos socioeconómicos. Según las investigaciones realizadas Las complicaciones médico-obstétricas y el resultado perinatal tradicionalmente atribuidos a las "condiciones fisiológicas de la madre adolescente", no se observan con una frecuencia mayor a la de otro grupo de edad.

El hijo de madre adolescente es en la mayoría de los casos de término, el nacimiento es principalmente por vía vaginal, en una proporción mínima de los casos asistidos con fórceps, presentó un adecuado peso al nacimiento, así como valores de Apgar al quinto minuto que no difirieron de manera significativa con los de hijos de mujeres pertenecientes al grupo de 20-34 años.

Aun cuando la proporción de recién nacidos con un peso igual o menor a 2000g fue mayor en el grupo adolescente, lo que pudiera responder al menor puntaje de Apgar al primer minuto en este grupo, la valoración a los cinco minutos que traduce el grado de recuperación no se demuestran diferencias y se considera con un valor superior a siete, que permite considerar al recién nacido en condiciones satisfactorias.

En relación a la falla reproductiva, la proporción de aborto es superior en otro grupo diferente que en el adolescente, lo que quizá se encuentre relacionado con la mayor proporción de multiparas en el primer caso y así mayor probabilidad de eventos reproductivos adversos.

No se encuentran diferencias al comparar las características obstétricas del embarazo adolescente y el que ocurre entre los 20-34 años de edad, no elimina las complicaciones sociales y psicológicas de tener un hijo en la adolescencia, ni la de otros riesgos a la salud como lo son, la mayor mortalidad infantil entre el primer mes y el primer año de vida en los hijos de madres adolescentes. Además, en el caso de embarazos en menores de 15 años, la edad sí constituye un riesgo para la salud importante.

El hecho de que 20% de las adolescentes que ingresan al hospital por causa obstétricas, tengan al menos un embarazo previo, indica que, los servicios de atención médica, psicológica y educativa deben incluir al embarazo adolescente como un programa prioritario, con el objeto de prevenir una secuencia



de embarazos no deseados, fomentar el crecimiento de la adolescente e impedir repercusiones en su relación con su hijo y con el resto de su entorno.

La población adolescente necesita información y acceso irrestricto a los servicios, de modo que, buena parte de la solución está en la forma en como las instituciones sociales ( familia, escuela, instituciones, religiosas, sector salud) interpreten y manejen la sexualidad en el adolescente. El objetivo es, acceder a los jóvenes antes de que lleguen a ser sexualmente activos.

Los adolescentes en México representan el 25% de la población total, siendo la mitad mujeres. Entre sus principales problemas de salud destacan los accidentes, la farmacodependencia, el embarazo no deseado y los suicidios. El incremento demográfico, los cambios en el estilo de vida y los desequilibrios socioeconómicos han facilitado la presencia de entidades tales como: problemas de crecimiento y desarrollo, trastornos de conducta, afecciones emocionales, problemas de aprendizaje, embarazo adolescente y la crianza de hijos a temprana edad.

A pesar de la disminución de la fertilidad en general, la tasa de embarazos en el grupo adolescente permanece estable, lo que se traduce en aumento relativo del porcentaje de mujeres embarazadas menores de 20 años de edad. Aunado a lo anterior parece incrementarse el número de abortos, de divorcios y de madres solteras.

La tercera parte de los embarazos atendidos en instituciones de salud del país pertenecen a mujeres menores de 24 años y el 13% a menores de 19 años.

El embarazo precoz es la gestación que se presenta en una mujer que no ha terminado su crecimiento y desarrollo somático. Los eventos puberales que permiten suponer madurez biológica son: alcanzar el estadio de Tanner Voedad ginecológica de dos años.

El embarazo en adolescentes se acompaña entre otras características de la incapacidad materna para cuidar a un hijo y formar una familia e incluye también a las adolescentes con embarazo precoz.

En el embarazo precoz las complicaciones son derivadas de la inmadurez biológica de la madre, siendo las principales incremento de la mortalidad materna, mayor riesgo de anemia, toxemia desproporción cefalopélvica relacionada con talla baja y mayor número de distocias. Los recién nacidos de estos embarazos presentan bajo peso al nacer, prematuridad e incremento de malformaciones.

Las adolescentes embarazadas que terminaron su crecimiento y desarrollo físico, presentan complicaciones debidas al pobre acceso a servicios médicos, así como a patrones culturales y sociales que impiden una adecuada integración psicosocial de la madre. Se mencionan entre ellas: deserción escolar, desempleo, bajo ingreso económico, divorcios y mayor número de hijos. Los hijos de estas madres tienen el riesgo de: abuso físico, negligencia en el cuidado a su salud, desnutrición, retardo físico y psicológico. El padre adolescente también se

enfrenta a situaciones conflictivas, tales como: fracaso escolar, ingresos menores que su padres, divorcios, incremento de estrés y trastornos emocionales.

El inicio de relaciones coitales tempranas también predispone a otras alteraciones psicosociales tales como: drogadicción, fracaso escolar y tendencias suicidas

## 9. ANTICONCEPCION PARA ADOLESCENTE

El primer método anticonceptivo fue descubierto en Egipto en el año de 1850 antes de Cristo a través de recetas de lavado de la vagina con miel y bicarbonato después del acto sexual o la aplicación de mezcla de excrementos de cocodritos con una pasta especial que se insertaba en la vagina.

siendo hasta la mitad del presente siglo cuando se generaliza el uso de los métodos anticonceptivos en la población, en la actualidad se calcula que el 50% de las parejas utilizan métodos modernos de planificación familiar y el 8% emplean métodos tradicionales de planificación familiar ,los métodos anticonceptivos revolucionaron el comportamiento sexual ya que inciden en los valores, las creencias, las pautas de conducta, las normas, la relación amorosa y la construcción social de los géneros. Ya que estos evitan que el óvulo se una con el espermatozoide y se lleve a cabo la fecundación.

### MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

Existe una clasificación de los métodos anticonceptivos.

1.- Temporales.dura el tiempo de su uso como son:

Preservativo o condón. -cubierta en forma de saco elástico de látex cerrado en un extremo con borde redondeado. Unción retener él liquido seminal eyaculado para evitar el contacto con la vagina se utiliza uno cada penetración.

<sup>9</sup> Cohen gean, et. la ENCICLOPEDIA DE LA VIDA SEXUAL DE LA FISILOGIA A LA PSICOLOGIA PAG 132 - 141

Sus ventajas son:

Prevención de contagio de enfermedades transmisibles

Fácil de conseguir, de llevar, de usar

Puede convertirse en parte del juego sexual

Desventajas:

Se puede romper

Presentar sensibilidad o alergia al látex

De debe quitar con cuidado

Es probable que disminuya la sensibilidad

Es necesario la utilización de uno cada penetración.

Diafragma

Espermicidas(espumas,jaleas,óvulos).-son sustancias químicas que se colocan en la vagina antes del coito se deben considerar lavados vaginales después del coito antes de seis horas.

Ventajas:

Disponibles en cualquier lado

Relativamente baratos

De fácil aplicación

Combinables con otros métodos para mayor efectividad.

Desventajas:

Su aplicación puede interrumpir el acto sexual

Causar alergias

Su uso requiere motivación

Dispositivo intrauterino.-es un objeto de material sintético que se le pueden adicionar otras sustancias que potencian su efecto, los que no tiene ningún material complementario se les llama de primera generación y al os que tienen cobre u hormonas se les llama bioactivos o de segunda generación., tiene los siguientes mecanismos de acción

No permite la migración del espermatozoides en el en útero.

No permite la fecundación

No permite el transporte del huevo, previniendo la implantación.

Debe ser colocado por medico calificado

Ventajas. se puede usar durante varios años dependiendo del tipo de dispositivo

No se tiene que tomar otro tipo de método

No tienen gastos adicionales

Solo requiere visita al medico cada 6 meses. O cada año

El procedimiento de inserción es realmente rápido y sencillo

Es fácil de extraer y no afecta la fertilidad posterior

Se inserta una sola vez

Ofrece protección continua y efectiva

No interfiere en el acto sexual

Desventajas.

Puede resultar doloroso al insertarse

Algunas veces producen dolores o sangrados

En ocasiones el organismo llega a expulsarlos o rechazarlos

Puede haber mas posibilidad de contraer enfermedades inflamatorias crónica en aquellas mujeres que tienen varios compañeros sexuales.

Si se da el embarazo puede haber complicaciones como son perforación del útero.

Hormonales (pastillas,inyecciones,implantes.)- se administran en forma sencilla.  
Son sustancias químicas que se administran al organismos a través de diversas vías.

a) Naturales .

Ritmo

El termométrico

Moco cervical

Ritmo calendario

Palpación del cuello uterino

Coito interrumpido.

Definitivos. Evitan permanentemente la concepción.

Vasectomía

salpingoclasia

## 10. EDUCACIÓN SEXUAL Y LOS PROBLEMAS EN LA POBLACIÓN

La gran controversia que presentan los programas de educación sexual no ha permitido realizar una acción sostenida ni una extensión suficiente de los mismos, a pesar de los esfuerzos realizados en México durante el presente siglo desde diversas perspectivas y enfoques.

Los primeros esfuerzos de educación sexual ya planteaban programas de prevención materno infantil, de enfermedades venéreas y de la pubertad así como las demandas de educación sexual ; en busca de un nuevo porvenir para la mujer a partir del congreso feminista de Mérida realizado en 1915, han seguido actuando como fuerzas autogestivas.

En 1932 se legitimaron por el estado los primeros proyectos de educación sexual que pretendía integrar estos programas a partir del 3er año de primaria y planteaba una enseñanza gradual, dosificada y sin sobresaltos, que se integrara dentro de los objetivos de la historia natural y de la higiene escolar teniendo todo esto con este proyecto tan importante el cual se calificó como de " criminal, inoportuno y ofensivo a la conciencia infantil".

Los padres defendieron el derecho de educar a sus hijo en sexualidad en conjunto con las organizaciones religiosas y la propia institución escolar, siguieron

---

<sup>10</sup> SABEDRA Alfredo, ET: AL. MEXICO EN LA EDUCACION SEXUAL PAG 152 - 157



conservando los modelos sexuales dominantes y actuando como agentes de los procesos generales de socialización.

En los cincuenta la intromisión con mas fuerza de los medios de comunicación como la televisión, la radio y el cine modifica los patrones sexuales los cuales se ligaron a intereses consumistas y que aun en la actualidad no se han podido evaluar sus efectos ya que existe un desinterés de los estudiosos al respecto,

Mientras tanto la actividad independiente educativa continuo durante los cincuenta y los sesenta por parte de grupos independientes y de asociaciones no gubernamentales, los cuales se preocuparon por la salud, las demandas feministas y la planificación familiar, cuando comenzaron a introducirse en México y en el mundo los métodos modernos de anticoncepción.

A principio de los sesenta la concientización sobre las tasas altas de crecimiento poblacional propicio por primera vez el establecimiento de acciones de educación sexual formal en el ámbito nacional la cual se incorpora ante la necesidad de transformar los patrones de fecundidad dentro de una política mas abierta en busca de regular la dinámica, el volumen, la estructura y la distribución de la población y asegurar que los mexicanos participen de los beneficios del desarrollo económico y social.

La idea de una educación centrada en los aspectos reproductivos y demográficos fue difundida por las instituciones de salud y de enseñanza formal.

Aun en esta circunstancia existió reacción negativa de algunos grupos conservadores pero no lograron impedir la continuidad de las acciones.

A fines de los ochenta cuando las condiciones propician una nueva voluntad hacia la educación sexual el SIDA y las presiones económicas de los grupos juveniles que aumentan la amenaza de una enfermedad mortal ligada a la vida sexual rompe las resistencias aun existentes y conforma la necesidad urgente de transformar los comportamientos hacia practicas sexuales "mas seguras", señalando como principal estrategia preventiva la educación sexual.

Con todas estas estrategias según la encuesta sobre fecundidad y salud realizada en 1987 deja claro que se han modificado la dinámica y el volumen de la población al descender la tasa de crecimiento, que los grupos de menor edad disminuyen y que han aumentado las generaciones de adolescentes y jóvenes que habían nacido antes del descenso.

Este análisis llevo a considerar que de los grupos no cubiertos nos llevan a considerar otros factores relacionados: la edad temprana en que se inicia la maternidad de las mujeres mexicanas considerando que el 15% de los nacimientos anuales son de madres adolescentes, la actividad sexual de un 11,8% en los grupos de 15 a 19 años los altos índices de mortalidad en las zonas rurales, así como la relación de la fecundidad con los niveles de escolaridad, con todo esto se evidencia la insuficiencia de los programas de educación sexual y la canalización de los mismos a las zonas que mas lo requieren como la rural.

Con todo esto los logros obtenidos hasta el momento por parte de instituciones gubernamentales son enormes en comparación del inicio de esta revolución en pro de la educación sexual y se sigue luchando para que incluyan temas y asignaturas que vayan mas allá de los temas biológicos para que se apoye el desarrollo y la difusión de materiales educativos y para capacitar a mas

de 500,000 maestros así como la extensión de esta educación hacia las áreas marginales y no escolarizados.

### Salud sexual.

Los países han estado creciendo a un ritmo acelerado como se indicó anteriormente y no al paso que la educación sexual lo ha hecho sabemos que la población del mundo es sustancialmente joven. Con excepción de los países ricos que ha superado la transición demográfica y se enfrentan al envejecimiento de su población.

Se ha exagerado con frecuencia el cambio de los patrones conductuales relacionados con la sexualidad, sobre todo en cuanto al inicio de la vida sexual por ejemplo en México según los últimos estudios comprueban que sigue habiendo una relación estrecha entre vida sexual y vida conyugal hay un periodo muy corto de tiempo entre la primera relación sexual y el inicio de la vida en pareja; en áreas rurales de México es de dos meses y en áreas urbanas de tres meses.

Existe un lazo profundo entre la construcción social de la sexualidad femenina y la procreación. La valoración de lo femenino en culturas como la mexicana y varias otras de América latina, herederas de la cultura mediterránea se basa en la conyugalidad y en la maternidad. En contraparte existe una valoración muy negativa de la sexualidad femenina no procreativa y del placer femenino en general. No se acepta que una joven que apenas inicia su vida sexual no tenga intenciones procreativas. Se ha llegado a aceptar que no se quieran mas hijos cuando se tienen varios. Pero no al inicio de la vida sexual, el hecho de que una

joven pida a su pareja el uso de l preservativo implicaría que la joven quiere la relación sexual simplemente por el placer y esto no es bien visto socialmente.

Las percepciones de los jóvenes refuerza el patrón de valoración de la sexualidad femenina solo a través de la procreación, los jóvenes no valoran a las mujeres que tienen relaciones con ellos sin un proyecto de matrimonio; valoran a las que no han tenido relaciones sexuales o que las tienen dentro de un proyecto matrimonial, la modificación de esto patrones tan arraigados supone un cambio cultural revolucionario, pasar de la cultura de la reproducción compulsiva a la cultura de la salud sexual.

Esta cultura es herencia de épocas pretéritas, cuando la sobrevivencia de la especie humana estaba en peligro.

Características sociofamiliares y consecuencias en la salud materno infantil del embarazo en edad adolescente.

La adolescencia como ya lo hemos visto es una etapa por demás de alta incidencia de riesgos entre otros son el embarazo esta edad temprana y precoz que conlleva problemas ya observados entre estos destacan los accidentes, la farmacodependencia, el embarazo no deseado y los suicidios, considerando que el crecimiento demográfico a incidido en cambios de vida y los desequilibrios socioeconómicos han facilitado la presencia de entidades como problemas de crecimiento y desarrollo, trastornos de conducta, afecciones emocionales, problemas de aprendizaje, embarazos adolescentes y la crianza de los hijos.

La características sociofamiliares que inciden en el embarazo de la adolescente son la unión libre, solteras y un pequeño numero de casadas se debe

también que la escolaridad en las mismas es baja, que la ocupación de las jóvenes son primordialmente escolares en el momento del embarazo y después del mismo, su ocupación es el hogar un porcentaje bajo continúan en la escuela y un pequeño número se incorporaron a la productividad laboral.

La situación de inestabilidad en la estructura familiar económica predispone a las consecuencias psicosociales de los hijos de los padres adolescentes familia numerosa desnutrición adquirida en los hijos negligencia en su cuidado y repercusiones en su desarrollo físico y psicológico. En la adolescencia los grados de madurez biológica y psicológica se manifiestan así mismos con distinta intensidad en cada adolescente. Considerando que el desarrollo humano es el proceso dinámico que se establece entre los procesos biológicos y la influencia que el individuo recibe del medio que lo rodea, se comprende la adolescencia como un periodo crítico y a la vez vulnerable en la cual los factores de riesgo pueden alterar negativamente dicho proceso. Por tal motivo se considera a la adolescente embarazada altamente vulnerable y sometida a la presión de factores de riesgo propios derivados de un embarazo y una maternidad. Para la joven un embarazo supone tener que cuidarse a sí misma así como de su hijo cuando todavía no existe la independencia del cuidado en la mayoría de los casos y se enfrentan a la responsabilidad de cuidar a otra persona en este caso es su hijo provocando con esto la interrupción de su vida individual como es el trabajo el estudio que a causa de su nueva situación se ven interrumpidos y que difícilmente podrá recuperarse después; además existe otro factor que es la familia de la adolescente que en la mayoría de los casos se efectúa una ruptura aumentando con esto los factores de riesgo que atacan la vulnerabilidad del adolescente además la responsabilidad de los cuidados y las

atenciones de posparto, pediátricas y puerperales todo esto sobrecargan a la adolescente de excesiva responsabilidad complicándole la vida por los motivos antes expuestos el embarazo en las adolescente es considerado como un problema sanitario con repercusiones evidentes de tipo social representando a la vez repercusiones de tipo psicológico a la madre joven. Es bien sabido que las jóvenes que se embarazan con las que no se embarazan presentan la misma problemática y considerando que todos estos factores de riesgos que enfrenta la adolescente se ven propiciado por problemas de conducta de los padres influenciado todo esto por la cultura de la familia siendo la figura paterna la mayor de las veces la causante de estos problemas de identidad de la joven, también existen problemas en la joven ocasionados por el alejamiento de la madre y la falta de convivencia íntima entre ambas muchas veces ocasionado por la falta de tiempo que la madre tiene para estar con su hija por su misma necesidad económica así la dificultad de relación con la madre provoca un distanciamiento y obliga a una falta de contención, de dificultad para pensar y esperar, para observar e intentar entender el mundo emocional, dando la apariencia de superficialidad, de dificultad para entender las emociones, de cierta indiferencia a lo que suceda a su alrededor, así mismo el alejamiento de la madre impide que la joven la tenga como confidente y amiga y principalmente como madre que pueda orientarla y suministrarle conocimientos y ayuda cuando lo necesite y en la que pueda apoyarse y la joven puede vivir esta situación con un sentimiento de abandono y desamparo de que a nadie le importa, ya que existe una conflictividad importante a su alrededor, también vale la pena recordar que los padres en ocasiones viven inmersos en sus propios conflictos emocionales o dificultades de la vida diaria que no les permiten darse cuenta del desarrollo biopsíquico y social

de su hija que se traduce en una educación rígida como una reacción para paliar la incontinencia Afectiva de la joven. En general se observa que las jóvenes madres sienten a sus padres más restrictivos y controladores que las jóvenes que no son madres, además considerando que su infancia en términos generales fue peor para las jóvenes madres que para las no madres todo esto por los acontecimientos que vivieron, la joven madre puede haber interiorizado el sentimiento de que no ser querida de que no es importante en su hogar parental y por todo ello busca su salvación en la construcción del suyo propio al precio que sea es decir engendrando a edad temprana a un nuevo ser sin pensar en las dificultades a que se verá expuesta y la huella que dejará en su vida.

Existen acontecimientos virtuales o situaciones estresantes que sufre la adolescente como son: muerte del cónyuge, separación, divorcio, matrimonio, reconciliación, rotura del noviazgo, enamorarse o iniciar una relación íntima, embarazo deseado, embarazo no deseado, aborto provocado, aborto no deseado, relación sexual al margen del matrimonio, ruptura de la relación sexual, dificultades sexuales, dificultades en la relación con los hijos, niños bajo el cuidado de otros etc.

Es decir al periodo vital que debe vivir la adolescente se le añaden una serie de acontecimientos que ha de afrontar con escasa ayuda por parte de su entorno a causa de su maternidad.

Obviamente que todo esto dependerá del entorno así como de su capacidad y características individuales de cada chica es decir la valoración subjetiva que haga de los acontecimientos como decíamos anteriormente a la

preparación que se tenga para enfrentar la vida dependiendo de las características de vida y educación que se haya recibido en el seno materno.

Según el primer punto la pérdida del esposo o no contar con el, les hace enfrentar la maternidad solas, o cuando tienen parejas esporádicas que en cuanto se enteran de la maternidad de ellas las abandonan ya que no desean un compromiso, solamente un grupo pequeño sigue con ellas normalmente cuando son compañeros mayor de edad.

El punto del matrimonio sabemos que los padres ejercen una influencia en la realización de estos matrimonios cuando se enteran de la pronta maternidad de sus hijas o cuando ellas al tratar de sustituir su hogar paterno mal cimentados se casan pero en forma inmadura e impulsiva sin pensar en las consecuencias lo cual ocasiona que fracasen en poco tiempo ,sumando el malestar físico al psicológico ,de la ruptura del noviazgo se da en el momento de la existencia del embarazo .

En conclusión todos estos factores nos indican que el embarazo deseado o no deseado durante la etapa de la adolescencia es un factor estresante que cambia notablemente la vida de las jóvenes y se considera a la familia, la escuela , el grupo a que pertenecen el medio social los factores de influencia mayor en la conducta que toman ante la posibilidad de un embarazo o el embarazo mismo y la actitud que tomaran al respecto del mismo.

Una vez que la adolescente tienen un embarazo y ha dado a luz se encuentra ante la evidencia de que debe encargarse como se dijo anteriormente



de otro ser con sus consabidas dificultades como son ser aceptada por la familia, acudir a un centro de ayuda a jóvenes madres, cuidar ella sola a su hijo, o darlo al cuidado de otros.

Si la joven madre es aceptada por su familia de hecho en primer momento contaría con un soporte pero sigue con la responsabilidad de ser una madre sola que tiene que atender y desarrollar a su hijo, a nivel legal la situación es la siguiente, a joven es menor de edad necesitara permiso para dar sus apellidos a su hijo, pudiendo invertarlos quedando reconocidos legalmente, en algunos casos los abuelo se convierten paulatinamente en padres del nieto siendo una situación legal un tanto confusa en cuanto a roles se le obliga a aceptar a su propio hijo como su hermano. Cuando la madre se acerca a instituciones que le proporcionaran atención en cuanto lo requiera, en este caso la madre adolescente estará en manos de profesionales que cuidaran su estado físico psicológico y social hasta que ella pueda reintegrarse a la sociedad en mejores condiciones para su desarrollo, en el caso de que la madre se haga cargo de la responsabilidad que conlleva cuidar a un niño se encontrara con dificultades para conseguir trabajo bien remunerado debido a su bajo nivel de escolarización y poca cualificación, además tiene necesidad de información y asesoramiento, así como dificultad para conciliar una actividad fuera de la casa con el cuidado de su hijo ya que es difícil que se le otorgue el tiempo para asistir a un trabajo ya que necesita cuidar del pequeño hijo además se sentirá aislada ya que no tendrá la oportunidad de convivencia con nadie por sus múltiples responsabilidades .

Existen casos en que la adolescente siente que no es posible dedicarse a cuidado de su menor hijo y convenía en darlo en adopción que en la mayoría de los casos se hacen al margen de la ley y con los consabidos riesgo de salud física y psicológica por la mala atención del parto debido esto a que implica una formalidad legal muy complicada para llevar a cabo la adopción legal por tal motivo se decide a realizarlo en forma ilegal

## 11. COMUNICACIÓN FAMILIAR

El ser humano desarrolla la capacidad de comunicación dentro de su núcleo familiar; en el aprende a entender mensajes emitidos por los diferentes integrantes de la familia lo cual da herramientas para interactuar con el resto de los miembros de la familia y posteriormente con su entorno social.

Por tal motivo se dice que la comunicación es un proceso continuo de expresión de las necesidades y sentimientos de cada individuo mediante el cual emitimos y recibimos mensajes y actuamos a ellos en diversas forma de acuerdo a nuestra información que se ha adquirido mucha de ellas a través de la experiencia, para que se lleve a cabo la comunicación es necesario que existan dos elementos como son el emisor y el receptor también existen diversas formas de expresión de la comunicación como son el llanto la voz, las expresiones corporales, las gesticulaciones a través del cuerpo, el sonido el silencio, además de todas las artes que es un forma de expresión y comunicación etc. de ahí la importancia de que el niño reciba la atención necesaria en la expresión de sus necesidades y sentimientos a través de la multiplicidad de la comunicación .

La forma de relación entre padres e hijos a través de la comunicación dará la pauta para que el individuo construya su marco de referencia en cuanto a la conformación de su conducta sus valores y normas básicas para el desarrollo del individuo en forma integral y así mismo aprenderá el concepto de autoridad y la forma de comunicar sus necesidades.

---

<sup>11</sup> AGUILAR gil j.a. PROBLEMA DE LA SEXUALIDAD ANTOLOGIA DE LA SEXUALIDAD. PAG 238  
- 240

Una de las etapas críticas de la familia se presenta cuando se presenta la adolescencia en los hijos, aun en las familias que hasta este momento habían tenido una comunicación plena y por lo consiguiente un buen equilibrio familiar en ese momento se pierde y se enfrentan muchas dificultades para recuperarlo recibiendo por ambas parte afectación emocional pero a través de una comunicación que fomente la individualidad de cada uno de los integrantes es posible recuperarla retomando el camino de acuerdo a las modificaciones que se presenten en ese momento esto quiere decir que siempre es necesario estar pendiente de los cambios para corregir el camino y evitar la perdida de la comunicación con los adolescentes.

Para lograrlo es necesario que se reconozca que muchas veces son los padres los que necesitan el apoyo, pues experimentan tanta inestabilidad como sus hijos adolescentes, pero deben entender el proceso que sus hijos están viviendo, quizá estos problemas en los adultos se presentan por que tal vez ellos no vivieron su propia adolescencia como hubieran querido o quizá haya sido difícil terminarla y asumir el papel de adultos y propicia la competencia con los hijos, la envidia o la lucha por el poder, además el despertar sexual de los hijos evidencia la sexualidad de los padres lo cual se vive como un enfrentamiento.

Estas y otras actitudes dan origen a la conflictiva familiar cuando no existe posibilidad de negociación el adolescente busca a una persona o cosa que pueda rescatarlo de esos sentimientos encontrados y que lo confunden y piensa en huir de la casa o en otros casos refugiarse en las adicciones o comprometerse en un matrimonio precoz, iniciar un embarazo que sustituya y satisfaga su necesidad de compañía que sería en lo mejor de los casos.

De acuerdo con los valores y pautas que establece cada sociedad, la familia podrá crear sus propios patrones, normas y reglas que le permitan lograr la interacción efectiva, promover la capacidad de decisión y negociar los problemas.

Los patrones familiares deberán ser dinámicos para adaptarse a los cambios que se requieran en los diversos momentos que vive la familia.

El crecimiento de los hijos es un factor importante para cambiar las reglas de la familia. cada etapa que alcanzan los hijos presenta desafíos que obligan a buscar nuevos patrones de relación y en consecuencia, de comunicación.

Una de las etapas críticas de la familia se presenta cuando los hijos llegan a la adolescencia. Muchas de las familias que hasta entonces hablan mantenido una buena comunicación, y por tanto un equilibrio familiar, en ese momento la pierden y les es difícil recuperarla. en ocasiones los resultados son negativos para padres e hijos, sin embargo es posible lograr una nueva forma de comunicación que permita la independencia de cada uno de los integrantes, si hay disposición y respeto de las partes en conflicto..

Durante la adolescencia es crucial la búsqueda de la identidad, esto hace que el cuestionamiento y la rebeldía sean necesarios en esta etapa. La religión, la sociedad , la política, las normas establecidas en casa, la sexualidad, etc, son jerarquizadas en un nuevo panorama que puede o no coincidir con la posición de los adultos.

Los sentimientos del adolescente son ambivalentes, en ocasiones se siente niño y en otras adulto, y con esta misma ambivalencia es tratado por las personas mayores . el y la joven necesitan diferenciarse y aceptarse como individuos con actividades e ideas propias, diferentes de las de sus padres , para lograrlo se

requiere "romper los ídolos" ,lo cual resulta muy doloroso y poco soportable para los padres .

Es importante tener en cuenta que muchas veces son los padres los que necesitan apoyo, ya que se hayan tan inestables como sus hijos adolescentes; sin embargo deben entender el proceso que estan viviendo sus hijos. Tal vez ellos no pudieron vivir su propia adolescencia como hubieran querido, o quizá les ha sido difícil terminarla y asumir el papel de adultos. Esto da como resultado que surja competencia con los hijos, envidia o lucha por el poder.

Además el despertar sexual de los hijos evidencia la sexualidad de los padres lo cual se vive como un enfrentamiento.

Estas y otras actitudes que se presentan en esta etapa dan origen a la conflictiva familiar. cuando no hay posibilidad de solución o negociación, el o la adolescente busca algo o alguien que lo pueda rescatar. En estas circunstancias piensa en huir de casa con un amigo, llevar a cabo un matrimonio precoz, tener un embarazo que sustituya su necesidad de compañía o escapar de la situación intolerable por medio de la droga o el alcohol, o también inclinarse hacia una conducta delictiva como muestra de inconformidad.

La conflictiva que se presenta en las familias, así como sus formas de resolución, dependen del tipo de interacción y comunicación que se de entre sus miembros. las repercusiones de la dinámica familiar en el o la adolescente pueden tener diversas modalidades de acuerdo con el tipo de familia de que se trate.

Sabemos que las familias son dinámicas y sus características se mezclan sin embargo se pueden clasificar con fines didácticos en :

### **Familia rígida**

En este tipo de familia los adultos no permiten nuevas opciones, se les hacen muy difíciles los momentos en que los cambios son necesarios, insisten en mantener los modales anteriores de interacción y son capaces de aceptar que sus hijos han crecido y tienen nuevas necesidades.

Ante esta situación a los adolescentes no les queda otra salida que someterse, con toda la carga de frustración que esto implica, o rebelarse en forma drástica y destructiva.

### **Familia sobreprotectora**

En este tipo de familia se observa en los padres alto grado de preocupación por brindar toda clase de protección y bienestar a sus hijos, al grado de hacer esfuerzos desproporcionados por darles todo. La sobreprotección retrasa el desarrollo de la autonomía, de la competencia y del crecimiento del adolescente, lo que lo hace indefenso, incompetente e inseguro.

### **Familia amalgamada**

En estas familias el bienestar depende de que todas las actividades se hagan en conjunto, por lo que se impide cualquier intento de individualización. No hay respeto a la privacidad. Para el adolescente es difícil vivir esta situación porque su necesidad de independencia y los intentos por lograrla representan una amenaza para los demás miembros.

### **Familia evitadora de conflictos**

Estas familias tienen muy baja tolerancia al conflicto, están integradas por personas con poca autocrítica que no aceptan la existencia de problemas, y por tanto no permiten el enfrentamiento ni la solución de los mismos. Los adolescentes no aprenden a tratar y negociar las situaciones y con frecuencia no soportan la represión y explotan, causando una crisis familiar totalmente sorpresiva.

### **Familia centrada en los hijos**

En este caso, uno de los hijos hace el papel del padre que hace falta, sustituyendo muchas veces el rol de la pareja ausente. Al desempeñar un papel que no le corresponde, el adolescente no vive como tal y se comporta como adulto, asumiendo muchos problemas y responsabilidades. Es probable que cuando sea mayor viva su adolescencia de manera extemporánea.

### **La familia con un solo padre**

En este caso, uno de los hijos hace el papel del padre que hace falta, sustituyendo muchas veces el rol de la pareja ausente. Al desempeñar un papel que no le corresponde, el adolescente no vive como tal y se comporta como adulto, asumiendo muchos problemas y responsabilidades. Es probable que cuando sea mayor viva su adolescencia de manera extemporánea.



## **La familia pseudodemocratica**

Es aquella en la cual los padres son incapaces de ejercer disciplina sobre los hijos, con la excusa de ser flexibles no logran ponerles los límites necesarios y permiten que hagan lo que quieren. El símbolo de autoridad es confuso, el adolescente se manifiesta con una competitividad desmedida, destructiva y sin límites.

## **Familia inestable**

En este tipo de familia las metas son inseguras, difusas y no se planean, se improvisan. El adolescente es inseguro, desconfiado, temeroso y experimenta gran dificultad en el desarrollo de su identidad.

En el medio familiar deberán crearse nuevas formas de transacción conforme las necesidades del adolescente vayan transformándose es necesario que tanto los padres como los adolescentes aprendan a comunicar adecuadamente sus sentimientos a expresarlos de manera honesta y sin agresión, cuidando la forma de transmitir el mensaje, es decir utilizando un lenguaje verbal preciso y congruente es importante conocer, por ejemplo, el beneficio de iniciar un diálogo con el pronombre yo y asumir así la responsabilidad de lo que se expresa, o bien cambiar la forma de ordenar por me gustaría. La finalidad es hacer más efectiva la comunicación y evitar los ruidos que tanto dificultan el entendimiento y la comprensión entre los miembros de la familia.

Si el proceso de comunicación se lleva a cabo de manera eficaz, los hijos podrán sentir la confianza de expresar sus sentimientos, de acercarse a plantear sus dudas y de solicitar orientación ante sus interrogantes.

Ante la crisis , la familia tiene la posibilidad de restablecer el equilibrio si logra modificar su forma de comunicación, con el objeto de facilitar la readaptación de las relaciones familiares ante la búsqueda de independencia e identidad de los y las adolescentes .por le contrario , si se cierran los canales de comunicación se creara una resistencia al cambio con resultados negativos para la familia y concretamente para el adolescente, que inicia una nueva vida.

Podríamos concluir señalando que la conducta del adolescente no solo depende de su personalidad y de la etapa que esta viviendo, sino que además reflejan la interrelacion-comunicación que se da en su familia.

## 12. DESARROLLO DEL RECIEN NACIDO HASTA SU SEGUNDO AÑO DE VIDA

### EL PRIMER AÑO.-

Durante el primer año de su vida. El niño crece físicamente madura, adquiere competencias y se reorganiza psicológicamente de una forma muy rápida.

Estos cambios no se producen de manera uniforme a lo largo del tiempo sino que más bien, ocurren en brotes discontinuos que modifica cualitativamente el comportamiento del niño.

### EDAD DE 0 A 2 MESES

Los recién nacidos y sus padres establecen una importante interacción social que constituye la base para el desarrollo cognitivo y emocional.

**DESARROLLO FISICO.** Durante la primera semana de vida, el peso del recién nacido puede disminuir en un 10% en relación con el del nacimiento debido a la excreción del exceso del líquido extravascular y, posiblemente, a una ingesta escasa. Esta última mejora a medida que el calostro es sustituido por leche de mayor contenido en grasa, cuando los lactantes aprenden a succionar de un modo más eficaz y las madres se habitúan a las técnicas de alimentación. Los lactantes deben volver a ganar o superar el peso neonatal a las dos semanas y, a partir de ese momento, deben crecer a un ritmo de alrededor de 30 gramos día durante el primer mes.

Los movimientos son, en su mayor parte incontrolados, con la excepción de

<sup>12</sup> DESARROLLO DEL RECIEN NACIDO. BEHERMAN E richard md et. al. TRATADO DE PEDRIATRIA. Nelson vol1 PAG 156 - 162 MARTINEZ martinez La salud del niño y el adolescente pag 371-378

La mirada. El giro de la cabeza y la succión. La sonrisa es involuntaria, el llanto se produce como respuesta a estímulos que pueden ser obvios (un pañal sucio ) pero que a menudo son oscuros.

La maduración nerviosa hace que los periodos de sueño se consoliden en bloques cada vez más largos, También intervienen en ello el aprendizaje. Los lactantes cuyos padres son más interactivos de manera constante y los estimulan durante el día aprenden a concentrar su sueño durante la noche. Hacia los dos meses de edad, casi todos los lactantes se despiertan brevemente dos o tres veces para alimentarse algunos duermen 6 horas seguidas o más.

**DESARROLLO COGNITIVO.** Los cuidados dispensados al niño constituyen un conjunto de estímulos visuales, táctiles, olfativos y auditivos y todos ellos desempeñan un papel importante en el desarrollo de su cognición, los niños se acostumbran a los estímulos familiares.

**DESARROLLO EMOCIONAL.** La confianza básica. El primero de los estadios psicosociales de Eriksón, se desarrolla a medida que el lactante aprende que sus necesidades urgentes son atendidas de forma regular. La disponibilidad constante de un adulto en quien confiar crea las condiciones para un vínculo Seguro. Los lactantes a los que se les sostiene en los brazos siempre como respuesta a sus demandas, llora menos cuando alcanzan 1 año de vida y a los dos años muestran un comportamiento menos agresivo.

El significado emocional de cualquier experiencia depende del temperamento individual del niño y de las respuestas de sus padres. Considérese el impacto

de las distintas pautas de alimentación, el hambre genera un aumento de la tensión, cuando la necesidad alcanza su máximo, el niño llora, la madre llega con el pecho o biberón y la tensión se disipa. Los lactantes alimentados " a demanda" experimentan de forma constante esta relación entre su malestar la llegada de la madre y el alivio de su hambre.

E la misma forma los lactantes alimentados según la conveniencia de los padres, sin prestar atención alguna al hambre del niño ni a un horario fijo, no pueden experimentar la alimentación como una reducción placentera de la tensión. A menudo, estos niños son más irritables y sufren inestabilidad psicológica (babeo, diarrea, escasa ganancia de peso), y es posible que después presenten problemas de comportamiento

## **EDAD DE 2 A 6 MESES**

Hacia los dos meses, la aparición de sonrisas voluntarias (sociales) y el aumento del contacto ocular marca un cambio en la relación paternofilial incrementando en los padres el sentimiento de que su amor es correspondido. En los meses siguientes aumentan de forma espectacular la magnitud del control motor y social y la participación cognitiva del niño. La regulación mutua adopta la forma de un complejo intercambio social.

**DESARROLLO FISICO.** Entre los 3 y 4 meses la velocidad del crecimiento disminuye aproximadamente 20g día. Los reflejos precoces que limitan los movimientos voluntarios la desaparición del reflejo tónico asimétrico del cuello significa que el niño puede girar sobre sí mismo y que puede comenzar a examinar los objetos situados en la línea media y a manipularlo con ambas manos. La desaparición del reflejo de presión les permite tanto sostener

Objetos como dejarlo de forma voluntaria. El mayor control de la flexión del tronco permite el giro intencionado mejor el control de la cabeza lo que permite que el niño mire alrededor de las cosas y no solamente a ellas.

Las necesidades totales de sueño son de unas 14 a 16 horas al día, de que las que 9 a 10 se concentran durante la noche, alrededor de 70% de los niños duermen de 6 a 8 horas seguidas cuando alcanzan los 6 meses de vida.

**DESARROLLO COGNITIVO.** El efecto global de estos desarrollos es el cambio cualitativo del niño. A los lactantes de 4 meses se les describe como socialmente "salido del cascarón " e interesados por un mundo más amplio, durante la alimentación ya no mira exclusivamente a la madre, sino que se distraen, en brazos de la madre el lactante puede girar por completo y prefiere dirigir la para el exterior. A esta edad los niños exploran también sus propios cuerpos, estas exploraciones representan un estadio inicial en el conocimiento de causa y efecto, ya que el lactante aprende que los movimientos de los músculos voluntarios generan sensaciones táctiles y visuales predecibles.

**DESARROLLO EMOCIONAL Y COMUNICACIÓN.** El niño que mira hacia fuera establece interacciones de complejidad y amplitud creciente. Las emociones primarias de ira, alegría, interés, miedo, disgusto y sorpresa aparecen en sus contextos adecuados manifestándose mediante expresiones faciales claras. Cara a cara con un adulto de confianza, el lactante comparte con él expresiones afectivas en el 30% de las veces, la intensidad de su sonrisa, la abertura de los ojos y el fruncimiento de los lados suben y bajan juntos. Si la madre se aleja el lactante se inclina hacia ella, la alcanza o trata de alguna manera de que el adulto vuelva a participar de nuevo si no lo consigue llora con

rabia.

Los lactantes de padres deprimidos muestran un patrón distinto, dedican menos tiempo a los movimientos coordinados con sus padres y hacen menos esfuerzos para volver a captar su atención. Cuando los padres no están disponibles, en lugar de rabia muestran tristezas y una pérdida de energía.

Este comportamiento cara a cara revela la capacidad del lactante para compartir estados emocionales, lo que constituye el primer paso en el desarrollo de la comunicación.

#### **EDAD DE 6 A 12 MESES**

**En los meses 6 a 12 se produce un aumento de la movilidad y de la exploración**

del mundo inanimado, avances en la comprensión cognitiva y en la competencia comunicativa y nuevas tensiones relacionadas con los temas de vínculo y separación. El lactante desarrolla deseos e intenciones, características bien recibidas por la mayoría de los padres, pero que siguen considerando difíciles de manejar.

**DESARROLLO FISICO.** El crecimiento se hace aún más lento. La capacidad para sentarse sin apoyo (alrededor de los 7 meses) y para girar mientras está sentado (alrededor de los 9 a 10 meses) proporciona al niño mayores oportunidades para manipular varios objetos al mismo tiempo y para experimentar con nuevas combinaciones de objetos.

Muchos niños comienzan a gatear y tratar de levantarse hacia los 8 meses y

caminan antes de su primer cumpleaños. Ya sea de forma independiente o con un andador. Estos logros deambulatorios amplían la capacidad exploradora del niño y crean nuevos peligros físicos, así como oportunidades para aprender.

Se produce la erupción de los dientes, que suelen comenzar con los incisivos centrales mandibulares

**DESARROLLO COGNITIVO.** En un principio, el niño se lleva todo a la boca; con el tiempo, los nuevos objetos son levantados, examinados, pasados de una mano a otra, golpeados, dejados caer y, por último, llevados a la boca. Cada acción representa una idea no verbal sobre para que sirven las cosas.

**DESARROLLO EMOCIONAL.** La aparición de la constancia del objeto conlleva un cambio cualitativo del desarrollo social y comunicativo. El lactante mira a un lado y a otro a un extraño que se aproxima y a su madre como si comparara lo conocido con lo no conocido y quizá se agarra la madre y llora con ansiedad. Al mismo tiempo surge una nueva demanda de autonomía. El niño deja de consentir en ser alimentado, girando la cabeza cuando se aproxima la cuchara o insiste en sostenerle el mismo. La autoalimentación con los dedos le permite ejercitar sus habilidades motoras finas recién adquiridas, y esta puede ser la única forma de conseguir que el niño coma. Las rabietas hacen su primera aparición cuando los impulsos de autonomía y aprendizaje chocan con los controles paternos y con las limitaciones de las habilidades del propio niño.

**COMUNICACIÓN.** A los 7 meses, el niño es un adepto a la comunicación no verbal, expresa una amplia gama de emociones y responde al tono vocal y a las expresiones faciales. Hacia los 9 meses comienza a darse cuenta de que puede compartir sus emociones con otras personas.



Entre los 8 y 10 meses, el balbuceo adquiere una nueva complejidad, con sílabas múltiples.

## EL SEGUNDO AÑO.-

Aproximadamente a los 18 meses de edad, la aparición del pensamiento simbólico determina una reorganización del comportamiento con implicaciones en múltiples dominios del desarrollo.

### EDAD DE 12 A 18 MESES.

**DESARROLLO FISICO.** La velocidad del crecimiento disminuye aún más durante el segundo año de vida y lo mismo sucede con el apetito.

Casi todos los niños comienzan a andar solos alrededor de su primer cumpleaños, aunque algunos no lo hacen hasta los 15 meses. Los lactantes muy activos y atrevidos tienden a andar antes, mientras que los menos activos más tímidos lo hacen más tarde. La marcha precoz no se asocia a un desarrollo avanzado en otros dominios.

**DESARROLLO COGNITIVO.** La maduración casi completa de la capacidad de alcanzar, asir y dejar objetos, junto con la adquisición de la marcha, que permite el acceso a las cosas interesantes, hacen que se acelere la exploración.

**DESARROLLO EMOCIONAL.** Los lactantes cuyo desarrollo se acerca al hito de sus primeros pasos pueden ser irritables. Una vez que comienzan a andar, su estado de ánimo predominante sufre un gran cambio.

**DESARROLLO LINGUISTICO.** El lenguaje receptivo precede al expresivo. En el momento que el niño dice sus primeras palabras, hacia los 12 meses de edad, ya responde de manera adecuada a algunas frases simples como "no" "adiós" " dame. Hacia los 15 meses, el niño medio señala las partes principales de su cuerpo y utiliza de forma espontanea y correcta entre cuatro y seis palabras, entre ellas ciertos nombres propios.

#### **EDAD DE 18 A 24 MESES.**

**DESARROLLO FISICO.** En esta edad el desarrollo motor es creciente, con mejoría del equilibrio, la agilidad y la aparición de la carrera, la capacidad para subir escaleras. La talla y el peso aumentan a velocidad constante, pero el crecimiento de la cabeza disminuye ligeramente.

**DESARROLLO COGNITIVO.** Hacia los 18 meses tienen lugar varios cambios cognitivos que, en conjunto marcan la conclusión del periodo sensitivo motor. Comprende mejor las causas y los efectos y muestra flexibilidad en la solución de problemas, por ejemplo utilizando un palo para alcanzar un juguete situado fuera de su alcance.

**DESARROLLO EMOCIONAL.** En muchos niños, la independencia relativa de los periodos precedentes aumenta el deseo de estar en brazos alrededor de los 18 meses. Este estadio, descrito como acercamiento, puede ser una reacción a la creciente sensación de la posibilidad de separación. A menudo la separación a la hora de irse a la cama es difícil, con frecuentes intentos y rabietas. Muchos niños

utilizan una sabana especial o un muñeco de trapo como objeto de transacción, algo que actúe como símbolo de los padres ausentes.

## **EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL MENOR DE 2 AÑOS**

### **DE 0 A 3 MESES**

- LENGUAJE:** Lloro, ríe, emite sonidos.
- SOCIAL:** Mira a la cara, sonríe espontáneamente.
- COORDINACION:** Sigue con la mirada objetos móviles, busca con la Mirada la fuente del sonido, mueve la cabeza y los Ojos en busca del sonido.
- MOTORA:** Boca abajo, levanta 45 grados la cabeza; traiciona Con los miembros superiores hasta sentarse; Mantiene erguida y firme la cabeza.

### **DE 4 A 6 MESES**

- LENGUAJE** Balbucea " da- da " " ma-ma ".
- SOCIAL:** atiende con interés al sonido, busca con la mirada la Fuente del sonido, sonríe espontáneamente.
- COORDINACION:** intenta la presión de objetos, presión global a mano Plena.
- MOTORA:** Eleva el tronco y la cabeza apoyándose en manos y Antebrazos, mantiene erguida y firme la cabeza, se Mantiene sentado con apoyo, se sienta solo sin apoyo

## **DE 7 A 9 MESES**

- LENGUAJE:** Lalea: " da-da" , " ma-ma "; " agu " ,utiliza  
Consonantes .
- SOCIAL:** encuentra objetos que se le ocultan bajo el pañal,  
es inicialmente tímido con extraños.
- COORDINACION:** Presión entre la base del pulgar y el meñique,  
Presión entre el pulgar y la base del dedo índice,  
Presión en pinza fina, opone el índice al pulgar.
- MOTORA:** Se sienta solo sin apoyo, consigue pararse apoyado  
En muebles, gatea, camina apoyado en muebles.

## **DE 10 A 12 MESES**

- LENGUAJE:** Dada, mamá, pan, agua, oso.
- SOCIAL:** Bebe en la taza, juega "palmitas" " tortillitas"; detiene  
la acción a la orden de ¡ NO ¡
- COORDINACION:** Presión en pinza fina, opone el índice al pulgar.
- MOTORA:** Gatea, camina apoyado en muebles, camina tomado  
de la mano.

## **DE 13 A 18 MESES**

- LENGUAJE:** Utiliza mas palabras.

- SOCIAL:** Se alimenta con cuchara derramando parte del contenido, se viste con ayuda, juega solo.
- COORDINACION:** Construye torres de 3 cubos, introduce objetos grandes en otros, introduce objetos pequeños en frascos.
- MOTORA:** Sube escaleras gateando; camina bien, solo, sin ayuda.

## **DE 19 A 24 MESES**

- LENGUAJE:** Señala alguna parte del cuerpo, cumple ordenes simples, nombra un dibujo.
- SOCIAL:** Se alimenta con cuchara derramando parte el contenido Ayuda a tareas simples de la casa, juega en paralelo.
- COORDINACION** Construye torres de 3 , 4 y 5 cubos.
- MOTORA:** ~ Patea la pelota, salta en el lugar, lanza la pelota, sube Escaleras con ayuda, sube escaleras tomado del Pasamanos.

## **CRITERIOS DE EVALUACION**

El grado del desarrollo psicomotor del niño se clasifica en :

**NORMAL.** Si ejecuta todas las conductas correspondientes a su edad cronológica.

**LIMITROFE.** Si no ejecuta todas las conductas correspondiente a su edad; ni las conductas correspondientes a la inmediata anterior.

**ANORMAL.** Si no ejecuta todas las conductas correspondientes a su edad; ni las conductas correspondientes a la inmediata anterior.

El control de la vigilancia del desarrollo psicomotor se realiza de acuerdo a los siguientes hallazgos:

- Cuando el desarrollo corresponde a su edad se debe dar orientación sobre técnicas de estimulación para favorecer el desarrollo y citar a consulta subsecuente con la periodicidad que se establece en esta norma.
- Si el desarrollo no corresponde a su edad pero si a la inmediata anterior, se debe dar orientación para favorecer el desarrollo del niño y citar a consulta subsecuente a las dos semanas siguientes al infante y tres meses después al preescolar; si no logra mejoría se refiere al segundo nivel de operación para su atención.
- Si el desarrollo no corresponde a su edad ni a la inmediata anterior, se refiere al segundo nivel de operación para su atención.

Fuente evaluación del desarrollo sicomotor del niño menor de cinco años (centro latinoamericano de perinatología y desarrollo humano CLAP – OPS / OMS).

## EXPLORACION FISICA DEL RECIEN NACIDO

Una buena exploración física en el recién nacido es elemental e indispensable para normar el criterio de diagnóstico y manejo del pequeño paciente. La somatometría nos permitirá descubrir anomalías de peso, talla, edad gestacional, trastornos nutricionales y algunas alteraciones congénitas como hidrocefalia, microcefalia, acondroplasia, etc.

Valores percentilares de la antropometría del recién nacido de 40 semanas.

	Masculino			Femenino		
Peso al nacer	2.720	3200	3700	2680	3.130	3600
Talla	49.0	51.0	53.0	49.0	51.0	52.5
P. cefálico	33.6 +- 1.5			33.5 +- 1.8		
P. torácico	31.1 +- 2.5			31.5 +- 2.2		
P. abdominal	28.1 +- 3.0			27.7 +- 2.5		

**ASPECTO GENERAL**

La observación del recién nacido es la parte más importante del examen físico, percibimos el estado de alerta y su aspecto que puede ser de enfermo o sano. Se evalúa su actitud, movilidad y llanto; si este es débil, indica depresión o daño cerebral y el tono muscular que debe ser suficiente para mantener los codos, las caderas y las rodillas flexionadas. Se observa también su actividad, malformaciones o heridas obvias, el tipo de respiración y el color de la piel que puede ser sonrosada, cianótica, ictericia, marmorea, con moteados o pálida.

**EXPLORACION NEUROLOGICA.**

Un estudio sistematizado del desarrollo neurológico del niño nos permitirá valorar su edad gestacional y también las condiciones anormales o patológicas del sistema nervioso del recién nacido. En el examen neurológico del R.N. se explora el tono pasivo, el tono activo y los reflejos.

El tono pasivo (muscular) está representando a la sinapsis neuromuscular, se explora actitud, ángulo del pie, mano, popliteo, y talón – oreja, así como el signo de la bufanda (se realiza con el niño en decúbito dorsal, pasando su extremidad superior alrededor del cuello hacia el lado contrario y observando si el codo pasa más de la línea media sin forzarlo).

El tono activo significa el establecimiento de la sinapsis neuromuscular, la mielinización de las vías y el impulso correcto de los estímulos nerviosos. Se explora paso de miembros superiores (reflejo del nadador) al estar el niño en decúbito ventral, enderezamiento de la cabeza, tronco y miembros inferiores así como movilidad.

Los reflejos que se exploran son: llanto, supraciliar, nociceptivo, succión deglución, búsqueda de los labios, moro, presión manual. contracción del brazo, contracción del hombro, marcha automática, se realiza tomando al niño por las axilas, dejándole recargar su cuerpo sobre sus pies ayudándolo con un suave impulso hacia delante, si el neonato camina de puntas o con la planta completa si es a término. Como se deduce se necesita mucha paciencia y delicadeza para ir valorando bien cada uno de los reflejos de los que solamente hemos descrito algunos de los más importantes.



## **CUIDADOS INMEDIATOS Y MEDIATOS AL RECIEN NACIDO**

El objetivo específico es, exponer el manejo adecuado del recién nacido, tanto en la sala de expulsión como en el cunero. Realizar una exploración física y neurológica adecuada que permita la identificación de normalidad o enfermedad. Saber instruir a la madre sobre los cuidados del recién nacido en el hogar.

### **Evaluación del apgar.**

Este sistema fue creado por la doctora Virginia Apgar en 1953 para evaluar en forma rápida, objetiva y cuantitativa la condición del niño, posterior al nacimiento. Aunque la gravedad de la asfixia puede estar cualitativamente asociada con esta evaluación, es posible que un niño tenga una calificación baja del apgar sin padecer asfixia.

En la actualidad se considera una medida útil para valorar la condición clínica del recién nacido al minuto y a los 5 minutos, así como un indicador de la respuesta clínicas a las medidas de reanimación.

## **LECHE MATERNA**

La leche materna es considerada " el estándar de oro " durante los primeros meses de la vida para la alimentación del recién nacido de término, se puede afirmar que cada uno de los nutrientes orgánicos considerados como necesarios, se encuentran representados en ella.

En la actualidad se tiene un nivel de conocimiento mas adecuado sobre los constituyentes de la leche materna, sus funciones y en general sobre el fenómeno de la lactancia.

**Lactancia materna** Hasta hace poco tiempo, la lactancia humana se había considerado un tópico bastante impreciso e inespecífico para justificar su estudio científico, y clínico.

Durante el establecimiento de la lactancia se producen tres tipos de leche

- a). Calostro
- b). Leche transicional y
- c). Leche madura.

**EL CALOSTRO.** Es un líquido amarillento o de apariencia cremosa, más espeso que la leche posterior y contiene más proteínas, vitaminas liposolubles y minerales. También tiene niveles altos de inmunoglobulina ( anticuerpos), los cuales son una fuente de inmunidad pasiva para el recién nacido.

**LA LECHE TRANSICIONAL.** Se produce desde el final de la producción del calostro hasta cerca de 2 semanas después del parto. Esta leche contiene niveles altos de grasa, lactosa, vitaminas hidrosolubles y más calorías que el calostro.

**LA LECHE MADURA.** Tiene un alto porcentaje de agua. Aunque es similar a la leche descremada. Sin embargo el porcentaje calórico que se deriva de la proteína es menor en la leche materna que en las fórmulas.

La American Academy of Pediatrics, recomienda la leche materna como el alimento óptimo para los primeros 4 a 6 meses de vida.

Las ventajas que brinda la leche materna a los recién nacidos y lactante casi siempre son inmunológicos, nutricionales y psicosociales.

**INMUNIZACIONES.**

Según Edsall, nunca en la historia del progreso humano se ha desarrollado un método mejor y más barato para prevenir enfermedades que la vacunación.

El objetivo de la vacunación en pediatría es proteger en forma específica a través del proceso de inmunización activa contra el grupo de enfermedades que tienen alta morbimortalidad. Para lograr el mayor beneficio se deben administrar los biológicos adecuados, a la edad oportuna y antes de la exposición a la enfermedad.

Durante el primer año de vida, el niño mexicano debe recibir las siguientes vacunas: Al nacimiento BCG y vacuna oral de la poliomielitis. Esta última se repetirá a los 2, 4 y 6 meses de edad, junto con la vacuna triple DPT; a los 12 meses de edad se aplica la vacuna antisarampion o desde los 6 meses de edad en casos necesarios.

Después de este esquema básico del primer año de vida, se aplicarán las siguientes dosis de refuerzo: a los 2 y 4 años de edad, sabin y DPT, la siguiente vacuna es a los 6 años de edad o al entrar a la escuela primaria con un refuerzo de la vacuna contra el sarampión.

## PAUTAS GENERALES PARA LLEVAR A CABO LA ABLACTACIÓN Y EL DESTETE.

Aunque existe mucha controversia para el tipo y la forma de llevar a cabo la ablactación, se recomiendan las siguientes pautas

- Se deberá iniciar con jugo y papilla preparada usando los alimentos básicos de la familia (varían de acuerdo a costumbres, disponibilidad, ubicación geográfica y costumbres), a base de tubérculos, verduras, vegetales y frutas.

- Algunos nutriólogos recomiendan ofrecer las frutas al final, por la posibilidad de una mejor aceptación del niño.
- Los jugos proporcionan sobre todo azúcares y son buena fuente de vitamina C. potasio y líquido deben ofrecerse en taza o cuchara.
- Los vegetales deberán cocinarse con poco agua, a fin de que conserven las vitaminas.
- Es importante que la papilla tenga una consistencia adecuada.
- Se deberá administrar al inicio un solo alimento. El tiempo para la introducción de un nuevo alimento será a razón de uno nuevo por semana, de esta forma se puede detectar intolerancia.
- Los alimentos picados deberán iniciarse al final del primer año de vida para promover la masticación

#### Factores que determinan el destete :

- No hay necesidad de suspender la alimentación al seno materno, si el bebe desea continuar, aun después de los 2 años.
- La mayoría de los niños suspenden voluntariamente la alimentación al seno materno entre el año y los 3 años. Este es el destete natural, si la madre decide suspender el amamantamiento deberá hacerlo poco a poco, se le deberá explicar que si ella desteta al niño súbitamente puede ocasionar problemas emocionales en el niño que originen que se niegue a comer otros alimentos, llegando inclusive a enfermar.

- La academia americana de pediatría recomienda no usar leche de vaca o formulas con poco hierro antes del año de edad.

El destete súbito es una causa frecuente de desnutrición.

Como realizar el destete.

- Aumentar el numero de comidas (diferentes al seno ), que el niño reciba entre 4 y 6 veces al día.
- Disminuir una de las mamadas diarias cada una a dos semanas durante tres meses.
- Suspender por ultimo el amamantamiento nocturno.

### **III. METODOLOGIA**

### **III. METODOLOGIA**

#### **1. HIPOTESIS GENERAL**

Las adolescentes que acuden al hospital general de Mazatlán Sinaloa a la atención prenatal y del parto, desconocían los riesgos biológicos, psicológicos y sociales que implica un embarazo en esta edad temprana de su vida.

#### **HIPOTESIS NULA**

Las adolescentes que acuden al hospital general, a la atención prenatal conocían los riesgos biológicos y sociales que implican un embarazo en esta edad temprana de su vida.

#### **2. VARIABLE INDEPENDIENTE**

- Participación de enfermería en la identificación de los factores de riesgo.
- nivel de conocimiento de, los factores de riesgo en el embarazo en edad temprana

#### **Nivel de Aplicación**

- Madres adolescentes que se atendieron de parto durante el año de 1998
- Familiares de madres adolescentes

### 3.- INDICADORES INDEPENDIENTES

**BIOLOGICOS**

- Edad
- Estado nutricional
- Antecedentes ginecológicos
- Patológicos
- Peso
- Talla

**PSICOLOGICOS**

- Aceptación
- Comunicación
- Violencia intrafamiliar
- Afecto
- Integración social y familiar
- Patología psicológica

**SOCIAL**

- Nivel socioeconómico
  - Distribución del ingreso familiar
  - Tipo de vivienda
- Aceptación
- Hacinamiento y promiscuidad
- Nivel educativo y cultural
- Religión
- Valores educativos y morales
- Estado civil

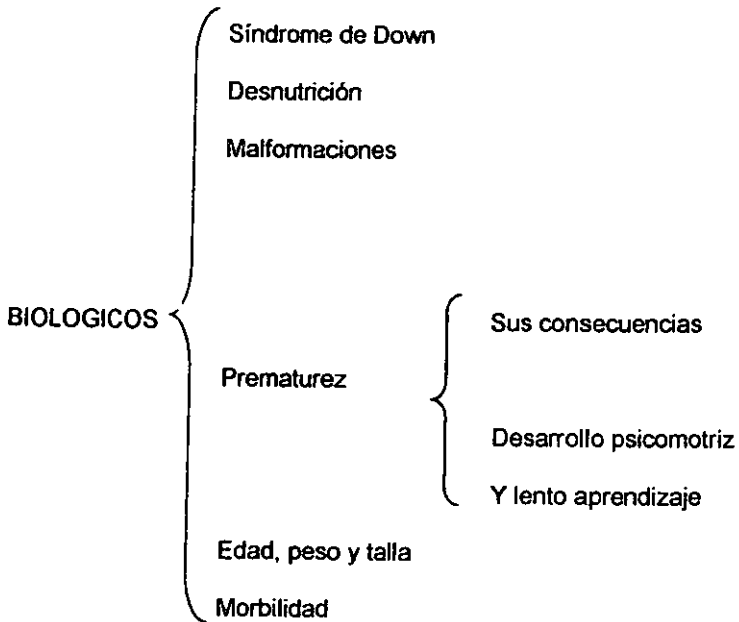


## VARIABLE DEPENDIENTE

- El Embarazo A Temprana Edad
- Nivel De Aplicación
- Recien Nacido Y Adolescente

## INDICADORES DEPENDIENTES

- INDICADORES RECIEN NACIDO



#### **4.- DISEÑO DE LA INVESTIGACION**

##### **TRANSVERSAL.-**

Porque nuestro estudio se efectuó para estudiar el nivel de conocimiento de los factores de riesgo de las adolescentes embarazadas que se atendieron en el Hospital General de Mazatlán, Sinaloa en un periodo de tiempo específico, (durante el año 1998).

##### **RETROSPECTIVO.-**

Se hizo este estudio retrospectivo de lo que ésta información de las madres adolescentes no es nuevo, y partimos de una serie de datos de lo que representa este problema con fundamento basado en los expedientes clínicos existentes en el Hospital General de Mazatlán, Sinaloa del año de 1998.

##### **PROSPECTIVO**

En base a la problemática de las madres adolescentes detectadas en el año de 1998 el estudio prospectivo nos dio las bases para poder participar y contribuir en la solución de este problema y realizamos el seguimiento al recién nacido hasta el primer año de vida.

## **5.- UNIVERSO**

El desarrollo de esta investigación se realizó en el Hospital General, Mazatlán, Sinaloa.

### **-POBLACION**

Adolescentes que recibieron atención obstétrica, en el año 1998 hijos y familiares.

### **-MUESTRA**

De una muestra de 1000 expedientes clínicos, se seleccionaron 300 de los mismo, revisados de la pacientes adolescentes embarazadas durante el año de 1998 y se aplicó la encuesta en el domicilio particular de cada una de las adolescentes y familiares, así como a su hijo, quedándonos una muestra seleccionada completa de 50 entrevistas realizadas.

## **6.- CRITERIO DE INCLUSION**

Adolescentes femeninas de 13 a 18 años de edad que se presentaron durante el periodo de estudio al Hospital General, Mazatlán, Sinaloa y que aceptaron participar en el estudio.

### **-CRITERIO DE NO INCLUSION**

Adolescentes que se rehusaron participar.

### **-CRITERIO DE EXCLUSION**

Las que no vivían en el domicilio, las que no les fueron permitidas por sus familiares cercanos, las que no proporcionaron información y las que no estaban en su domicilio en el momento de la visita para la encuesta.

**7. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
 SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA  
 SEDE HOSPITAL GENERAL  
 MAZATLAN, SINALOA  
 CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES**

CLAVE	DESCRIPCION	CLAVE	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
1	RECOPIACION BIBLIOGRAFIA	R R	R							
2	ELABORACION DE PROTOCOLO PROTOCOLO	R R		R						
3	PLANEACION	R			R					
4	APLICACIÓN DE ENCUESTAS	R				R	R			
5	TABULACION Y PRESENTACION DE RESULTADOS	R						R		
6	PRESENTACION DE LOS TRABAJOS INVESTIGACION	R							R	
7	ENVIAR EL TRABAJO A REVISIÓN	R								R

## **8.- RECURSOS**

El recurso que se utilizó para llevar a cabo la investigación, fue el del mismo equipo de trabajo y se utilizaron recursos propios del mismo equipo investigador.

## **9.- METODO DE RECOLECCION DE DATOS**

El método científico cuantitativo.

La técnica: dirigida por medio de la entrevista.

El instrumento: expediente, cuestionario y cédula.

## **IV.- ANALISIS ESTADISTICO**

**1.- Representación de datos obtenidos del expediente clínico de las adolescentes embarazadas, atendidas en el Hospital General de Mazatlán, durante el año de 1998.**

## **Conclusión estadística**

**Al recabar la información de los expedientes acerca de las adolescentes embarazadas que se atendieron de parto en el hospital general de Mazatlán durante el periodo de enero a diciembre de 1998, comprendimos que el campo ha investigar era muy amplio, por el numero tan importante que encontramos de expedientes clínicos siendo un total de 371.**

**La información contenida en los expedientes arrojó datos estadísticos para elaborar los cuadros representativos de la información que requeríamos acerca de las adolescentes..**

**Gran parte de la información se extrajo del expediente clínico porque al realizar la investigación nos dimos cuenta que el criterio de exclusión respecto de las adolescentes con domicilio fuera de la ciudad eran un total de 106 expedientes, y al realizar las visitas domiciliarias se presentó el segundo criterio de exclusión el que corresponde a las adolescentes que no se encontraban en su domicilio en el momento de la visita siendo un total de 143 ,se comprobó el tercer criterio de exclusión el correspondiente a domicilios mal documentados en el expediente siendo un total de 72 expedientes clínicos.**

**Realizándose al final un total de 50 visitas correspondientes a expedientes clínicos de adolescentes que se presentan a recibir atención de trabajo de parto al hospital general de Mazatlán .**



**1.- Representación de datos obtenidos del expediente clínico de las adolescentes embarazadas, atendidas en el Hospital General de Mazatlán, durante el año de 1998.**

CUADRO 1

Edades De Adolescentes Embarazadas

Edad	Foráneas	No se encontraron en su domicilio	No se visitaron	Encuestas realizadas	Total
13 años	3	0	0	0	3
14 años	7	8	6	1	22
15 años	11	6	8	6	31
16 años	16	31	13	10	70
17 años	32	43	18	14	107
18 años	37	55	27	19	138
Total	106	143	72	50	371

Fuente: Información obtenida del expediente clínico de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa en el año de 1998

CUADRO 2

Estado Civil De adolescentes Embarazadas

Edo. Civil	Foráneas	No se encontraron en su domicilio	No se visitaron	Encuestas realizadas	Total
Soltera	19	59	27	14	119
Casada	33	19	6	6	64
Unión Libre	54	64	39	29	186
Viuda	0	1	5	1	7
Total	106	143	77	50	376

Fuente: Información obtenida del expediente clínico de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa en el año de 1998

### CUADRO 3

#### Religión De adolescentes Embarazadas

Religión	Foráneas	No se encontraron en su domicilio	No se visitaron	Encuestas realizadas	Total
Católica	89	127	70	46	332
Cristiana	1	2	0	1	4
Sin Religión	16	14	2	3	35
Total	106	143	72	50	371

Fuente: Información obtenida del expediente clínico de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa en el año de 1998

#### CUADRO 4

##### Ocupación De adolescentes Embarazadas

Ocupación	Foráneas	No se encontraron en su domicilio	No se visitaron	Encuestas realizadas	Total
Ama de Casa	104	133	63	33	333
Empleada	1	2	6	12	21
Estudiante	1	8	3	5	17
Total	106	143	72	50	371

Fuente: Información obtenida del expediente clínico de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa en el año de 1998

CUADRO 5

Escolaridad De adolescentes Embarazadas

Escolaridad	Foráneas	No se encontraron en su domicilio	No se visitaron	Encuestas realizadas	Total
Primaria	57	96	30	26	209
Secundaria	30	38	25	17	110
Preparatoria	3	6	5	3	17
Otros	1	0	0	4	5
Nada	15	3	12	0	30
Total	106	143	72	50	371

Fuente: Información obtenida del expediente clínico de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa en el año de 1998

CUADRO 6

Talla De adolescentes Embarazadas

Talla	Foráneas	No se encontraron en su domicilio	No se visitaron	Encuestas realizadas	Total
145 - 150	2	3	0	8	13
151 - 155	1	2	2	10	15
156 - 169	0	2	4	18	24
161 - 165	2	4	4	9	19
166 - 170	0	1	0	4	5
171 - 175	0	1	0	0	1
176 - 180	0	0	0	1	1
181 - 185	0	0	0	0	0
Sin Datos	101	130	62	0	293
Total	106	143	72	50	371

Fuente: Información obtenida del expediente clínico de madres adolescentes que

## CUADRO 7

### Peso Antes Del Embarazo

Peso	Foráneas	No se encontraron en su domicilio	No se visitaron	Encuestas realizadas	Total
40 - 45	2	0	0	3	5
46 - 50	0	0	0	14	14
51 - 55	0	2	5	13	20
56 - 60	2	1	2	14	19
61 - 65	0	0	0	4	4
66 - 70	1	2	1	0	4
71 - 75	0	1	0	0	1
76 - 80	0	2	0	1	3
Sin Datos	101	135	64	1	301
Total	106	143	72	50	371

Fuente: Información obtenida del expediente clínico de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa en el año de 1998



CUADRO 8

Peso Después del Embarazo

Peso	Foráneas	No se encontraron en su domicilio	No se visitaron	Encuestas realizadas	Total
50 - 55	3	1	5	3	12
56 - 60	1	4	2	12	19
61 - 65	1	0	0	15	16
66 - 70	0	0	1	11	12
71 - 75	1	1	0	4	6
76 - 80	0	1	0	4	5
81 - 85	0	0	0	0	0
86 - 90	0	2	0	0	2
Sin Datos	100	134	64	1	299
Total	106	143	72	50	371

Fuente: Información obtenida del expediente clínico de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa en el año de 1998

### CUADRO 9

#### Ingresos Familiares De Las adolescentes Embarazadas

Ingresos	Foráneas	No se encontraron en su domicilio	No se visitaron	Encuestas realizadas	Total
500 - 1000	3	37	17	8	65
1001 - 1500	2	23	14	9	48
1501 - 2000	1	27	10	10	48
2001 - 2500	0	6	4	2	12
2501 - 3000	2	1	3	14	20
3001 - 3500	0	0	2	0	2
3501 - 4000	0	0	1	0	1
4001 - 4500	0	1	1	0	2
4501 - 5000	0	0	1	0	1
Sin Datos	98	48	19	7	172
Total	106	143	72	50	371

Fuente: Información obtenida del expediente clínico de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa en el año de 1998

CUADRO 10

Tipo de Vivienda De adolescentes Embarazadas

Vivienda	Foráneas	No se encontraron en su domicilio	No se visitaron	Encuestas realizadas	Total
Rentada	6	12	12	11	41
Prestada	43	45	26	18	132
Propia	42	77	34	21	174
Sin Datos	15	9	0	0	24
Total	106	143	72	50	371

Fuente: Información obtenida del expediente clínico de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa en el año de 1998

CUADRO 11

Servicios Intra y Extra Domiciliarios De adolescentes Embarazadas

Servicios	Foráneas	No se encontraron en su domicilio	No se visitaron	Encuestas realizadas	Total
Agua	84	135	72	50	341
Agua Pozo	20	0	0	0	20
Arrollo	2	0	0	0	2
Luz	83	131	72	50	336
Drenaje	35	108	63	46	252
Fosa séptica	45	14	9	4	72
Fec. Al Aire L.	26	2	0	0	28
Alumbrado	72	106	58	50	286
Limpieza	44	40	70	49	203
Teléfono	27	45	27	46	145
Transporte	0	4	0	0	4
Otros	0	8	0	0	8
Total	438	593	371	295	1697

Fuente: Información obtenida del expediente clínico de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa en el año de 1998

## CUADRO 12

### Tipo De Construcción

Construcción	Foráneas	No se encontraron en su domicilio	No se visitaron	Encuestas realizadas	Total
Concreto	48	102	65	46	261
Lamina	39	28	7	4	78
Madera	0	2	0	0	2
Otros	19	11	0	0	30
Total	106	143	72	50	371

Fuente: Información obtenida del expediente clínico de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa en el año de 1998

CUADRO 13

Problemas Que Presentaron Durante El Embarazo

Problemas	Foráneas	No se encontraron en su domicilio	No se visitaron	Encuestas realizadas	Total
I.V.U	4	1	1	14	20
Anemia	3	0	0	2	5
Pre-Eclamsia	1	0	0	0	1
A.P.P	1	1	1	5	8
Condilomatosis	0	2	1	0	3
Convulsiones	0	2	0	1	3
Eclamsia	0	2	0	0	2
Drogas	0	2	0	0	2
Fiebre	0	1	0	0	1
Prelovetritis	0	1	0	0	1
A. De Aborto	0	0	1	4	5
hipertensión	0	0	1	2	3
Sangrado	0	0	0	2	2
Sin Problemas	97	131	67	20	315
Total	106	143	72	50	371

Fuente: Información obtenida del expediente clínico de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa en el año de 1998

CUADRO 14

Semanas de Gestación

Semanas	Foráneas	No se encontraron en su domicilio	No se visitaron	Encuestas realizadas	Total
Sem 20 -30	2	0	2	0	4
Sem 31 - 35	7	7	3	2	19
Sem 36 - 40	60	100	32	43	235
Sem 41 - 42	7	18	13	5	43
Sin Datos	30	18	22	0	70
Total	106	143	72	50	371

Fuente: Información obtenida del expediente clínico de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa en el año de 1998

CUADRO 15

Numero de Embarazo

Nº de Embarazo	Foráneas	No se encontraron en su domicilio	No se visitaron	Encuestas realizadas	Total
Primigesta	90	118	64	43	315
Secundigesta	15	24	7	7	53
Multigesta	1	1	1	0	3
Sin Datos	0	0	0	0	0
Total	106	143	72	50	371

Fuente: Información obtenida del expediente clínico de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa en el año de 1998



CUADRO 16

Tipo de Parto

Tipo	Foráneas	No se encontraron en su domicilio	No se visitaron	Encuestas realizadas	Total
Normal	66	119	56	23	264
Cesárea	40	24	16	27	107
Total	106	143	72	50	371

Fuente: Información obtenida del expediente clínico de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa en el año de 1998

CUADRO 17

Complicaciones Posteriores al Nacimiento

Complicación	Foráneas	No se encontraron en su domicilio	No se visitaron	Encuestas realizadas	Total
Sangrado	0	0	0	1	1
Anemia	2	2	2	1	7
I.V.U.	0	0	0	1	1
Eclampsia	1	0	1	0	2
L.U.I.	0	2	0	0	2
hipertensión	3	1	0	0	4
Sin Problemas	100	138	69	47	354
Total	106	143	72	50	371

Fuente: Información obtenida del expediente clínico de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa en el año de 1998

### CUADRO 18

#### Sexo

Tipo	Foráneas	No se encontraron en su domicilio	No se visitaron	Encuestas realizadas	Total
Masculino	49	84	30	29	192
Femenino	55	57	36	21	169
Sin Datos	2	2	6	0	10
Total	106	143	72	50	371

Fuente: Información obtenida del expediente clínico de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa en el año de 1998

CUADRO 19

Peso del Recién Nacido

Peso	Foráneas	No se encontraron en su domicilio	No se visitaron	Encuestas realizadas	Total
500 - 1000	1	0	3	0	4
1001 - 1500	1	4	0	0	5
1501 - 2000	7	6	4	2	19
2001 - 2500	5	19	18	2	44
2501 - 3000	21	18	28	15	82
3001 - 3500	18	79	15	16	128
3501 - 4000	27	8	2	14	51
4001 - 4500	0	0	0	1	1
Ignora	26	9	2	0	37
Total	106	143	72	50	371

Fuente: Información obtenida del expediente clínico de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa en el año de 1998

CUADRO 20

Talla del Recién Nacido

Talla	Foráneas	No se encontraron en su domicilio	No se visitaron	Encuestas realizadas	Total
30 - 35	0	1	0	0	1
36 - 40	0	0	0	0	0
41 - 45	1	21	0	2	24
46 - 50	10	23	18	15	66
51 - 55	63	97	37	26	223
56 - 60	23	1	11	6	41
Sin Datos	9	0	6	1	16
Total	106	143	72	50	371

Fuente: Información obtenida del expediente clínico de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa en el año de 1998

CUADRO 21

Apgar del Recién Nacido

Apgar	Foráneas	No se encontraron en su domicilio	No se visitaron	Encuestas realizadas	Total
0 - 4	0	1	2	0	3
6 - 8	11	0	1	0	12
7 - 8	4	2	4	1	11
7 - 9	4	0	1	1	6
8 - 8	4	4	3	1	12
8 - 9	55	108	51	44	258
9 - 9	14	16	8	2	40
9 - 10	0	0	0	1	1
Se ignora	14	12	2	0	28
Total	106	143	72	50	371

Fuente: Información obtenida del expediente clínico de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa en el año de 1998

**2. Representación de cuadros  
gráficas e interpretación de las  
encuestas realizadas a madres  
adolescentes.**

### CUADRO 1

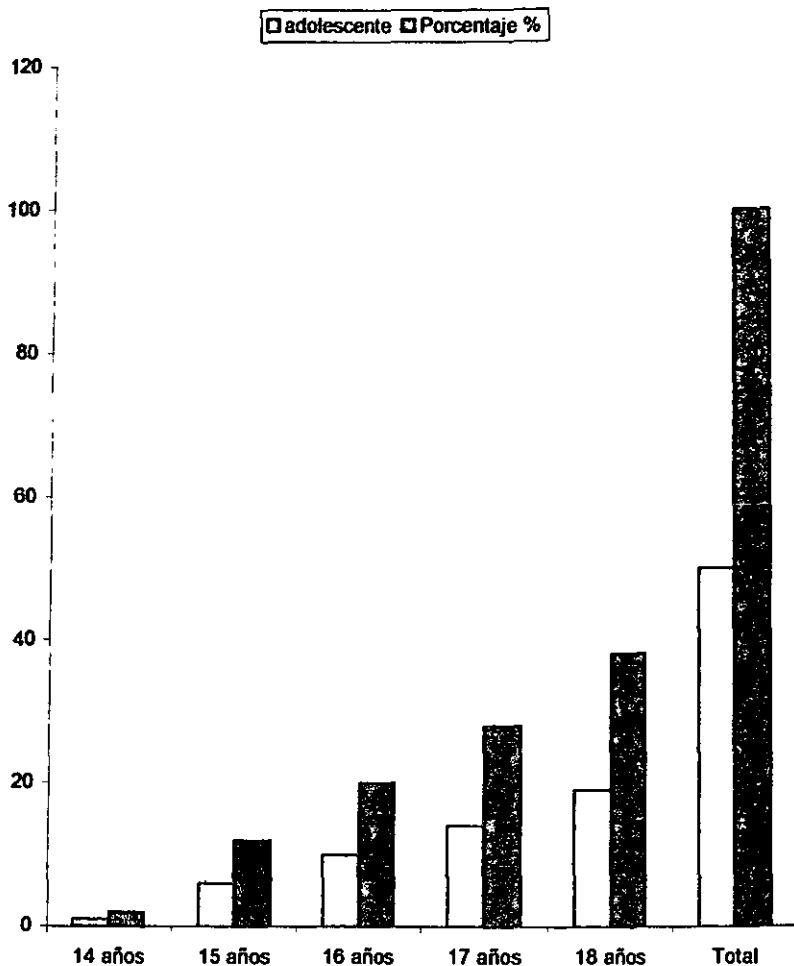
#### Edad de las adolescentes embarazadas

Edad	adolescente	Porcentaje
14 años	1	2
15 años	6	12
16 años	10	20
17 años	14	28
18 años	19	38
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán Sinaloa en el año 1998.



**GRAFICA 1**  
**Edad de las adolescentes embarazadas**



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán Sinaloa en el año 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 1.- EDAD DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA:

En el análisis e interpretación de los resultados de la investigación de las adolescentes embarazadas con respecto a la edad, nos encontramos que de las cincuenta entrevistas una adolescente embarazada de 14 años que equivale al 2% general, 6 adolescentes embarazadas de 15 años lo que equivale a un 12%; de la muestra; de 16 años fueron 10 adolescentes embarazadas que equivale al 20%, y de 17 fueron 14 adolescentes embarazadas las cuales corresponden al 28% de la muestra, con la edad de 18 nos encontramos 19 adolescentes embarazadas que equivale a un 38% de las adolescentes embarazadas dentro de la investigación.

Con esta información recabada por medio de la investigación por las entrevistas y también con el antecedente de nuestra observación a las adolescentes en su domicilio, estas adolescentes que se atendieron en el hospital general de Mazatlán, esta información nos sirve para hacer las comparaciones de acuerdo a nuestra hipótesis y de acuerdo a nuestro marco teórico poder hacer referencias de lo observado con la bibliografía documentada, que apoyara nuestro trabajo de investigación y así nuestra investigación será de mayor validez.

En la referencia bibliográfica nos encontramos que a pesar de la disminución de la fertilidad en general, lo que se traduce a aumento relativo del porcentaje de mujeres embarazadas menores de 20 años.

La tercera parte de los embarazos atendidos en instituciones de salud del país pertenecen a mujeres menores de 24 años y el 13% a menores de 19 años.

En el caso de embarazos en menores de 15 años la edad constituye un riesgo importante para la salud. Derivado de las complicaciones por la inmadurez biológica de la madre con lo cual el adolescente embarazada la edad puede ser un factor de riesgo.

#### BIBLIOGRAFIA:

DE LA GARZA Quintanilla Carlos, Primigesta Adolescente.

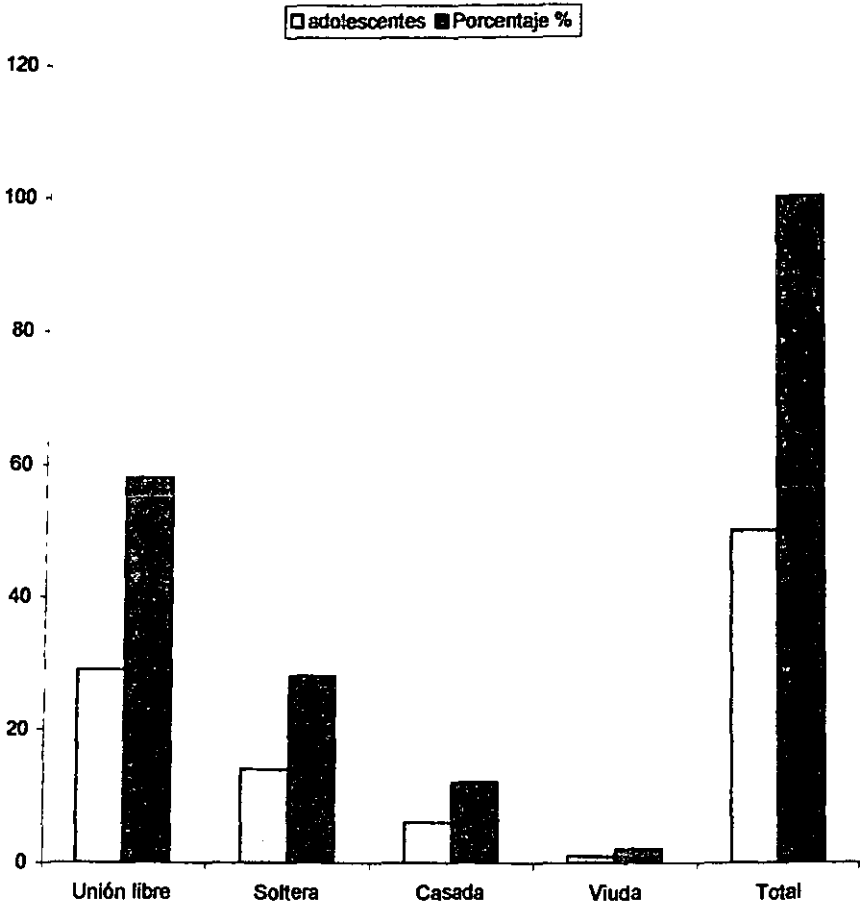
## CUADRO 2

### Estado civil de las adolescentes embarazadas

Estado civil	adolescentes	Porcentaje %
Unión libre	29	58
Soltera	14	28
Casada	6	12
Viuda	1	2
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán Sinaloa en el año 1998.

GRAFICA 2  
Estado civil de las adolescentes embarazadas



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de mazatlán Sinaloa en el año 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 2.- ESTADO CIVIL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA:

En la investigación realizada a las adolescentes embarazadas acerca del estado civil nos encontramos que de las cincuenta los porcentajes en el análisis estadístico fueron; 29 adolescentes embarazadas se encontraban en unión libre, que equivale al 58% de la muestra, en general y que 14 adolescentes embarazadas su estado civil era soltera, que equivale al 28% de la muestra, 6 adolescentes estaban casadas que equivale al 12% del porcentaje en general, 1 se encontró con estado civil viuda, la cual es un porcentaje del 2% de la muestra de la investigación.

Con esta información obtenida podemos deducir que la población que se atendió en el hospital general, la mayoría en su estado civil era en unión libre y la mayoría de escasos recursos económicos y solteras, y de alguna manera los gastos por su atención aquí en el hospital se reducían, eso no implica que la gran mayoría pertenezcan a nivel socioeconómico bajo en forma individual.

La referencia bibliográfica nos dice que las características sociofamiliares que inciden en el embarazo de la adolescente son la unión libre, solteras y un pequeño número de casadas.

También es común encontrarse con: la ausencia del esposo o no contar con él las adolescentes tienen que enfrentar la maternidad solas, o cuando tienen parejas esporádicas que en cuanto se enteran de la maternidad de ellas las abandonan, ya que no desean un compromiso solamente un pequeño grupo sigue con ellas y normalmente son personas, compañeros de mayor edad.

Por estos motivos nos encontramos que la mayoría viven con sus padres o las obligan al matrimonio precipitado.

**BIBLIOGRAFIA:** DE LA GARZA Quintanilla Carlos, Primigesta Adolescente.

### CUADRO 3

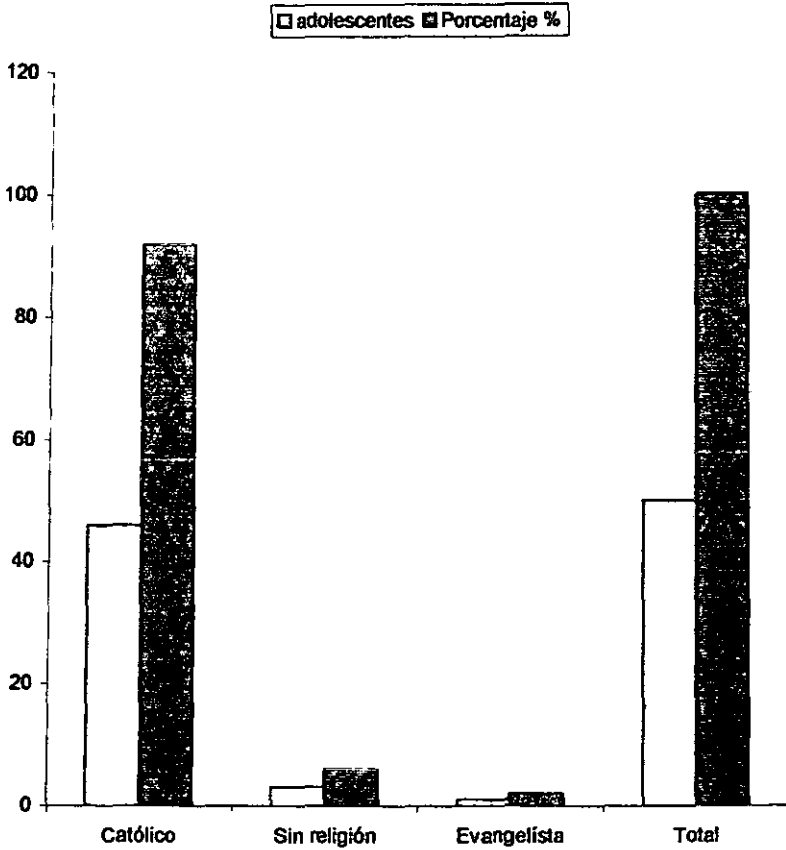
#### Religión de las adolescentes embarazadas

Religión	adolescentes	Porcentaje
Católico	46	92
Sin religión	3	6
Evangelista	1	2
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán Sinaloa en el año 1998.



**GRAFICA 3**  
**Religión de las adolescentes embarazadas**



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de mazatlán Sinaloa en el año 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 3.- RELIGION DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS:

De acuerdo a nuestra investigación los datos obtenidos acerca de la religión de las adolescentes embarazadas fue de las cincuenta lo siguiente; 46 adolescentes embarazadas eran católicas lo cual equivale a un 92%, y sin religión fueron 3 adolescentes embarazadas que equivale al 6% del total, y 1 adolescente fue evangelista que equivale al 2%.

Con nuestra visita domiciliaria observamos como viven las adolescente y para ellas no es muy importante el hecho de tener o pertenecer a una religión y aunque no son persona maduras y que su opinión acerca de la religión en la mayoría es lo que sus padres les han inculcado.

La referencia bibliográfica nos habla acerca de los conflictos emocionales que enfrentan las adolescentes embarazadas y durante la adolescencia es crucial la búsqueda de la identidad, esto hace el cuestionamiento y la rebeldía sean necesarios en esta etapa, la religión la sociedad, la política, las normas establecidas en casa, la sexualidad etc. Son jerarquizadas en un nuevo panorama que puede o no coincidir con la posición de los adultos.

BIBLIOGRAFIA: AGUILAR Gil Jose Angel, MEXFAMAM, AC.

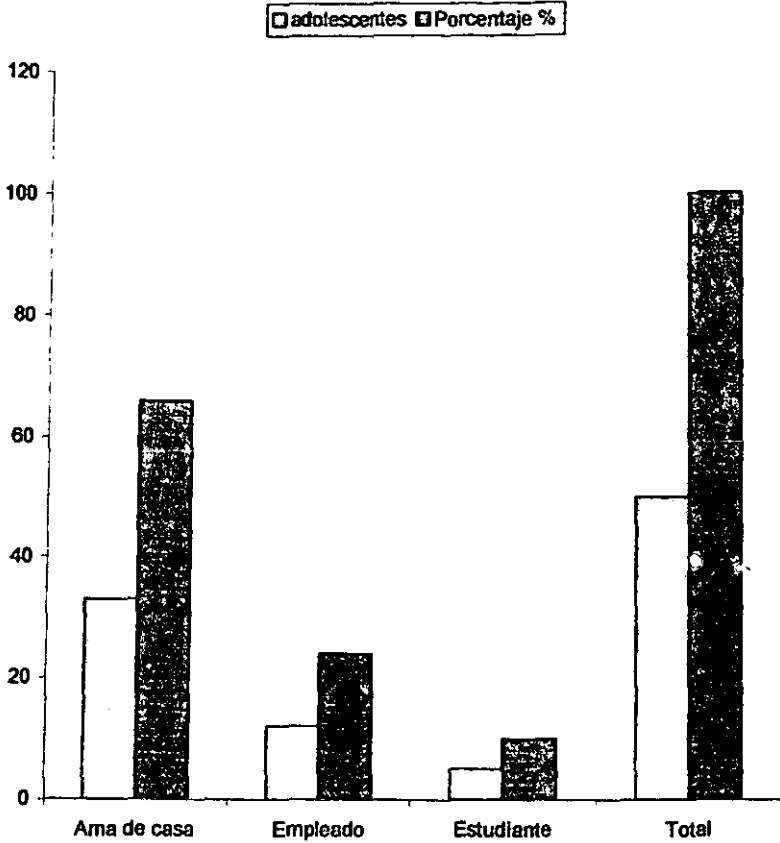
#### CUADRO 4

##### Ocupación de las adolescentes embarazadas

Ocupación	adolescentes	Porcentaje %
Ama de casa	33	66
Empleado	12	24
Estudiante	5	10
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán Sinaloa en el año 1998.

GRAFICA 4  
Ocupación de las adolescentes embarazadas



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de mazatlán Sinaloa en el año 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 4.- OCUPACION DE LAS ADOLECENTES EMBARAZADAS:

El análisis estadístico nos dio los siguientes resultados, 33 adolescentes embarazadas fueron amas de casa lo que equivale a un 66% del total de la muestra, 12 nos encontramos que eran empleadas que equivale al 24%, 5 fueron estudiantes lo que equivale al 10% de la muestra.

Se observo directamente que la mayoría no tenían trabajo antes de su embarazo y que en la actualidad continuaban como amas de casa ayudando en lo que podían a su familia, y siendo este el apoyo para la adolescente y su hijo, algunas ya tenían trabajo como consecuencia de la falta de apoyo de su pareja, para las adolescentes estar embarazadas es muy difícil trabajar o estudiar por las responsabilidades que adquirieron con su hijo.

En la referencia bibliográfica nos aporta que la ocupación en las adolescentes embarazadas es la escolaridad mínima en el momento del embarazo y que la ocupación de las adolescentes son primordialmente escolares en el momento del embarazo, y después del mismo, su ocupación es el hogar, un porcentaje muy bajo continúan en la escuela y un pequeño número se incorporan a la productividad laboral.

BIBLIOGRAFIA: DE LA GARZA Quintanilla Carlos, Primigesta Adolescente.

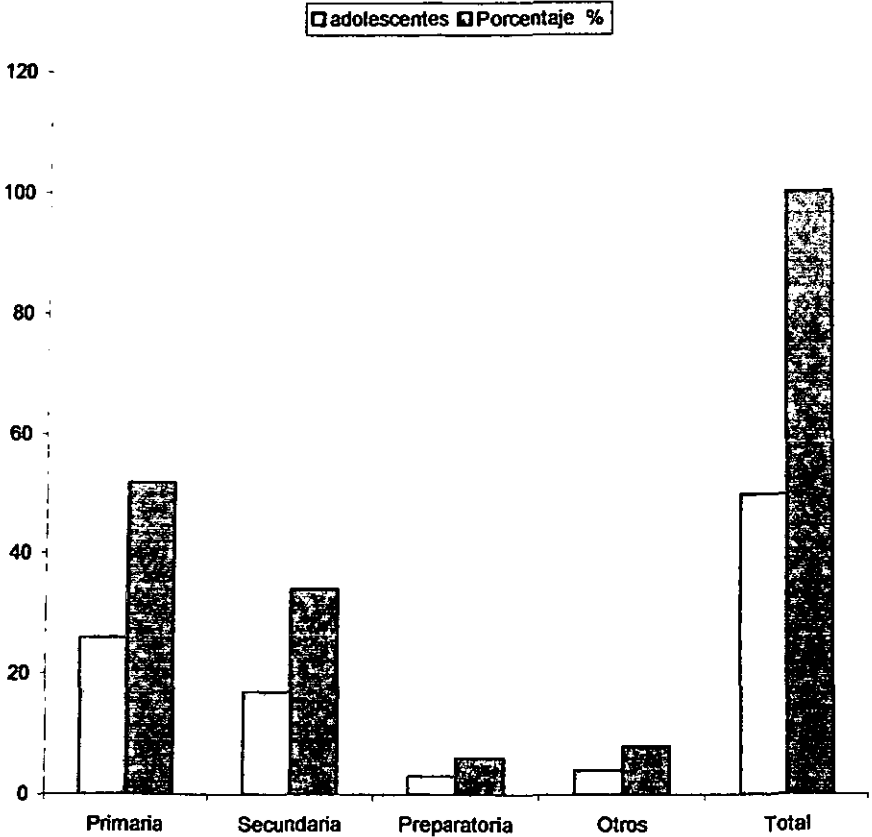
### CUADRO 5

#### Escolaridad de las adolescentes embarazadas

Escolaridad	adolescentes	Porcentaje %
Primaria	26	52
Secundaria	17	34
Preparatoria	3	6
Otros	4	8
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán Sinaloa en el año 1998.

**GRAFICA 5**  
**Escolaridad de las adolescentes embarazadas**



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán Sinaloa en el año 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 5.- ESCOLARIDAD DE LAS ADOLECENTES EMBARAZADAS:

La investigación de la escolaridad de las adolescentes embarazadas fue que de 26 adolescentes embarazadas estudiaron primaria, lo que equivale al 52% de la muestra, 17 adolescentes embarazadas tenían la secundaria, que equivale al 34% de la muestra, 3 adolescentes embarazadas tenían otros cursos de capacitación técnica en general que equivale al 18% de la muestra investigada.

De acuerdo a nuestra observación durante la investigación nos encontramos con nivel escolar muy bajo y con muy poca preparación para obtener un buen empleo, este tema esta señalado dentro de nuestro marco teórico de acuerdo al nivel socioeconómico y cultural de la adolescente así como la edad es un factor de riesgo es una consecuencia él porque las adolescentes aun no terminan una carrera o preparación adecuada.

En la bibliografía nos encontramos que la adolescente embarazada encontrara dificultades para conseguir un trabajo bien remunerado debido a su bajo nivel de escolarización y poca preparación, además tiene necesidad de información y asesoramiento así como dificultades para conciliar una actividad fuera de la casa con el cuidado de su hijo ya que es difícil que se le otorgue el tiempo para asistir a la escuela con el cuidado de su pequeño.

BIBLIOGRAFIA: ATLAS de sexualidad, Euroméxico S A. de C.V.



### CUADRO 6

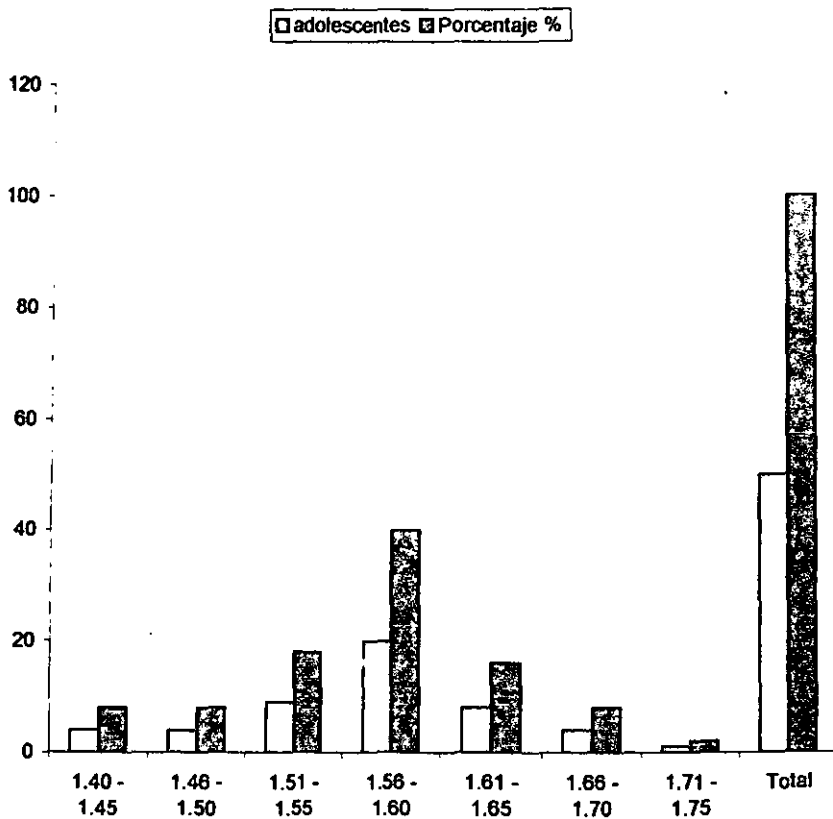
#### Estatura de las adolescentes embarazadas

Estatura	adolescentes	Porcentaje %
1.40 - 1.45	4	8
1.46 - 1.50	4	8
1.51 - 1.55	9	18
1.56 - 1.60	20	40
1.61 - 1.65	8	16
1.66 - 1.70	4	8
1.71 - 1.75	1	2
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán Sinaloa en el año 1998.

GRAFICA 6

Estatura de las adolescentes embarazadas



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de mazatlán Sinaloa en el año 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 6.- ESTATURA DE LAS ADOLECENTES EMBARAZADAS:

La investigación nos dio que la estatura de las adolescentes embarazadas fue la siguiente, 4 adolescentes midieron entre 1.40 y 1.45 lo que equivale al 8% de la muestra, 9 adolescentes entre 1.51 y 1.55 lo que equivale al 18% de la muestra, 20 adolescentes entre 1.56 y 1.60 lo que equivale a un 40% de la muestra, 8 adolescentes entre 1.61 y 1.65, lo que equivale al 16% de la muestra, 4 adolescentes entre 1.66 y 1.70 lo que equivale al 8% de la muestra, 1 adolescente entre 1.71 y 1.75 que equivale al 2% de la muestra.

Este punto abordado en nuestra investigación hace referencia de los factores de riesgos abordados en nuestro objetivo general así es como la estatura también es un factor de riesgo también señalado en nuestro marco teórico, así como parte de la hipótesis.

La referencia bibliográfica señala como factor de riesgo en la reproducción a la estatura materna menor de 1.52 y es uno de los factores de riesgo de la mortalidad perinatal y materna.

BIBLIOGRAFIA: BEHRMAN E. Richard et.al Tratado de pediatría.

### CUADRO 7

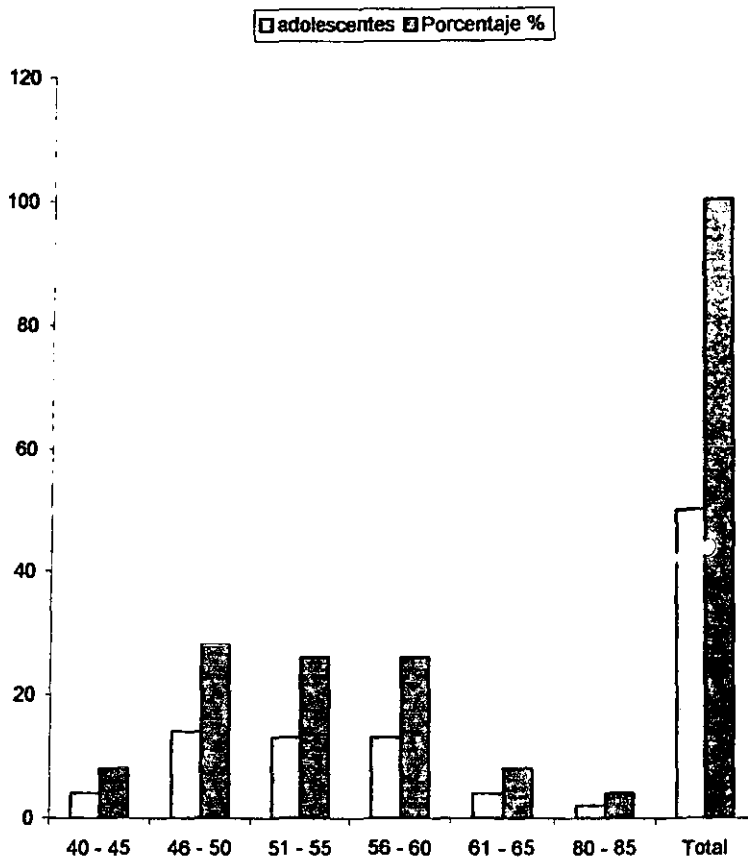
Peso antes del embarazo de las adolescentes

P/A/Emb. kg	adolescentes	Porcentaje %
40 - 45	4	8
46 - 50	14	28
51 - 55	13	26
56 - 60	13	26
61 - 65	4	8
80 - 85	2	4
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán Sinaloa en el año 1998.

GRAFICA 7

Peso antes del embarazo de las adolescentes



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de mazatlán Sinaloa en el año 1998.

## ANALISIS E INTREPRETACION

### 7.- PESO ANTES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES:

De acuerdo a la investigación realizada a las adolescentes embarazadas sobre su peso nos encontramos que 4 adolescentes tuvieron un peso entre 40 y 45 kgs. Lo que equivale al 8%, 14 adolescentes pesaron entre 46 y 50 kgs. Lo que equivale al 28%, 13 adolescentes pesaron entre 51 y 55 kgs. Lo que equivale al 26%, 4 adolescentes pesaron entre 61 y 65 kgs. Lo que equivale al 8%, 2 adolescentes pesaron entre 80 y 85 kgs. Lo que equivale al 4% de la muestra en general.

La opinión que tenían de su propio peso las adolescentes es que estaban muy delgadas antes de su embarazo y no le dieron mucha importancia al peso.

La bibliografía señala de acuerdo al colegio americano de obstetricia y ginecología, recomienda un aumento de peso de 10 a 12 kgs. Durante el embarazo las mujeres bajas de peso pueden requerir aumentar más en tanto que las mujeres obesas deben aumentar solo 6 a 9 kgs. Las mujeres más pesadas o las que experimentan aumento excesivo de peso durante el embarazo, están propensas a dar a luz lactantes macrosomicos. El aumento de peso inadecuado se acompaña de lactantes pequeños para la edad gestional.

BIBLIOGRAFÍA; Pritchard "Adaptación materna al embarazo" Antología.

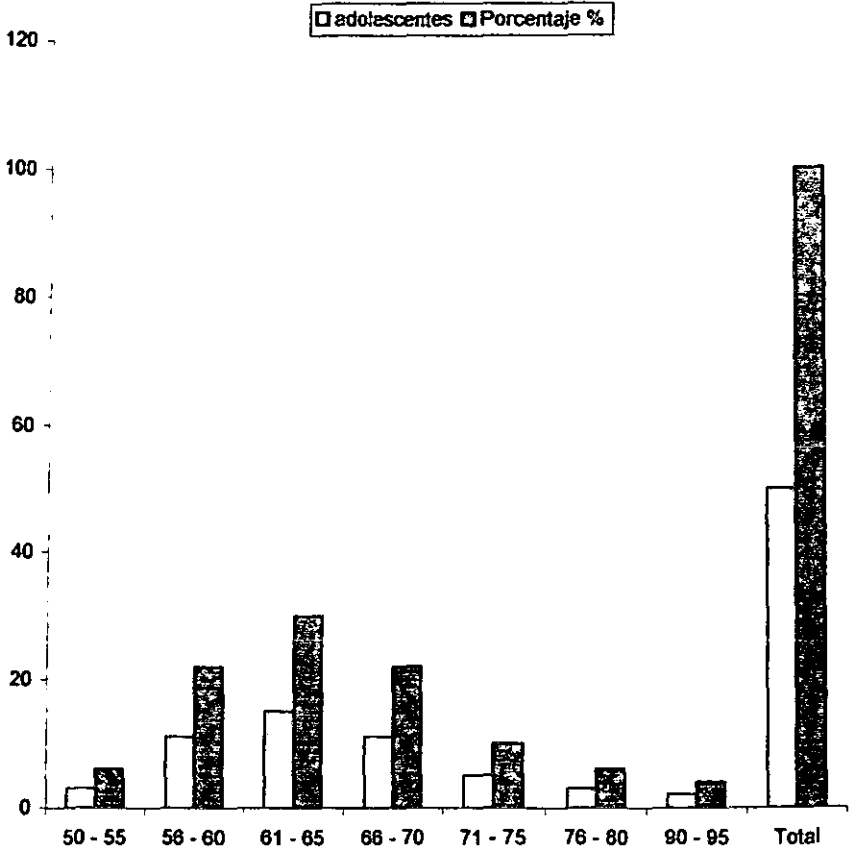
### CUADRO 8

Peso después del embarazo en las adolescentes

P/D/Emb. Kg	adolescentes	Porcentaje %
50 - 55	3	6
56 - 60	11	22
61 - 65	15	30
66 - 70	11	22
71 - 75	5	10
76 - 80	3	6
90 - 95	2	4
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán Sinaloa en el año 1998.

**GRAFICA 8**  
**Peso después del embarazo en las adolescentes**



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán Sinaloa en el año 1998.



## ANALISIS E INTERPRETACION

### 8.- PESO DESPUES DEL EMBARAZO:

De acuerdo a la investigación nos encontramos con que 3 adolescentes embarazadas presentaron un peso después del embarazo entre 50 y 55 kgs. Lo que equivale al 6% de la muestra, 11 adolescentes embarazadas presentaron un peso entre 56 y 60 kgs. Lo que equivale al 22%, 15 adolescentes embarazadas tuvieron un peso entre 61 y 65 kgs. Después del embarazo que equivale al 30%, 11 adolescentes embarazadas tuvieron un peso después del embarazo entre 66 y 70 kgs. Lo que equivale al 22%, 5 adolescentes embarazadas presentaron un peso entre 71 y 75 kgs. Después del embarazo lo que equivale al 10% de la muestra, 3 adolescentes embarazadas tuvieron un peso entre 76 y 80 kgs. Lo que equivale al 6%, 2 adolescentes embarazadas presentaron un peso entre 90 y 95 kgs., Lo que equivale al 4% de la muestra.

En la entrevista pudimos darnos cuenta que las adolescentes embarazadas no le daban importancia a su peso y llevar, poco control prenatal así como refirieron el peso para ellas no era problema Actualmente se sienten con un poco de peso demás. Diferente al de solteras.

La bibliografía nos señala según el colegio americano de obstetricia y ginecología la recomendación de un aumento de peso de 10 a 12 Kg durante el embarazo. La proporción del peso al feto constituye cerca

de la tercera parte del aumento normal de peso ( 3,500G ), La placenta el liquido amniótico y el útero 650 a 900 g el liquido intersticial y volumen sanguíneo, 1200 a 1800 g cada uno, el aumento del tamaño de las mamas, 400 g , los 1,640 g o más restantes están constituidos principalmente por grasa materna .

**BIBLIOGRAFIA;** Pritchard "Adaptación materna al embarazo" Antología.

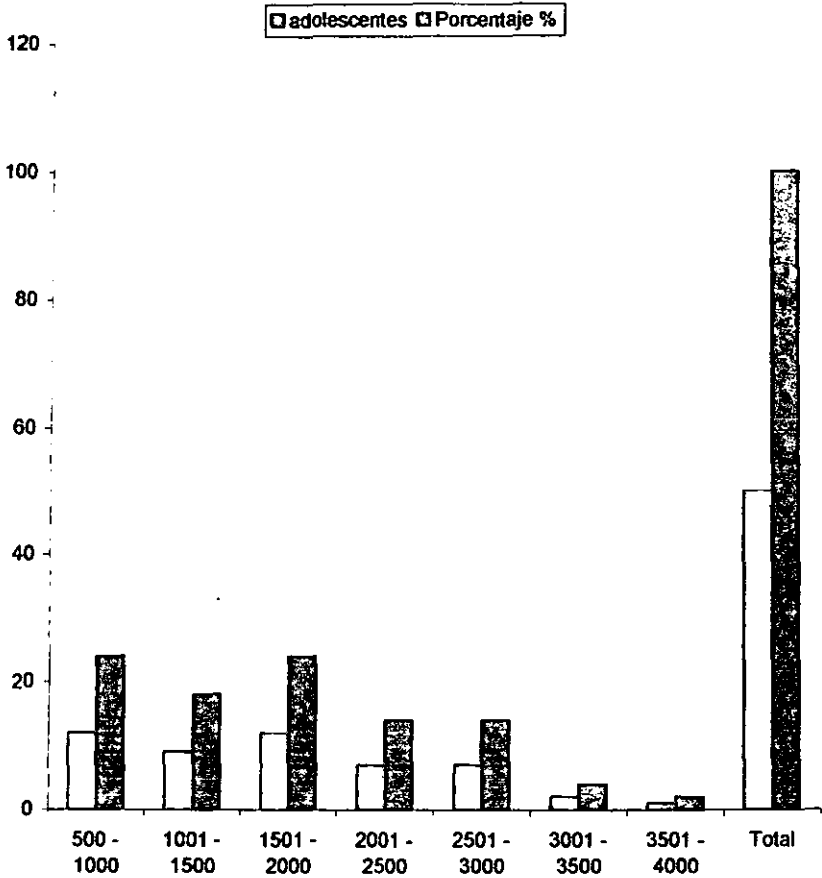
### CUADRO 9

#### Ingreso familiar de las adolescentes embarazadas

Sueldo	adolescentes	Porcentaje %
500 - 1000	12	24
1001 - 1500	9	18
1501 - 2000	12	24
2001 - 2500	7	14
2501 - 3000	7	14
3001 - 3500	2	4
3501 - 4000	1	2
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán Sinaloa en el año 1998.

**GRAFICA 9**  
**Ingreso familiar de las adolescentes embarazadas**



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de mazatlán Sinaloa en el año 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 9.- INGRESO FAMILIAR DE LA ADOLESCENTE:

La investigación nos reporto lo siguiente; 12 adolescente su ingreso mensual fue entre 500 y 1,000 lo que equivale al 24%, 9 adolescentes embarazadas su ingreso mensual fue de 1,001 a 1,500 lo que equivale al 18%, 12 adolescentes embarazadas tuvieron su ingreso mensual entre 1,501 y 2,000 lo que equivale al 24%, 7 adolescentes embarazadas presentaron un peso entre 2,001 y 2,500 lo que equivale al 14%, 7 adolescentes embarazadas entre 2,501 y 3,000 lo que equivale al 14%, 2 adolescentes embarazadas tuvieron un peso entre 3,001 y 3,500, lo que equivale a un porcentaje del 2% de la muestra.

Al entrevistar a la adolescente aprovechamos la información que habíamos obtenido de su estudio socioeconómico aportada por el expediente clínico y pudimos comprobar su situación socioeconómica actual, la mayoría son de nivel socioeconómico de bajo a medio y sigue dependiendo de sus padres o familiares el principal problema que enfrentan es la escasa preparación para obtener un buen trabajo por su poca preparación y disposición de tiempo para ello.

Muy pocas estaban con sus conyugues o pareja que les diera el antes y ahora el apoyo económico que ocuparon y que ocupan.

La referencia bibliográfica señala que una vez que la adolescente embarazada se encuentra ante la evidencia de que debe encargarse de otro ser con sus consabidas dificultades.

Necesitará el apoyo de su familia, o también puede acudir a un centro de ayuda a jóvenes madres, cuidar ella sola de su hijo o darlo al cuidado de otros. Todo esto implica que la joven adolescente necesitará de un soporte económico por su familia o persona para ayudarla a ella y a su hijo.

**BIBLIOGRAFÍA;** Pritchard "Adaptación materna al embarazo" Antología.

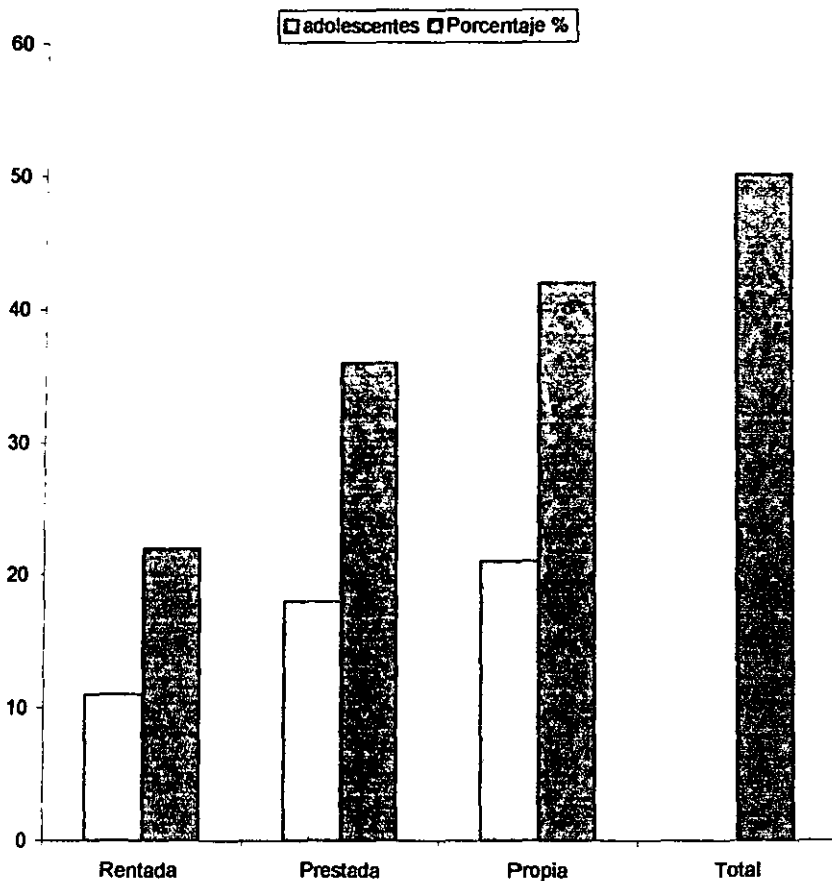
### CUADRO 10

Tipo de vivienda que habita la adolescente embarazada

Tipo	adolescentes	Porcentaje %
Rentada	11	22
Prestada	18	36
Propia	21	42
Total	0	50

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán Sinaloa en el año 1998.

**GRAFICA 10**  
**Tipo de vivienda que habita la adolescente embarazada**



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de mazatlán Sinaloa en el año 1998.



## ANALISIS E INTERPRETACION

### 10.- QUE TIPO DE VIVIENDA HABITA LA ADOLESCENTE EMBARAZADA:

La investigación nos dio que 11 adolescentes embarazadas rentaban el hogar donde vivían lo que equivale al 22%, de la muestra, 18 adolescentes embarazadas su tipo de vivienda eran prestadas lo cual es del 36% del porcentaje de la muestra, 21 adolescentes embarazadas contaban con su casa propia lo que equivale al 42% de la muestra .

Se pudo corroborar que la gran mayoría de las adolescentes no cuentan con una vivienda propia y como su embarazo fue precoz, otras no contaban con esa suerte, y tenían que vivir con su familia o sus suegros o según la suerte con amistades antes o después del embarazo las adolescentes se vieron y se ven en problemas económicos que las limitan a tener su propia vivienda.

La literatura señala que son los familiares los que finalmente tienen que brindar toda clase de ayuda a la adolescente embarazada para evitar que sufran más por esta causa, es decir el periodo vital que debe vivir la adolescente, se le añaden una serie de acontecimientos que ha de afrontar con escasa ayuda por parte de su entorno a causa de su maternidad.

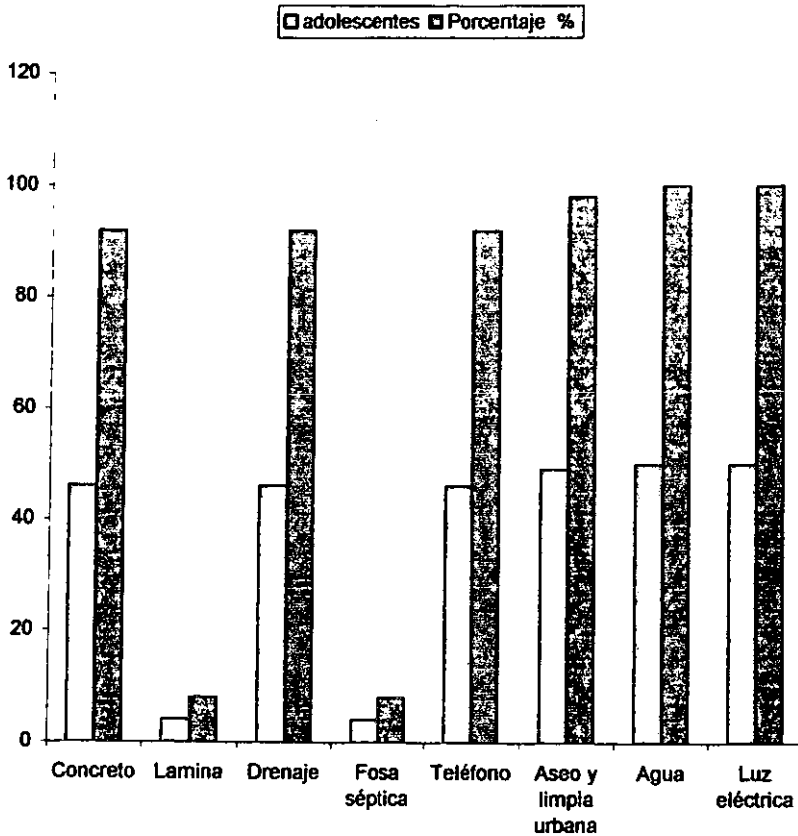
BIBLIOGRAFÍA; Pritchard "Adaptación materna al embarazo" Antología.

**CUADRO 11**  
**Tipo de construcción y servicios intra y extra domiciliarios**

Tipo	adolescentes	Porcentaje %
Concreto	46	92
Lamina	4	8
Drenaje	46	92
Fosa séptica	4	8
Teléfono	46	92
Aseo y limpia urbana	49	98
Agua	50	100
Luz eléctrica	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán Sinaloa en el año 1998.

**GRAFICA 11**  
**Tipo de construcción y servicios intra y extra domiciliarios**



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de mazatlán Sinaloa en el año 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 11.- TIPO DE CONSTRUCCION Y SERVICIOS INTRA Y EXTRADOMICILIARIOS:

En la investigación nos encontramos que 46 adolescentes embarazadas tenían casa de concreto lo que equivale al 92%, 4 adolescentes embarazadas tuvieron casa de lamina lo que equivale al 8% de la muestra.

En cuanto al servicio intradomiciliario encontramos con 46 adolescentes embarazadas con servicio de drenaje lo que equivale al 92% de la muestra, 4 adolescentes embarazadas tenían fosa séptica lo que equivale al 8% de la muestra.

Con servicios extradomiciliarios nos encontramos que 46 adolescentes embarazadas tenían teléfono lo que equivale al 92% servicio de aseo y limpieza urbana, lo que equivale al 98% de la muestra, 50 adolescentes embarazadas tenían agua lo que equivale al 100% de la muestra, así como 50 adolescentes embarazadas tenían luz eléctrica que equivale al 100% de la muestra.

De acuerdo a la bibliografía consultada el proceso de embarazo a adolescentes se enmarca en la pertenencia de los distintos estratos socioeconómicos, basado en esto nos encontramos variedad de nivel

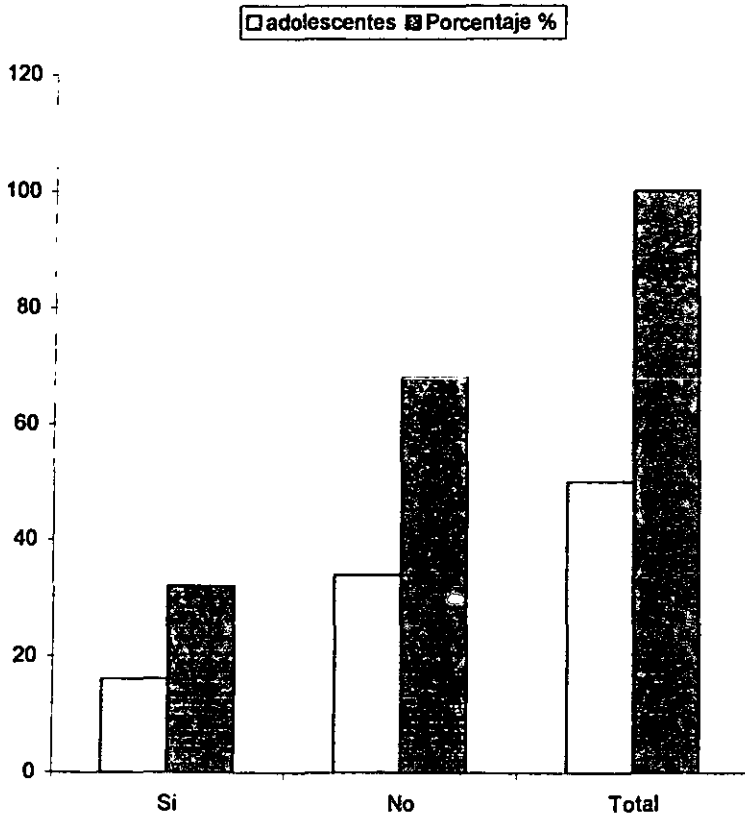
### CUADRO 12

Conocía los problemas de salud ocasionados por embarazo a temprana edad

Respuestas	Si	No	Total
adolescentes	16	34	50
Porcentaje %	32	68	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán Sinaloa en el año 1998.

**GRAFICA 12**  
**Conocía los problemas de salud ocasionados por embarazo a temprana edad**



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán Sinaloa en el año 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 12.- CONOCIA LOS PROBLEMAS DE SALUD OCASIONADOS POR EMBARAZO A TEMPRANA EDAD:

En la investigación se encontró que 16 adolescentes embarazadas si conocían los problemas de salud ocasionados por embarazo a temprana edad, lo cual equivale al 32% de la muestra, 34 adolescentes embarazadas no conocían los problemas de salud ocasionados por el embarazo a temprana edad, lo cual equivale al 60% de la muestra.

En la entrevista personal a la adolescente embarazada nos encontramos con que la adolescente tenía escasos conocimientos de los problemas de salud ocasionados por embarazo a temprana edad, y la información que tenía no fue lo suficientemente clara para evitar su embarazo fue que se preocuparon por las consecuencias que podían traer.

La bibliografía nos dice el embarazo en la adolescente ha sido un fenómeno ampliamente estudiado desde la perspectiva de sus complicaciones medicas, sin embargo existen estudios que no han observado un incremento en la frecuencia de la morbilidad y mortalidad materna y prenatal.

Según estudios realizados las complicaciones medicas obstétricas no difirieron en frecuencia entre las adolescentes embarazadas y las mujeres de 20 a 34 años de edad.

Las condiciones al nacimiento del hijo de madres adolescentes son satisfactorias con relación a otros grupos.

No se encontraron en las adolescentes, mayores riesgos de salud matema y perinatal (con excepción de las menores de 15 años), no elimina las complicaciones sociales y psicológicas de tener un hijo en la adolescencia ni la de otros riesgos de salud como: la mayor mortalidad entre el primer mes y el primer año de vida en el hijo de madre adolescente y el riego de adquirir enfermedades de transmisión sexual incluyendo el SIDA.

**BIBLIOGRAFIA:** DANFORTH N. David, "Tratado de obstetricia y ginecología"



### CUADRO 13

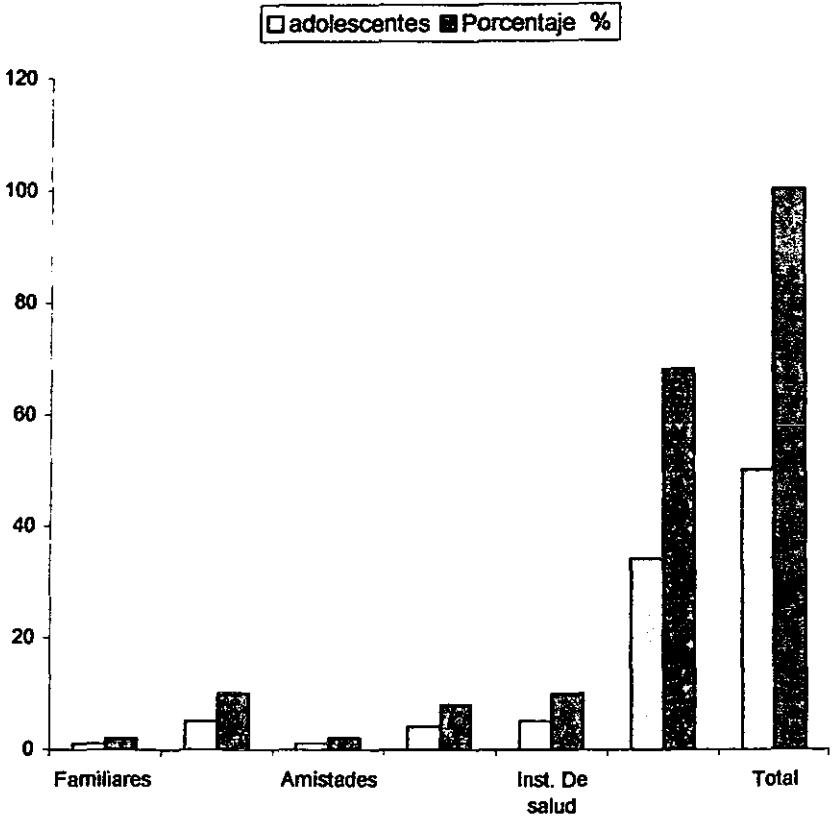
Medios por el que conocían los problemas de salud ocasionados por el embarazo a temprana edad

Personas	adolescentes	Porcentaje %
Familiares	1	2
Padres	5	10
Amistades	1	2
Maestros	4	8
Inst. De salud	5	10
Desconocía	34	68
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán Sinaloa en el año 1998.

GRAFICA 13

Medios por el que conocian los problemas de salud ocasionados por el embarazo a temprana edad



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de mazatlán Sinaloa en el año 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 13.- A TRAVES DE QUIEN CONOCIA LOS PROBLEMAS DE SALUD OCASIONADOS POR EL EMBARAZO A TEMPRANA EDAD:

La investigación reportó que las adolescentes embarazadas tuvieron algunos medios de información por los cuales pudo tener conocimiento acerca de los problemas de salud ocasionados por embarazo a temprana edad y los resultados fueron, 1 adolescente tuvo información por un familiar que equivale al 2% de la muestra, 1 adolescente tuvo información por medio de una amistad que equivale al 2% de la muestra, 4 adolescentes tuvieron información de sus maestros lo que equivale al 8% de la muestra, 5 adolescentes refirieron a sus padres como medios de información, lo que equivale al 10% de la muestra, 5 adolescentes refirieron haberse informado por instructores de salud, lo cual equivale a un 10% de la muestra, 34 adolescentes desconocían esta información lo que equivale al 68% de la muestra.

Al visitar a la adolescente vimos que actualmente madres de unos dos o tres hijos y algunas siguen con su pareja o con sus familiares a través de quienes recibieron la información acerca de los problemas ocasionados por el embarazo a temprana edad, así como por amigos, maestros y medios de comunicación, la sugerencia que nos hicieron es dar apoyo a los programas de salud que orientan a los adolescentes para evitar embarazos y otros problemas que se derivan de su adolescencia.

La bibliografía nos dice, la población adolescente necesita información y acceso irrestricto a los servicios de modo que buena parte de la solución esta en la forma en como las instituciones sociales (familia, escuela, instituciones; religiosas, sector salud etc.). Interpreten y manejen la sexualidad en el adolescente.

El objetivo es acceder a los jóvenes antes de que lleguen a ser sexualmente activos.

Dentro de los programas la prioridad es con el objeto de prevenir una secuencia de embarazos no deseados, fomentar la atención medica psicológica y educativa, fomentar el crecimiento de la adolescente impedir repercusiones en su relación con su relación con su hijo y con el resto del entorno.

**BIBLIOGRAFIA:** ATLAS de sexualidad, Euromáxico S.A. de C.V.

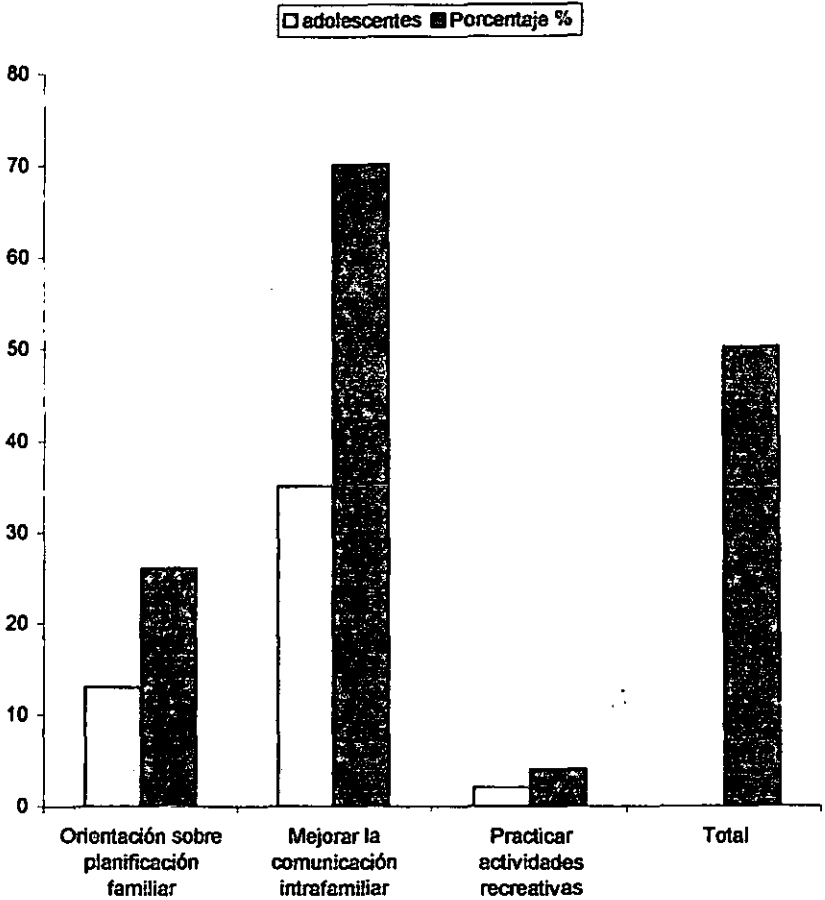
#### CUADRO 14

Información que requerían para prevenir el embarazo a esta edad

Opciones	adolescentes	Porcentaje %
Orientación sobre planificación familiar	13	26
Mejorar la comunicación intrafamiliar	35	70
Practicar actividades recreativas	2	4
Total	0	50

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán Sinaloa en el año 1998.

**GRAFICA 14**  
**Información que requerían para prevenir el embarazo a esta edad**



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de mazatlán Sinaloa en el año 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 14.- SEGÚN SU CRITERIO QUE INFORMACION REQUERIA PARA PREVENIR EL EMBARAZO A ESTA EDAD:

Los resultados del análisis fueron: 2 adolescentes refirieron necesitar realizar practicas de actividades recreativas lo que equivale al 4% de la muestra 13 adolescentes declararon que ellas no tenían suficiente información de orientación sobre planificación familiar lo que equivale al 26% de la muestra, 35 adolescentes declararon necesitar información de cómo mejorar la comunicación intrafamiliar, lo que equivale al 70% de la muestra.

La observación y el dialogo nos oriento a saber cuales son los factores que hacen que la adolescente se embarace y en la mayoría se observo como consecuencia de la desintegración familiar o falta de apoyo de la familia y la educación de los padres es muy importante para ellas ya que la mayoría refirió que sus papas tienen poca educación escolar y sobre estos temas, también el medio en que se desarrollan las influencio a su embarazo precoz.

La bibliografía nos dice; la forma en que los padres se relacionen y se comuniquen con sus hijos e hijas dará la pauta para que el individuo construya un marco de referencia en cuanto a la maduración de su conducta, valores y normas; en la medida en que esta se realice de

manera congruente y sobre una base de afecto el niño o la niña podrá ser un individuo integrado.

La suma de los factores que propician el embarazo en la adolescente, deseado o no deseado, durante la adolescencia es un factor estresante que cambia notablemente la vida de las jóvenes y se considera a la familia, escuela, el grupo al que pertenecen, el medio social los factores de influencia mayor en la conducta que forman ante la posibilidad de un embarazo mismo y la actitud que tomaran al respecto.

**BIBLIOGRAFIA:** ATLAS de sexualidad, Euroméxico S.A. de C.V.



### CUADRO 15

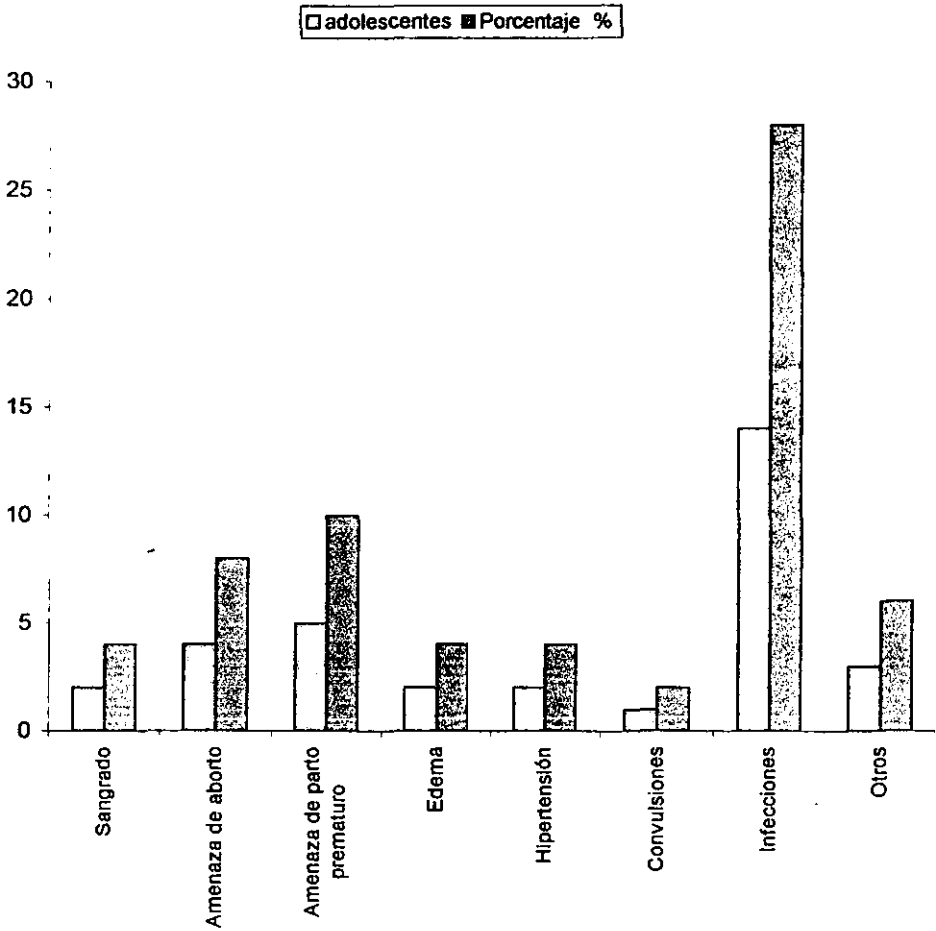
Problemas que se presentaron durante el embarazo

Problemas	adolescentes	Porcentaje %
Sangrado	2	4
Amenaza de aborto	4	8
Amenaza de parto prematuro	5	10
Edema	2	4
Hipertensión	2	4
Convulsiones	1	2
Infecciones	14	28
Otros	3	6

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán Sinaloa en el año 1998.

### GRAFICA 15

Problemas se le presentaron durante el embarazo



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán Sinaloa en el año 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 15.- QUE PROBLEMAS SE LE PRESENTARON DURANTE SU EMBARAZO A LA ADOLESCENTE:

El resultado de la investigación nos dio que las adolescentes que presentaron problemas durante su embarazo fueron; 1 adolescente presento convulsiones que equivale a un 2% de padecimiento por muestra. 2 adolescentes presentaron sangrado transvaginal que equivale al 4% de la muestra, 2 adolescentes presentaron edema que equivale al 4%, de la muestra, 2 adolescentes presentaron hipertensión lo que equivale aun 4% de la muestra, 4 adolescentes presentan otras complicaciones, que equivale al 6% de la muestra, 4 adolescentes presentaron amenaza de aborto lo que equivale al 8% de la muestra, 5 adolescentes presentaron amenaza de parto prematuro, lo que equivale al 10% de la muestra, 14 adolescentes presentaron infecciones lo que equivale al 28% de la muestra.

En las entrevistas nos dimos cuenta que las adolescentes embarazadas fueron minimas las que presentaron complicaciones durante su embarazo y los padecimientos mas comunes que encontramos fueron la anemia, las infecciones renales y vaginales leves, la amenaza de parto prematuro, y pocas recordaron gravedad durante su embarazo.

La referencia que hace la bibliografía; el embarazo adolescente ha sido un fenómeno ampliamente estudiado desde las perspectivas de sus

complicaciones medicas, sin embargo existen estudios que han observado un incremento de la frecuencia de la morbilidad y mortalidad materna perianatal.

Las complicaciones relevantes son: .preeclamsia, eclampsia, hemorragia, infección, parto predetermino, retardo en el crecimiento intrauterino y anemia, las complicaciones derivadas de la inmadurez biológica y psicológica de la madre, siendo el principal incremento de la mortalidad materna.

**BIBLIOGRAFIA:DE LA GARZA Quintanilla Carlos, Primigesta Adolescente.**

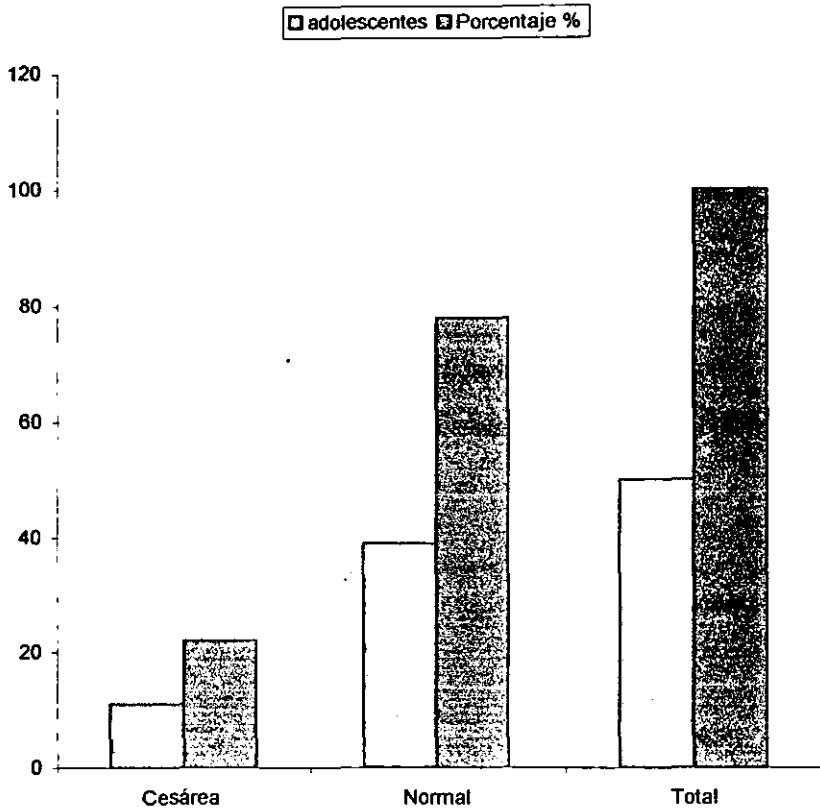
### CUADRO 16

#### Tipos de parto

Opción	Cesárea	Normal	Total
adolescentes	11	39	50
Porcentaje %	22	78	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán Sinaloa en el año 1998.

GRAFICA 16  
Tipos de parto



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán Sinaloa en el año 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 16.- QUE TIPO DE PARTO SE PRESENTO:

El resultado de la investigación fue 11 adolescentes tuvieron su parto vía cesárea, lo que equivale al 22%; 39 adolescentes tuvieron su hijo por parto normal que equivale al 78% de la muestra.

De acuerdo a nuestro estudio pudimos corroborar la vía de nacimientos el porcentaje es normal por parto eutócico y las cesáreas fueron el segundo lugar.

De acuerdo a la referencia bibliográfica el hijo de la madre adolescente en la mayoría de los casos de término, el nacimiento es principalmente por vía vaginal, en una proporción mínima de los casos asistidos con fórceps presento un adecuado peso al nacimiento, así como valores de apgar a los cinco minutos que no difiere de manera significativa con los hijos de mujeres pertenecientes al grupo de 20 a 34 años.

**BIBLIOGRAFIA:** DANFORH N. David "Tratados de obstetricia y Ginecología"

CUADRO 17

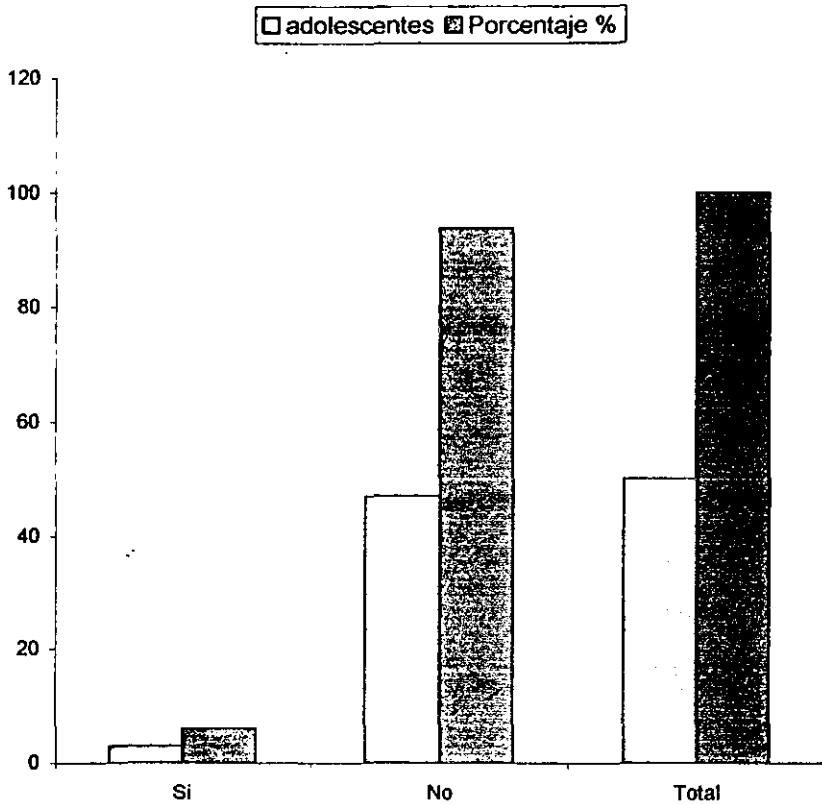
Presento alguna complicación posterior al nacimiento del bebe

Frecuencias	Si	No	Total
adolescentes	3	47	50
Porcentaje %	6	94	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán Sinaloa en el año 1998.



GRAFICA 17  
Complicación posterior al nacimiento del bebe



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de mazatlán Sinaloa en el año 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 17.- PRESENTO ALGUNA COMPLICACION POSTERIOR AL NACIMIENTO DE SU BEBE:

En nuestro estudio la información recibida fue 3 adolescentes si tuvieron complicación posterior al nacimiento de su bebe lo que equivale al 6% de la muestra, 47 adolescentes no tuvieron complicación posterior al embarazo lo que equivale al 94% de la muestra.

Las complicaciones que mencionaron nuestro grupo de adolescentes fueron mínimas siendo tres casos los mencionados como parto prematuro, eclamacia y anemia.

La bibliografía menciona: las complicaciones obstétricas no difieren en frecuencia entre casos de adolescentes embarazadas y las mujeres de 20-34 años de edad, las condiciones al nacimiento de hijo de madre adolescente fueron satisfactorias en relación con otros grupos.

Las mas relevantes desproporción cefalopelvica, cesárea parto con fórceps y muerte prenatal sin ser estas complicaciones privativas de la adolescente con excepción de los menores de 15 años en la que los riesgos de natalidad y mortalidad materna y perinatal son dos o tres veces superiores comparadas con el resto del grupo.

BIBLIOGRAFIA: DANFORH N. David "Tratados de obstetricia y Ginecología"

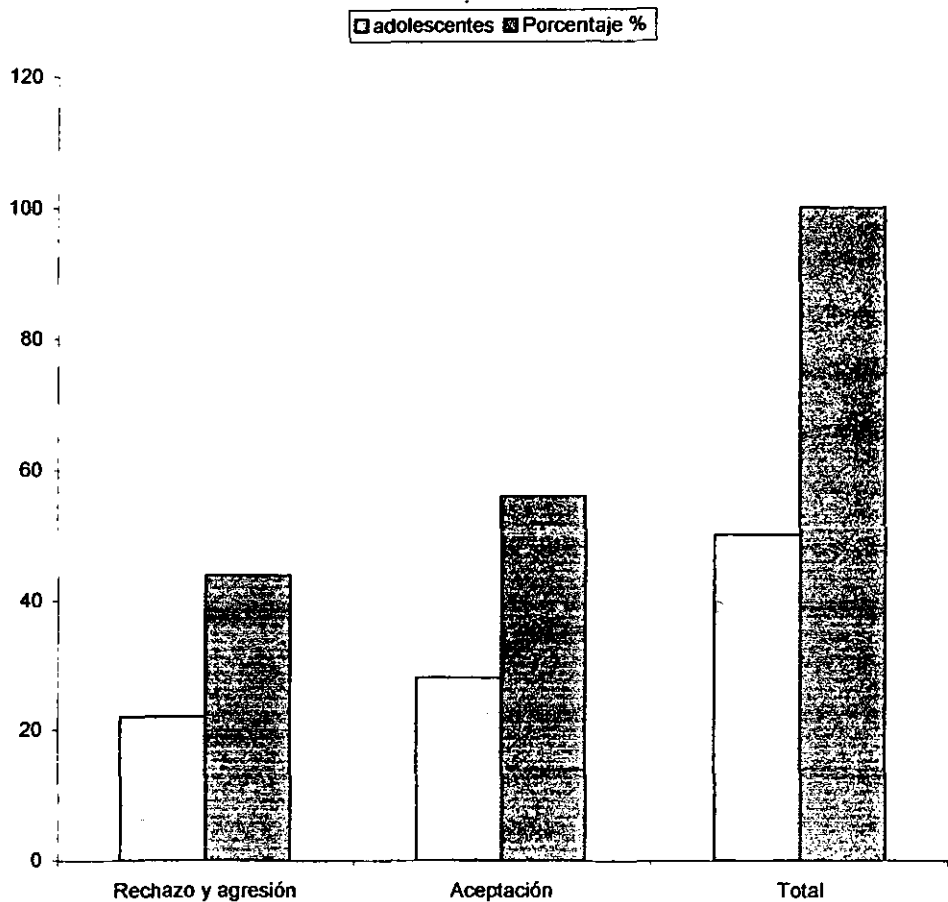
### CUADRO 18

Problemas presentados con la familia a consecuencia del embarazo

Frecuencias	Rechazo y agresión	Aceptación	Total
adolescentes	22	28	50
Porcentaje %	44	56	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán Sinaloa en el año 1998.

**GRAFICA 18**  
**Problemas presentados con la familia a consecuencia del embarazo**



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal de mazatlán Sinaloa en el año 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 18.- QUE PROBLEMAS SE PRESENTARON EN LA FAMILIA POR EL EMBARAZO:

Según la muestra de investigación los resultados fueron 22 adolescentes presentaron rechazo y agresión por su embarazo respecto a sus familiares lo que equivale a un 44% de la muestra, 28 adolescentes presentaron aceptación lo que equivale a un 56% de la muestra.

Al entrevistar a la adolescente nos encontramos que pocas adolescentes tuvieron problemas graves con sus madres que fueron las que les dieron su apoyo no pasando lo mismo con el padre y en ocasiones su pareja fue la que más la lastimó por su abandono cuando más lo necesitaban y en la actualidad al nacimiento de sus hijos ha algunos les ha ayudado para la aceptación de sus padres y mejorar la comunicación.

La referencia bibliográfica nos dice que de acuerdo con los valores y pautas que establece cada sociedad la familia podrá crear sus propios patrones, normas y reglas que le permitan lograr la interacción afectiva, promover la capacidad de decisión y negociar los problemas, los patrones familiares deberán ser dinámicos para adaptarse a los cambios que se requieran en los diversos momentos que vive la familia.

En la etapa de la adolescencia da origen a la conflictiva familiar. Cuando el adolescente busca a alguien o algo que le pueda rescatar. En estas circunstancias piensa huir de la casa con un amigo llevar a cabo un matrimonio precoz, tener un embarazo que sustituya su necesidad de compañía o escapar de la situación intolerable, por medio de la droga o el alcohol o también inclinarse hacia una conducta delictiva, como muestra de inconformidad.

**BIBLIOGRAFIA:** COHEN Gean et.al "Enciclopedia de la vida sexual de la fisiología a la psicología"

**3. Representación de cuadros gráficas e  
interpretación de las encuestas realizadas  
en la familia de la adolescente  
embarazada.**

## CUADRO 1

### Relacion de la familia con la adolescente embarazada

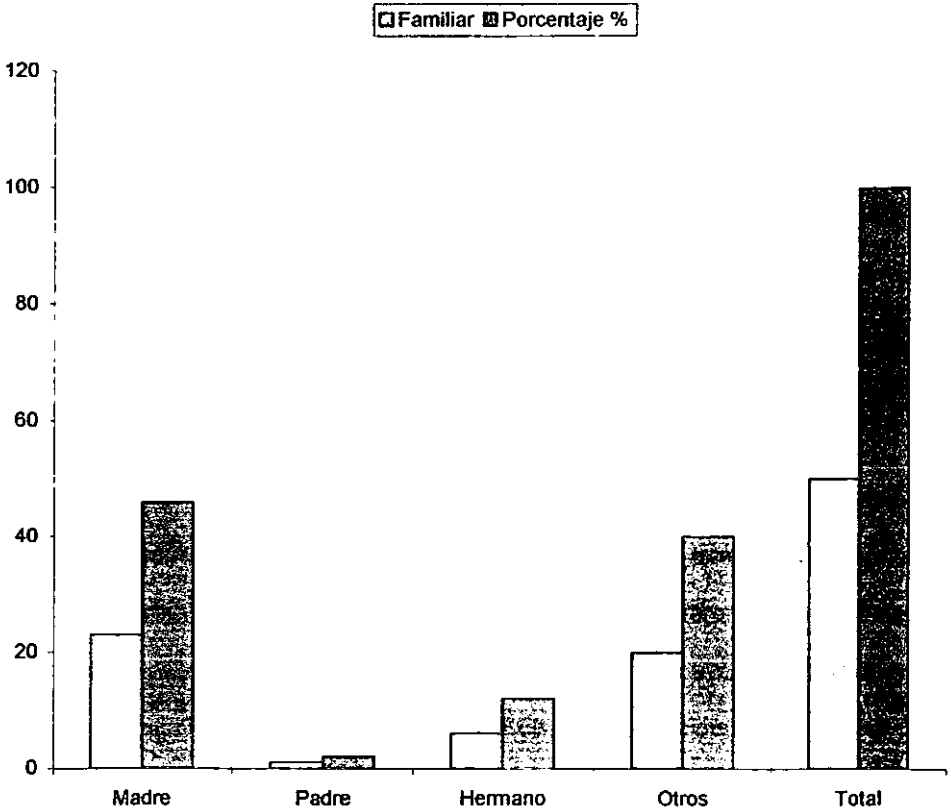
Parentesco	Familiar	Porcentaje %
Madre	23	46
Padre	1	2
Hermano	6	12
Otros	20	40
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a familiares de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.



# GRAFICA 1

## Relacion de la familia con la adolescente embarazada



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a familiares de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 1.- QUE RELACION FAMILIAR TIENE CON LA ADOLESCENTE EMBARAZADA:

En la investigación el resultado fue, 1 adolescente tuvo a su padre como familiar que nos apoyo en la entrevista, lo que equivale al 2% de la muestra, 6 adolescentes tuvieron a su hermana como familiar que apoyo la entrevista lo que equivale al 12% de la muestra, 20 adolescentes contaron con otras personas que nos dieron información lo que equivale al 40% de la muestra.

En nuestra visita domiciliaria encontramos un familiar siempre que apoyo nuestra entrevista o amigo, así los problemas que ellos detectaron antes y después del embarazo nos lo comunicaron.

La referencia bibliográfica nos dice que las familias son dinámicas y que el crecimiento de los hijos es factor importante para cambiar reglas de la familia, y para fines didácticos las familias se clasifican en: familia rígida, familia sobreprotectora, familia amalgamada, familia evitadora de conflictos, familia centrada en los hijos, familia con un solo padre, la familiaseudodemocratica y familia inestable.

BIBLIOGRAFIA: AGUILAR Gil Jose Angel, MEXFAMAM, AC

## CUADRO 2

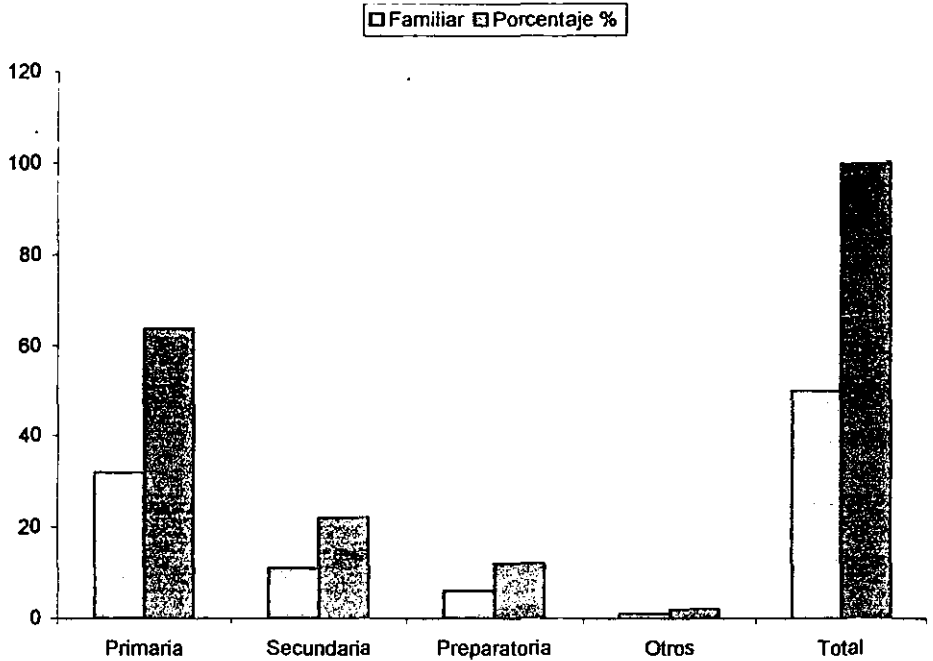
### Escolaridad de familiares de las adolescentes embarazadas

Escolaridad	Familiar	Porcentaje %
Primaria	32	64
Secundaria	11	22
Preparatoria	6	12
Otros	1	2
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a familiares de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

GRAFICA 2

Escolaridad de familiares de las adolescentes embarazadas



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a familiares de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 2.- ESCOLARIDAD DE FAMILIARES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS:

En el análisis nos encontramos que el familiar tenía otros estudios en general lo cual equivale al 2% de la muestra, 6 familiares tenían preparatoria el cual equivale al 12% de la muestra, 11 familiares tenían secundaria lo que equivale al 22% de la muestra, 32 familiares tenían primaria lo que equivale al 64% de la muestra.

En la visita a domicilio de la adolescente nos encontramos que es muy poco el nivel escolar de los familiares de las adolescentes.

La referencia bibliográfica nos dice que el proceso de adolescente embarazada se enmarca en los distintos extractos socioeconómicos y socioculturales y es imprescindible su consideración en el diseño e interpretación de los estudios sobre maternidad en la adolescencia.

La problemática del adolescente embarazada es considerada algunas veces por problemas de conducta de los padres influenciado todo por la cultura de la familia.

BIBLIOGRAFIA: AGUILAR Gil Jose Angel, MEXFAMAM, AC

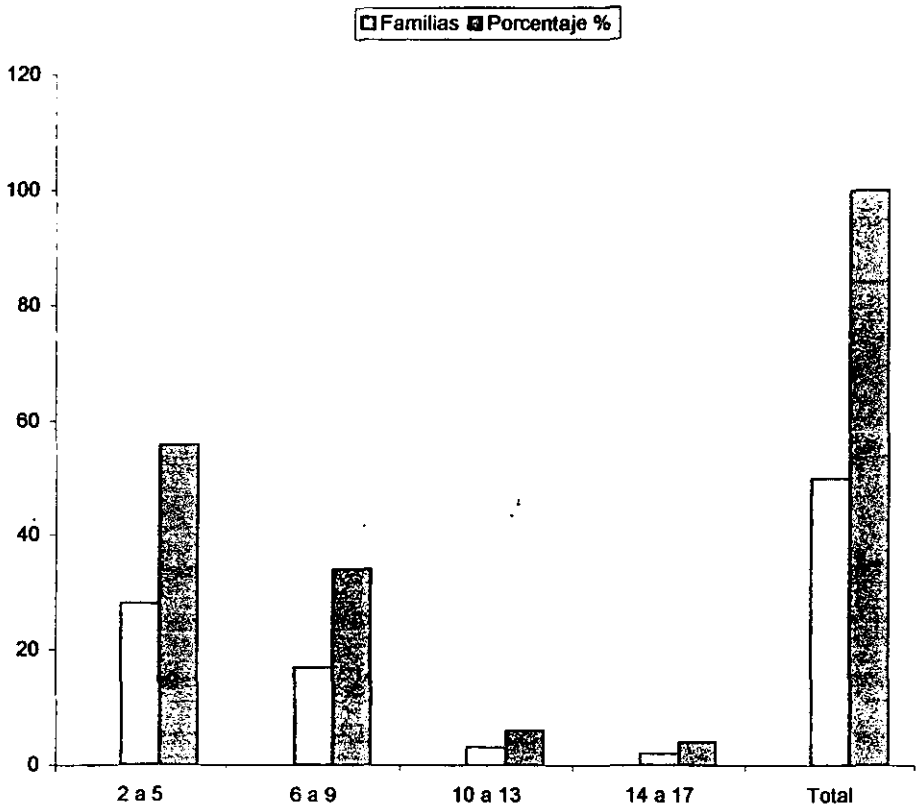
### CUADRO 3

Numero de personas que forman la familia

Personas	Familias	Porcentaje %
2 a 5	28	56
6 a 9	17	34
10 a 13	3	6
14 a 17	2	4
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a familiares de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

**GRAFICA 3**  
**Numero de personas que forman la familia**



**Fuente:** 50 cuestionarios aplicados a familiares de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 3.- CUANTAS PERSONAS FORMAN LA FAMILIA:

En la entrevista encontramos que 2 familias formaban su familia entre 14 a 17 personas, que equivale al 4% de la muestra y que 3 familias formaban entre 12 a 13 personas lo que equivale al 6% de la muestra, 17 familias estaban formadas entre 6 y 9 personas lo que equivale al 34% de la muestra, 28 familias estuvieron formadas entre 2 y 5 personas lo que equivale al 56% de la muestra.

En la visita detectamos que son pocos los miembros en general que se encuentran con la adolescente en la actualidad. Y que son familiares cercanos con los que vive o con su pareja e hijos.

La bibliografía menciona sobre las altas tasas de crecimiento poblacional, transformando los patrones de fecundidad, lo cual regula el volumen, la dinámica y la estructura familiar, lo cual influye en la distribución de la población y como consecuencia la influencia cultural en la familia, así como lo económico también es determinante para el número de miembros que forman una familia.

**BIBLIOGRAFIA:** SAAVEDRA Alfredo et.al, México en la Educación Sexual



#### CUADRO 4

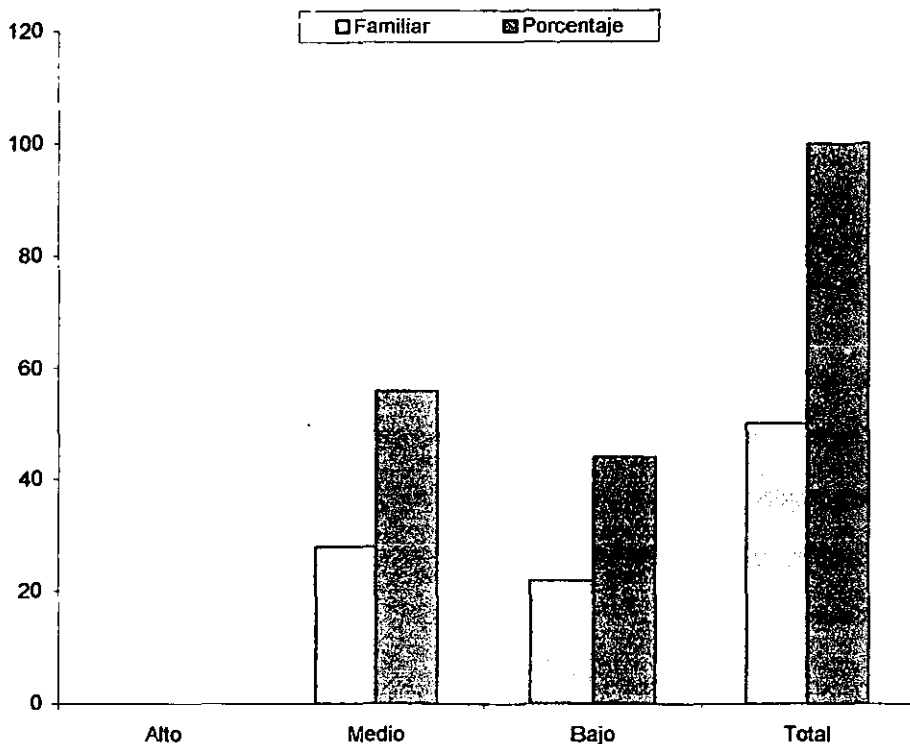
##### Nivel socio economico de la familia

Opcion	Familiar	Porcentaje
Alto	0	0
Medio	28	56
Bajo	22	44
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a familiares de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Graf. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

GRAFICA 4

Nivel socioeconómico de la familia



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a familiares de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 4.- NIVEL SOCIOECONOMICO DE LA FAMILIA:

En la investigación encontramos que 0 familias de las adolescentes pertenecen a un nivel socioeconómico alto lo que equivale al 0% de la muestra, 22 familias tuvieron un nivel socioeconómico bajo lo que equivale al 44% de la muestra, 28 familias de las adolescentes pertenecen a un nivel socioeconómico medio, lo que equivale al 56% de la muestra.

Al visitar a la adolescente que tuvo familiares como los padres nos encontramos que pertenecen a un nivel socioeconómico medio lo cual las favorecía en lo económico y la ayuda que aun reciben de sus padres era muy importante, con la ayuda de la pareja no ocurría lo mismo los jóvenes tenían problemas económicos fuertes y por ello su nivel socioeconómico era bajo y de nivel alto no encontramos de acuerdo a los domicilios que visitamos.

La referencia bibliográfica nos dice que la situación de inestabilidad en la estructura familiar económica predispone a las consecuencias de embarazo en adolescentes.

BIBLIOGRAFIA: SAAVEDRA Alfredo et.al, México en la Educación Sexual

### CUADRO 5

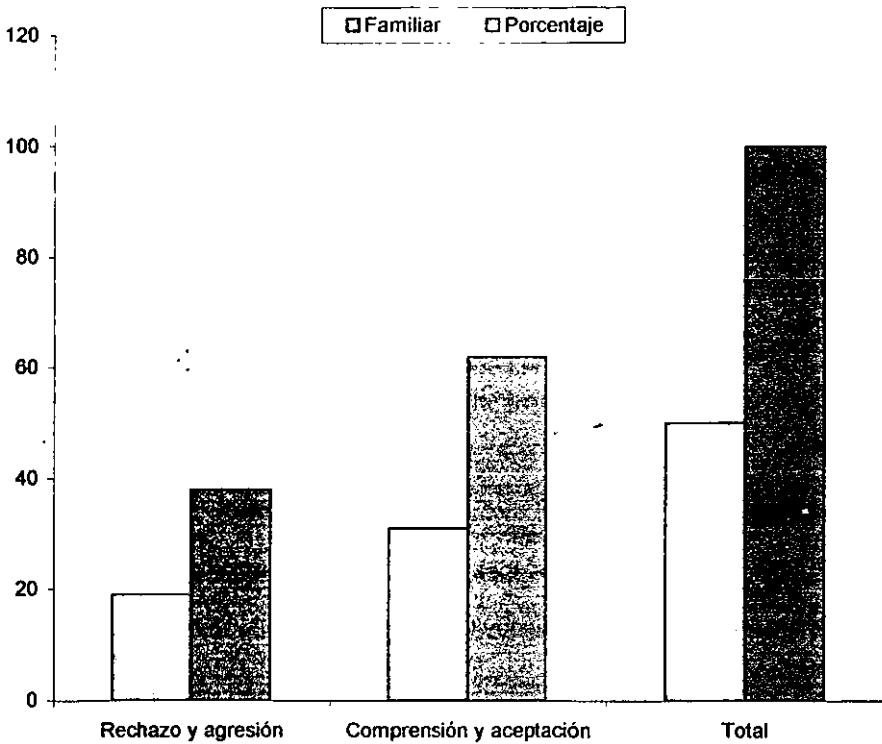
#### Consecuencias del embarazo de en la familia

Opción	Familiar	Porcentaje
Rechazo y agresión	19	38
Comprensión y aceptación	31	62
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a familiares de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

GRAFICA 5

Consecuencias del embarazo de en la familia



**Fuente:** 50 cuestionarios aplicados a familiares de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 5.- CONSECUENCIA DEL EMBARAZO EN LA FAMILIA:

En el análisis encontramos que 19 familias de las adolescentes les dieron el rechazo y agresión a las adolescentes lo que equivale al 38% de la muestra, 31 familias de las adolescentes embarazadas tuvieron comprensión y aceptación de su familiar lo que equivale al 62% de la muestra.

Aunque al visitar a las adolescentes nos encontramos con que ya había pasado mas del año y el ambiente familiar estaba mejor, ellas nos platicaron que si tuvieron rechazo y agresión, lo cual fue muy difícil para ellas y sus familiares porque fue cuando mas necesitaron la ayuda de su familia, para ambas partes fue muy duro, la otra parte dijo que no tuvieron problema con sus familiares y hasta la fecha las han ayudado bastante en todo y que el nacimiento de sus hijos a servido para mejorar su comunicación, por suerte fue la mayoría.

La referencia bibliográfica nos dice que la familia es un factor que influye en los cambios de cada adolescente, que en la mayoría de los casos se efectúa ruptura aumentando con esto los factores de riesgo que atacan la vulnerabilidad del adolescente de excesiva responsabilidad complicándole la vida por motivos antes expuestos.

BIBLIOGRAFIA: MASTER William et.al Respuesta Sexual Humana

### CUADRO 6

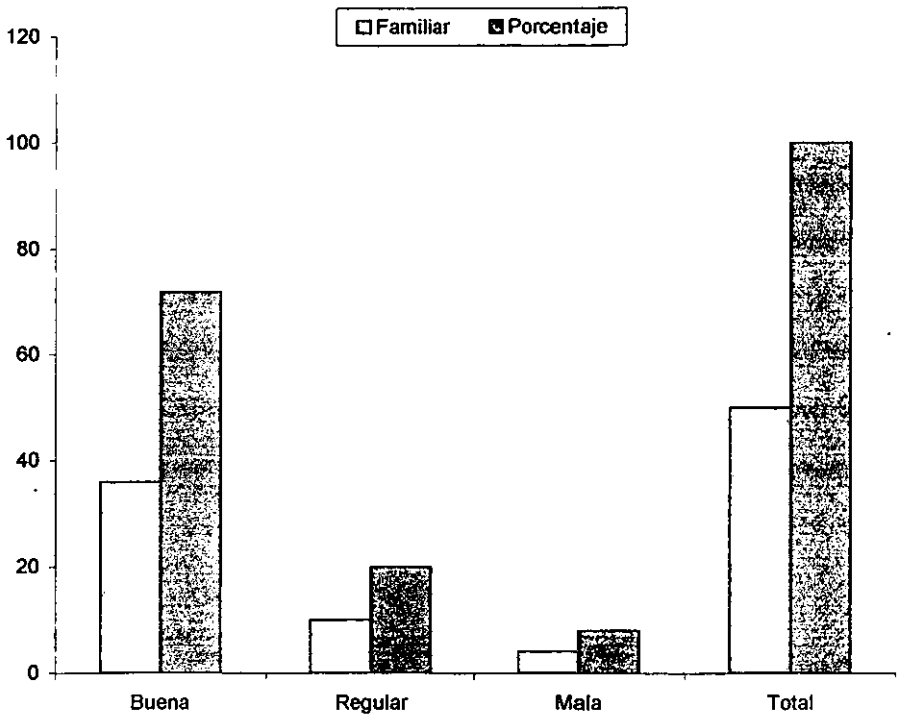
Relacion que sostenia el adolescente antes del embarazo

Opción	Familiar	Porcentaje
Buena	36	72
Regular	10	20
Malta	4	8
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a familiares de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

GRAFICA 6

Relacion que sostenia el adolescente antes del embarazo



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a familiares de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.



## ANALISIS E INTERPRETACION

### 6.- QUE RELACION SOSTENIA CON EL ADOLESCENTE ANTES DEL EMBARAZO:

En la investigación encontramos que, 4 familias tenían mala relación con la adolescente embarazada lo que equivale al 8% de la muestra, 10 familias tenían una relación regular con la adolescente embarazada lo que equivale al 20% de la muestra, 36 familias de la adolescente tenían una buena relación con ellas lo que equivale al 72% .

En la visita nos pudimos dar cuenta como es la situación familiar y que la relación familiar es importante y que la mayoría era buena, y por eso causo sorpresa cuando se encontraron con el embarazo de sus hijas aunque las que tenían pareja, no lo era por que tenían el conocimiento de esa relación.

La bibliografía menciona que de acuerdo a los problemas en que viven inmersos los padres en sus propios conflictos emocionales o dificultades de la vida diaria que no le permiten darse cuenta del desarrollo psico y social de su hija, que puede traducirse en el tipo de educación y relación con su hija.

BIBLIOGRAFIA: DE LA GARZA Quintanilla Carlos, Primigesta Adolescente.

## CUADRO 7

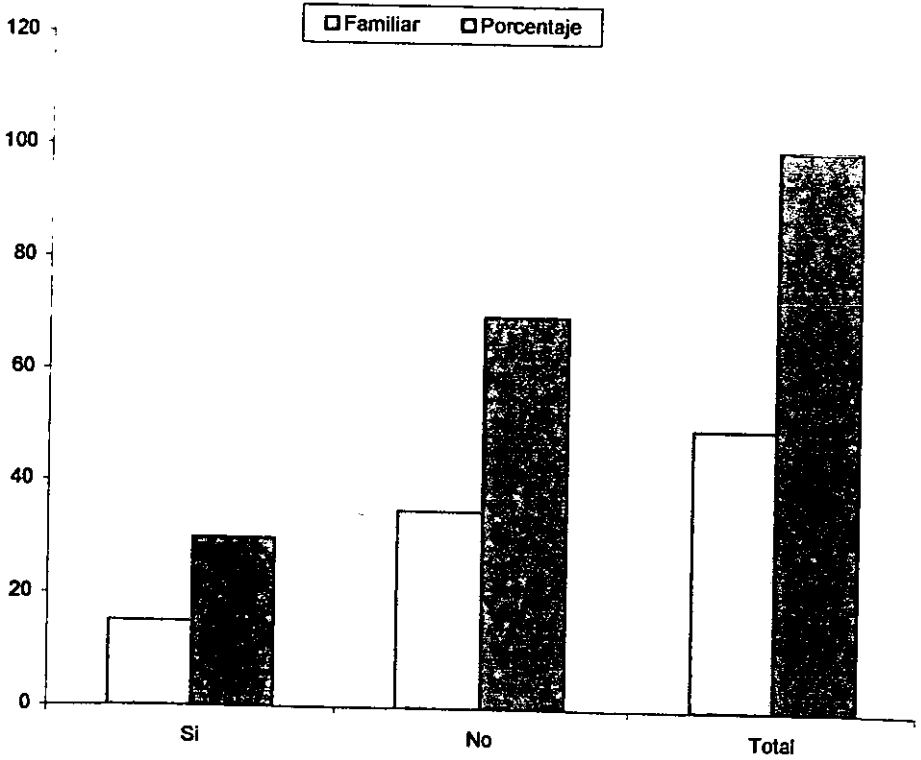
### Modificación despues del embarazo

Opción	Familiar	Porcentaje
Si	15	30
No	35	70
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a familiares de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

GRAFICA 7

Modificación despues del embarazo



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a familiares de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION:

### 7.- SE HA MODIFICADO LA RELACION CON LA ADOLESCENTE DESPUES DEL EMBARAZO:

En la entrevista nos dijeron seguir de este modo, 15 familias cambiaron su relación, lo que equivale al 30% de la muestra, 35 familias no cambiaron su relación con la adolescente, lo que equivale al 70% de la muestra.

Al visitar a la familia observamos el tipo de relación que mostraron sus familias durante la entrevista y la mayoría no cambio para mal si no continua siendo buena, lo que no paso con la otra parte.

La bibliografía señala: como una etapa critica cuando en la familia los hijos llegan a la adolescencia, y muchas familias que hasta entonces habían mantenido una buena comunicación, y por tanto un equilibrio familiar en ese momento lo pierden y es difícil recuperarlo. Sin embargo es posible lograr una nueva forma de comunicación que permita la independencia de cada uno de los integrantes, si hay disposición y respeto de las partes del conflicto.

BIBLIOGRAFIA: AGUILAR Gil Jose Angel, MEXFAMAM, AC

### CUADRO 8

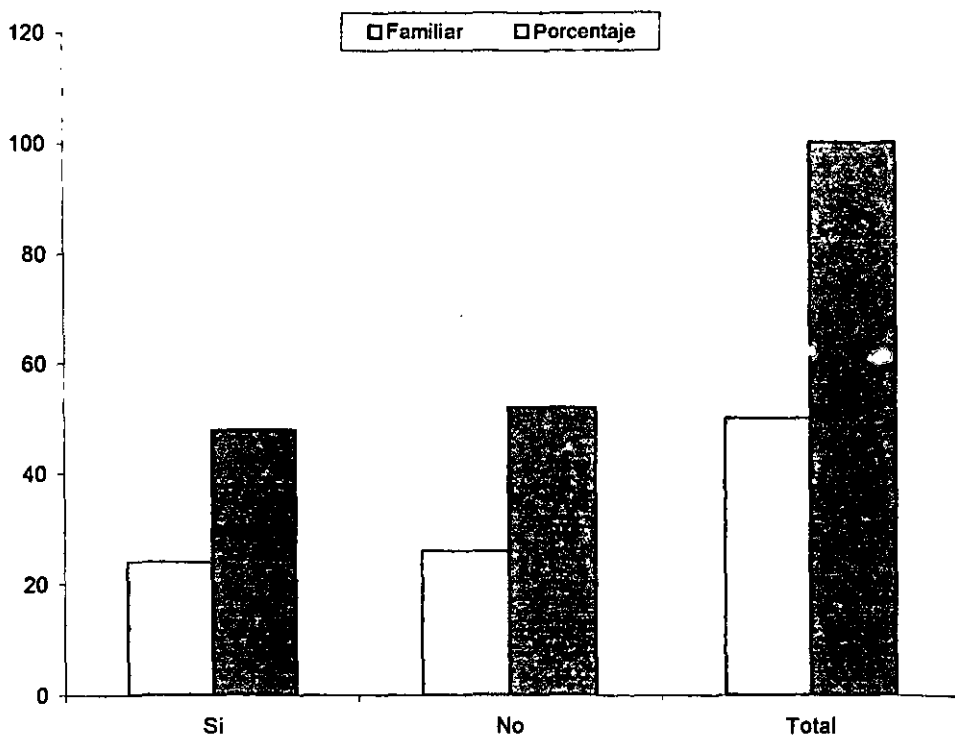
Familiares que contaban con una educ. sexual adecuada para la educacion del adolescente

Opción	Familiar	Porcentaje
Si	24	48
No	26	52
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a familiares de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

GRAFICA 8

Familiares que contaban con una educ. sexual adecuada para la educacion del adolescente



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a familiares de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

## ANALISIS DE INTERPRETACION

### 8.- CREE USTED QUE CUENTA CON UNA EDUCACION SEXUAL APROPIADA PARA LA ORIENTACION DE LA ADOLESCENTE:

Los resultados de la investigación fueron: 24 familias contaban con una educación sexual apropiada, lo que equivale al 48% de la muestra, 26 familias no contaban con educación sexual apropiada lo equivale al 52% de la muestra.

Aunque las familias dicen si tener la educación sexual apropiada nos contaron no ser suficiente la manera como se lo transmitieron a sus hijos e hijas y sienten que no fue suficiente lo que ellos les aportaron a sus hijos y que no pudieron darse a entender como ellos hubieran querido.

La bibliografía refiere que aun en la actualidad la percepción de los jóvenes refuerza el patrón de valoración de la sexualidad femenina solo a través de la procreación, los jóvenes no valoran a las mujeres que tienen relaciones con ellos sin un proyecto de matrimonio, valoran a las que no han tenido relaciones sexuales, o que las tienen dentro de un proyecto matrimonial, la modificación de estos patrones tan arraigados supone un cambio cultural revolucionario, pasar de la cultura de la reproducción compulsiva a la cultura de la salud sexual.

**BIBLIOGRAFIA:** BEHRMAN E. Richard, et. la Tratado de Pediatría

### CUADRO 9

#### Orientaron con oportunidad

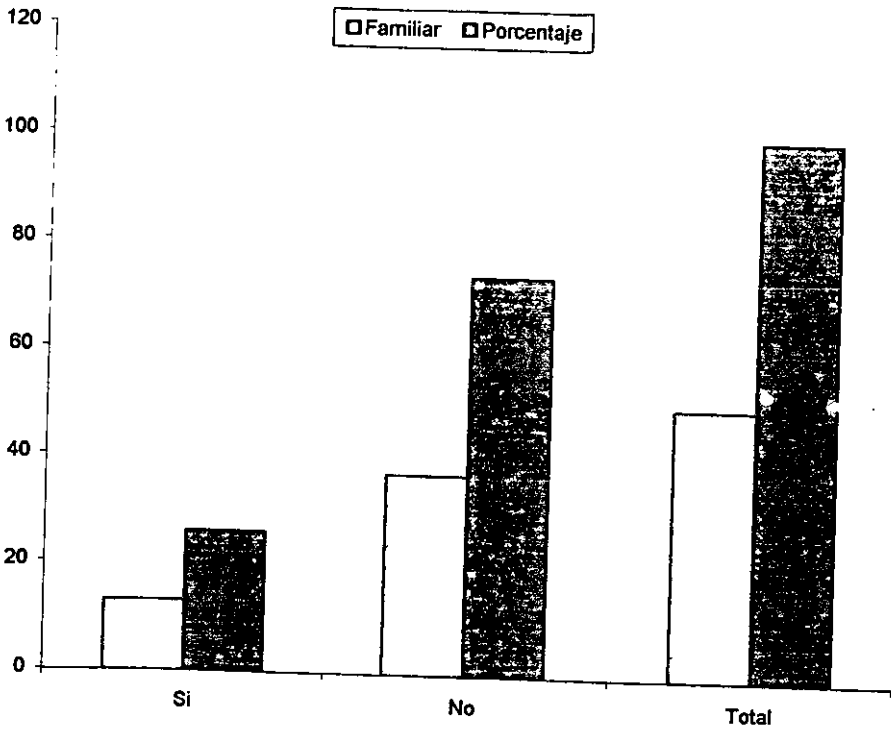
Opción	Familiar	Porcentaje
Si	13	26
No	37	74
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a familiares de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.



CUADRO 9

Orientaron con oportunidad



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a familiares de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 9.- LA ORIENTO CON OPORTUNIDAD:

Los resultados fueron, 13 familias dijeron si haber orientado a sus hijas, lo que equivale al 26% de la muestra, 37 familias dijeron no haber orientado a sus hijas lo que equivale al 74% de la muestra.

En la visita se vuelve al tema de la educación y es cuando los padres dudan de su orientación y la gran mayoría sienten que no fueron lo suficientemente claros y preparados para ello.

La bibliografía señalada: los padres defendieron el derecho de educar a sus hijos en la sexualidad, en conjunto con las organizaciones religiosas y la propia institución escolar, conservando los modelos sexuales dominantes y actuando como agentes de los procesos generales de socialización, la intromisión de los medios de comunicación, como la televisión, la radio, el cine modifica los patrones sexuales los cuales se ligan a factores consumistas y que aun en la actualidad no se han podido evaluar sus efectos.

BIBLIOGRAFIA: ATLAS de sexualidad, Euroméxico S.A. de C.V.

### CUADRO 10

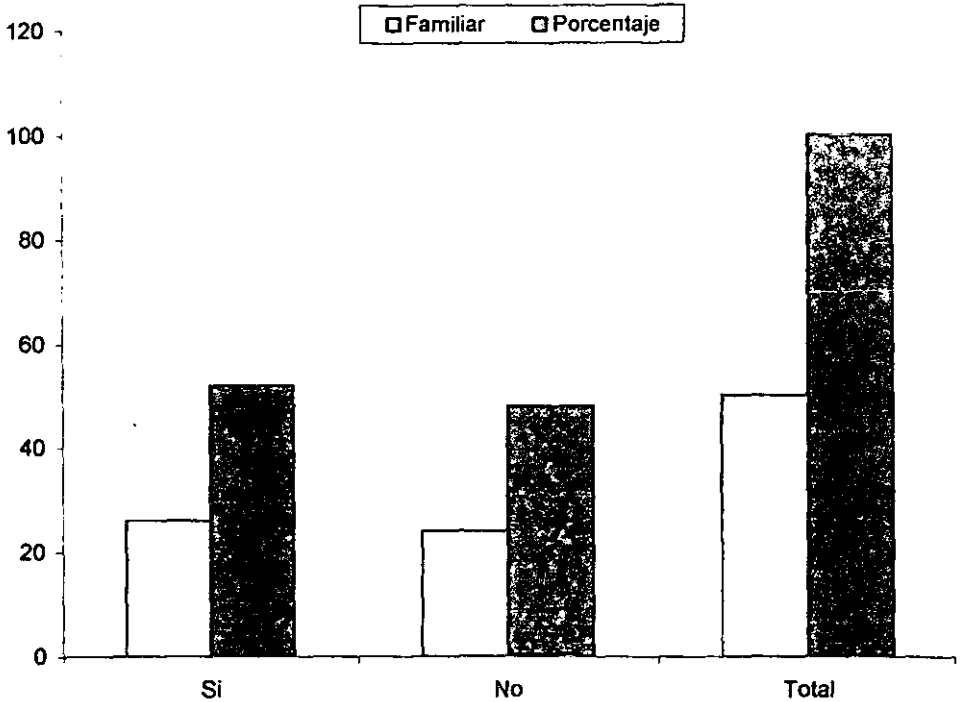
Representaron carga económica a la adolescente y su hijo

Opción	Familiar	Porcentaje
Si	26	52
No	24	48
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a familiares de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

GRAFICA 10

Representaron carga economica a la adolescente y su hijo



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a familiares de madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 10.- A REPRESENTADO PARA USTED UNA CARGA ECONOMICA LA ADOLESCENTE Y SU HIJO:

Según la investigación nos encontramos que 24 familias de la adolescente y su hijo nos dijeron que no representaron una carga económica, lo que equivale al 48% de la muestra, 26 familias de las adolescentes refirieron, si representaron carga económica para ellos la adolescente y su hijo lo que equivale al 52% de la muestra.

En la visita pudimos comprobar que la adolescente y su hijo si son carga económica pero tratan de salir adelante con el/a y su hijo, aunque eso no quiera decir que tengan todo lo necesario para ellos, al menos lo mas indispensable para ayudar a la adolescente y a su hijo.

La bibliografía señala: los desequilibrios socioeconómicos que predispone el embarazo en la adolescente a nivel familiar repercute en consecuencias psicosociales de los hijos de los padres adolescentes, familia numerosa, desnutrición adquirida en los hijos, negligencia en su cuidado y repercusiones en su desarrollo físico y psicológico.

BIBLIOGRAFIA: COHEN Gean et.al "Enciclopedia de la vida sexual de la fisiología a la psicología"

**4. Representación de cuadros, gráficas e interpretación de las encuestas realizadas a la madre adolescente acerca del recién nacido.**

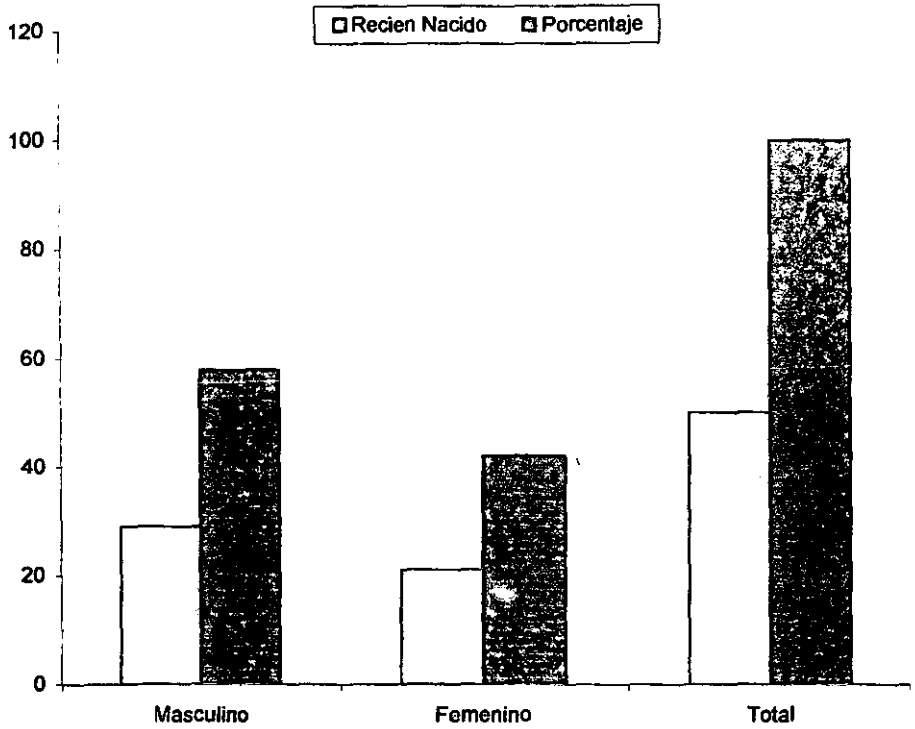
### CUADRO 1

#### Sexo Recién nacido

Opcion	Recién Nacido	Porcentaje
Masculino	29	58
Femenino	21	42
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

GRAFICA 1  
SEXO RECIEN NACIDO



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.



## ANALISIS E INTERPRETACION.

### 1. SEXO RECIEN NACIDO:

El resultado de las entrevistas fue, 29 recién nacidos del sexo masculino con un porcentaje del 58% y 21 recién nacidos del sexo femenino con un porcentaje del 42%.

Predomina el sexo masculino, al llevar a cabo las encuestas nos dimos cuenta de la importancia que tiene para los padres que el primer hijo sea hombre el nacimiento de un hijo impone la creación de un sistema protector y transforma la relación entre los seres humanos .

De acuerdo a la bibliografía. Hablar de igualdad o desigualdad de los sexos es partir de supuestos erróneos.

La mujer no es igual ni desigual al hombre si no que es sencillamente " lo otro " en lugar de igualdad y desigualdad yo hablaría de " alteridad de los sexos " esta alteridad se revela en todos los planos, desde los biológicos hasta los espirituales. La mujer actual tiene derecho a participar en la vida social con la misma amplitud que el hombre

de acuerdo a la bibliografía. En nuestra cultura las condiciones para el desarrollo de los varones y de las mujeres adolescentes son diferentes uno y otros son sometidos a diferentes sistemas de restricciones normas y expectativas del rol, el varón se ve orientado hacia actividades económicas y productivas a la mujer se le adiestra tanto para las tareas de la vida hogareña así como para el trabajo fuera del hogar.

Bibliografía. El libro de la vida sexual pag. 13 y 14

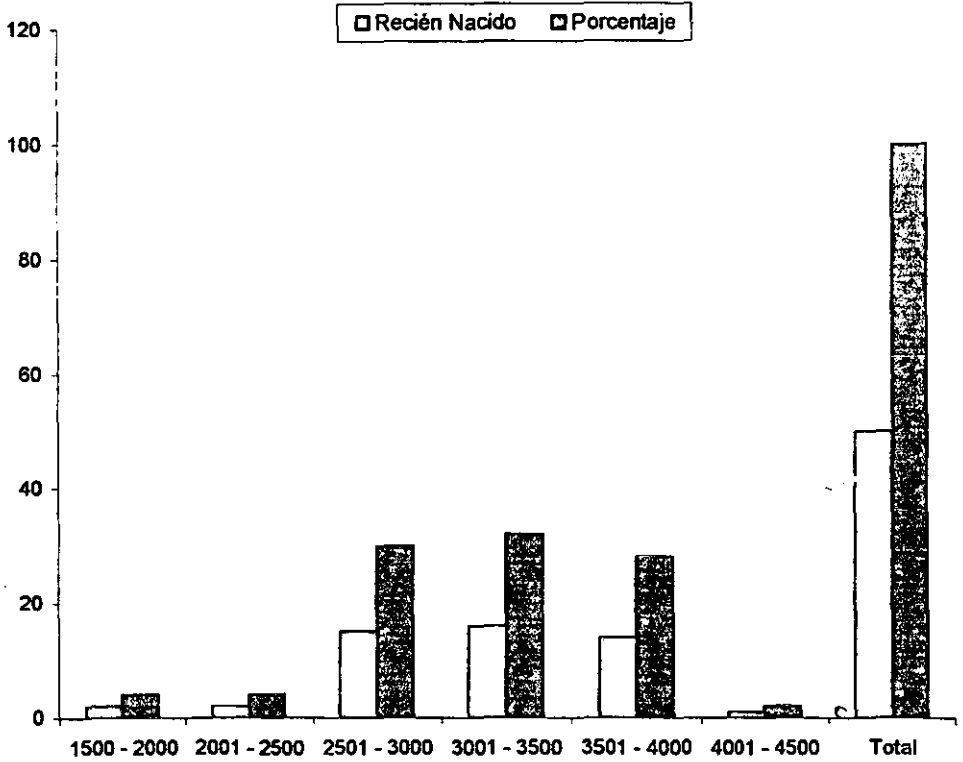
## CUADRO 2

### Peso del Recién nacido

Opción	Recién Nacido	Porcentaje
1500 - 2000	2	4
2001 - 2500	2	4
2501 - 3000	15	30
3001 - 3500	16	32
3501 - 4000	14	28
4001 - 4500	1	2
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

GRAFICA 2  
PESO RECIEN NACIDO



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 2. PESO RECIEN NACIDO:

El resultado de la entrevista fue 16 recién nacidos con un porcentaje de 32% pesaron entre 3001 a 3500 kilogramos

15 recién nacidos con un porcentaje del 30% pesaron de 2501 a 3000 Kg

14 recién nacidos con un porcentaje del 28% pesaron de 3501 a 4000 Kg

2 recién nacidos con un porcentaje del 4% pesaron de 2001 a 2500 Kg

2 recién nacidos con un porcentaje del 4% pesaron de 1500 a 2000 Kg

1 recién nacido con un porcentaje de un 2% peso 4001 a 4500 Kg

Por lo tanto el resultado general nos informa que un 90% fueron recién nacidos a término con un peso normal, un 8% prematuros pre-término, y un 2% macrosómico post-término.

Según las investigaciones realizadas, las complicaciones médico obstétricas y el resultado perinatal tradicionalmente atribuidos a las "condiciones fisiológicas de la madre adolescente", no se observan con una frecuencia mayor a la de otro grupo de edad.

De acuerdo a la literatura el peso y talla del recién nacido de 40 semanas es:

	Masculino			femenino		
Peso al nacer	2720	3200	3700	2680	3130	3600
Talla	49.0	51.0	53.0	49.0	51.0	52.5

Bibliografía. La salud del niño y del adolescente, autor; Martínez y Martínez R. Pag. 168 a 170

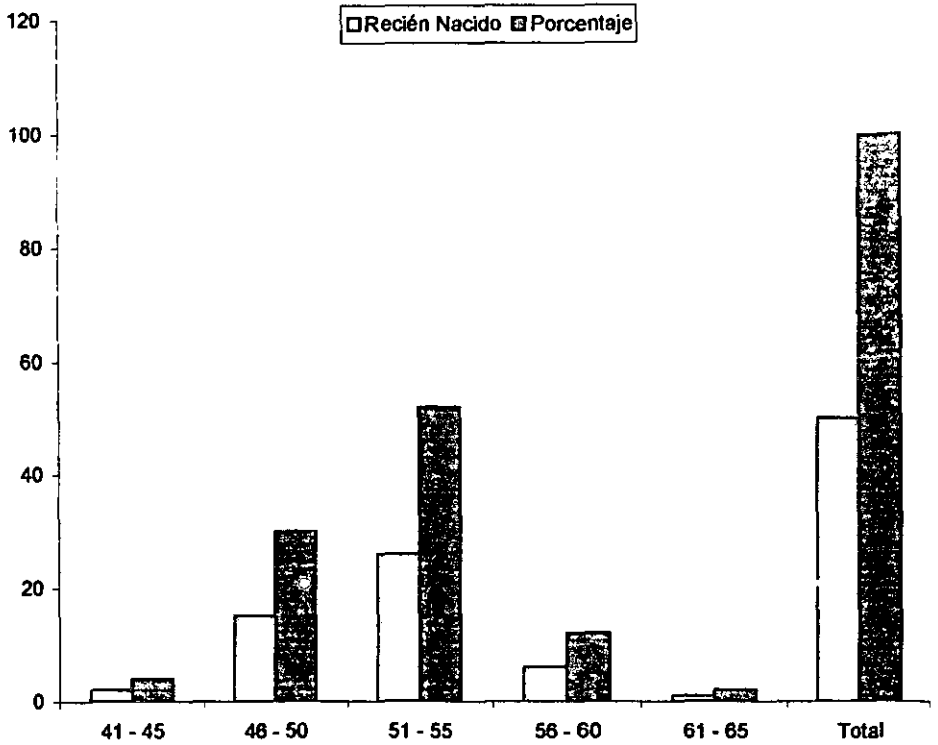
### CUADRO 3

#### Tallas del Recién nacido

Opción	Recién Nacido	Porcentaje
41 - 45	2	4
46 - 50	15	30
51 - 55	26	52
56 - 60	6	12
61 - 65	1	2
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

GRAFICA 3  
TALLAS DEL RECIEN NACIDO



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 3. TALLAS RECIEN NACIDOS:

El resultado de la entrevista fue 26 recién nacidos con un porcentaje 52% tuvieron una talla de 51 a 55 centímetros, 15 recién nacidos con un porcentaje del 30% talla de 46 a 50 centímetros, 6 recién nacidos con un porcentaje del 12% una talla de 56 a 60 centímetros, 2 recién nacidos con un porcentaje del 4% talla de 41 a 45 centímetros, y 1 recién nacido con un porcentaje del 2% talla de 61 a 65 centímetros.

Con estos resultados valoramos la talla como una característica de la somatometría. Nos damos cuenta que el 82% logran los valores normales de la talla del recién nacido a término, el 4% prematuro pre-término y el 2% posttérmino macrosómico.

De acuerdo a la literatura una buena exploración física en el recién nacido es elemental e indispensable para normar el criterio de diagnóstico y manejo, por lo que debe ser lo más completa y comprender tanto la somatometría como la exploración física y neurológica. Dentro la somatometría está la talla dándonos los parámetros normales de acuerdo al peso y a la edad de gestación estos son de 49 centímetros a 53 centímetros.

	Masculino			femenino		
Peso al nacer	2720	3200	3700	2680	3130	3600
Talla	49.0	51.0	53.0	49.0	51.0	52.5

Bibliografía. La salud del niño y del adolescente, autor; Martínez y Martínez R.

Pag. 169 y 170

#### CUADRO 4

##### Apgar del Recién nacido

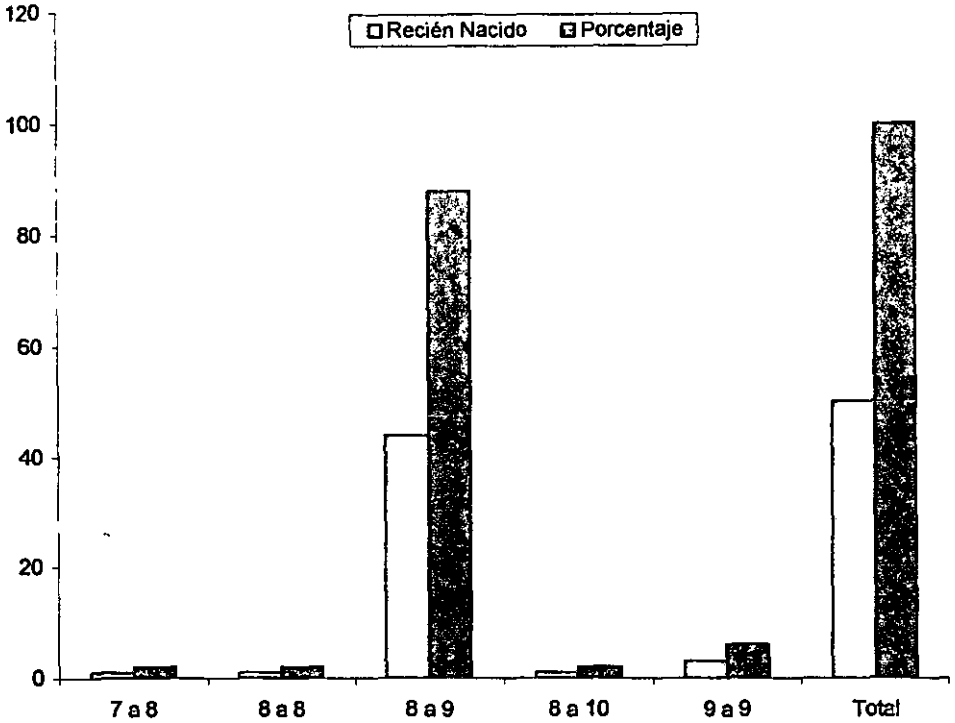
Opción	Recién Nacido	Porcentaje
7 a 8	1	2
8 a 8	1	2
8 a 9	44	88
8 a 10	1	2
9 a 9	3	6
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán Sinaloa en el año de 1998.



GRAFICA 4

APGAR DEL RECIEN NACIDO



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION.

### 4. APGAR DEL RECIEN NACIDO

El resultado de las entrevistas fueron los siguientes porcentajes

44 recién nacidos con un porcentaje del 88% obtuvieron una calificación 8- 9, 3 recién nacidos con un porcentaje del 6% una calificación de 9 – 9, un recién nacido con un porcentaje de un 2% 8 – 10, un recién nacido con un porcentaje del 2% 8 – 8, y 1 recién nacido con un porcentaje 2% 7 – 8.

con estos resultados comprobamos que el 98% de los recién nacidos no presentaron ningún problema de asfixia al nacimiento, la calificación del apgar en el recién nacido se toma al minuto y a los cinco minutos, nos damos cuenta que las madres adolescentes no presentaron ningún problema de riesgo perinatal, podemos decir que un 100% de los recién nacidos, no presentaron problemas al nacimiento, ya que el 2% que tuvo una calificación de 7 al minuto, Y a los cinco minutos fue de 8 se considera normal.

Según la literatura la evaluación del apgar fue creada por la doctora Virginia Apgar en 1953, para evaluar en forma rápida, objetiva y cuantitativa la condición del niño, posterior al nacimiento. En la actualidad se considera una medida útil para valorar la condición clínica del recién nacido al minuto y a los cinco minutos, así como un indicador de la respuesta clínica a las medidas de reanimación.

Así si el niño tiene Apgar de 8 – 10 se considera normal, si tiene de 4 – 7 presenta una asfixia leve o moderada o apnea primaria, y si tiene una calificación de 0 – 3 se considera una asfixia grave o apnea secundaria

de acuerdo a los resultados se establecen las medidas de reanimación Fundamentándose en la literatura. Aun cuando la proporción del recién nacido con un peso igual o menor 2000 Gms, fue mayor en el grupo adolescente, lo que pudiera responder al menor puntaje de apgar al primer minuto en este grupo, la valoración a los 5 minutos que traduce el grado de recuperación no sé demuestran diferencias y se considera con un valor superior a siete, que permite considerar al recién nacido en condiciones satisfactorias.

Referencia bibliográfica.

Pediatría la salud del niño y del adolescente; Autor Martínez M

Pag. 170

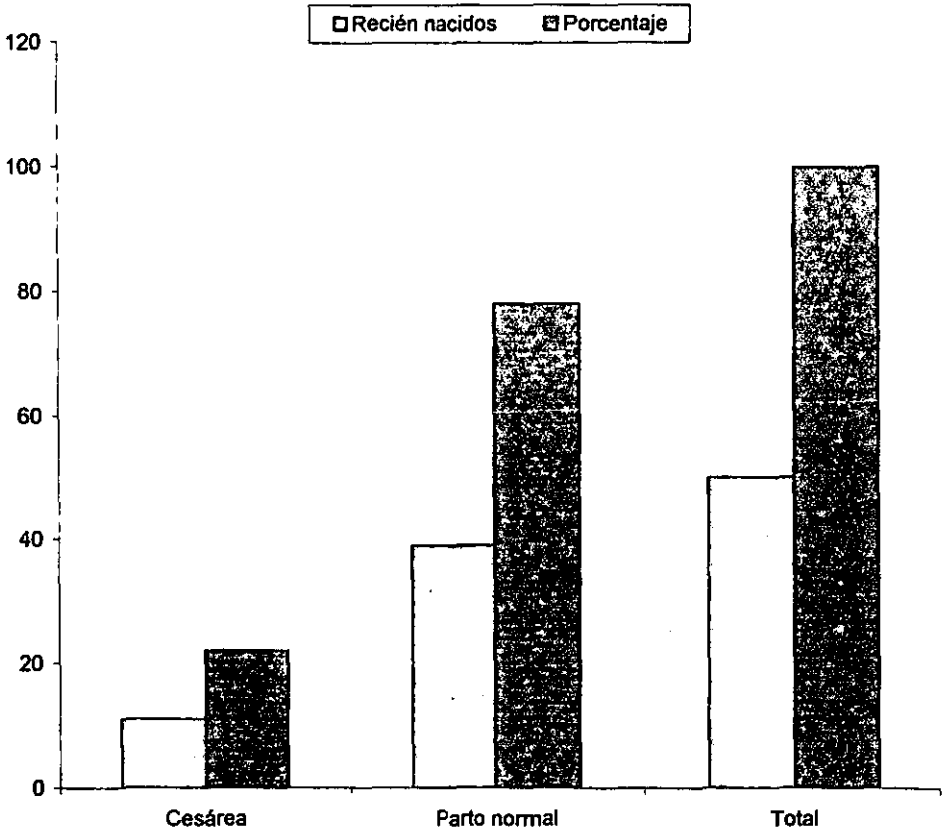
### CUADRO 5

#### Nacimientos por

Opción	Recién nacidos	Porcentaje
Cesárea	11	22
Parto normal	39	78
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

GRAFICA 5  
NACIMIENTOS POR



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 5. NACIDOS POR.

El resultado de la entrevista fue 39 partos normales con un porcentaje del 78% y 11 cesáreas con un porcentaje del 22% Nos damos cuenta que la mayoría fueron partos normales aparentemente sin problemas con excepción de algunas que presentaron desproporción Cefalopelvica, pre-eclamsia y desnutrición.

De acuerdo a la literatura según estudios realizados las complicaciones medico obstétricas no difirieron en frecuencia entre las adolescentes embarazadas y las mujeres de 20 a 34 años de edad. Las condiciones al nacimiento del hijo de madres adolescentes son satisfactorias con relación a otros grupos.

El hijo de madre adolescente es en la mayoría de los casos de termino, él nacimiento es principalmente por vía vaginal, en una proporción mínima de los casos asistido con fórceps.

### Bibliografía.

Atlas de sexualidad, ediciones euromexico S.A de C.V. 1999

Pag. 42

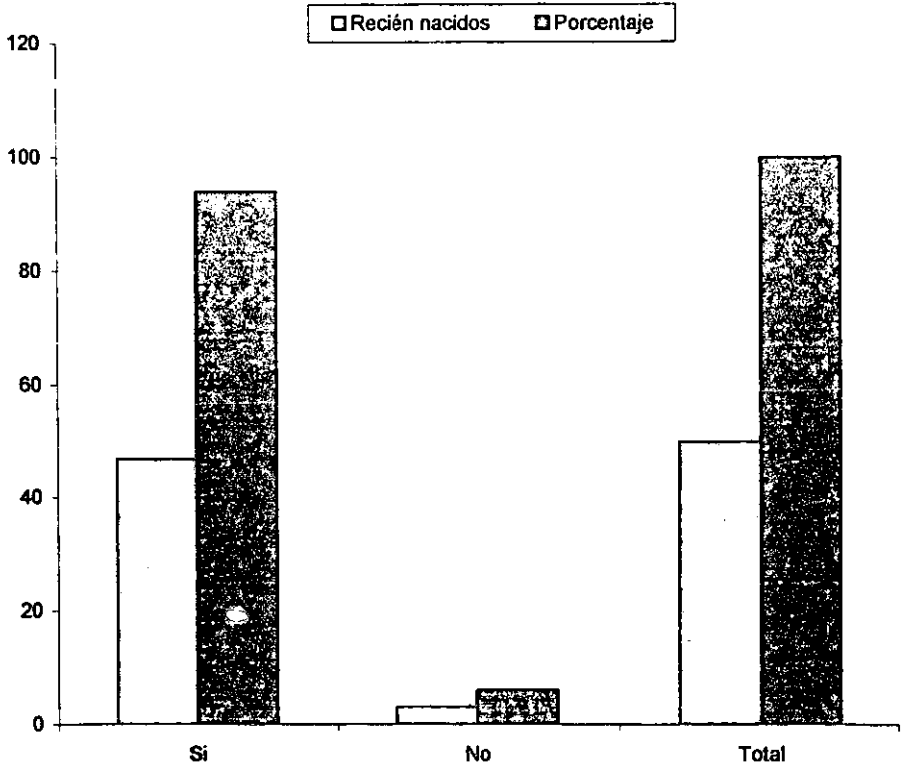
## CUADRO 6

### Alimentados por seno materno

Opción	Recién nacidos	Porcentaje
Si	47	94
No	3	6
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

GRAFICA 6  
ALIMENTADOS POR SENO MATERNO



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.



## ANALISIS E INTERPRETACION

### 6. FUE ALIMENTADO POR SENO MATERNO

El resultado de las entrevistas fueron 47 recién nacidos con un porcentaje del 94%, fueron alimentados al seno materno (alimentación natural), y 3 recién nacidos con un porcentaje del 6% con alimentación artificial

Nos damos cuenta que el movimiento mundial para la promoción y apoyo de la lactancia materna esta dando resultados positivos, ya que el objetivo de estos es contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y eficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural, que nos da ventajas inmunológicas, nutricionales y psicosociales.

La academia americana de pediatría recomienda la leche materna como el alimento optimo para los primeros cuatro a seis meses de vida. Las ventajas que brinda la leche materna a los recién nacidos y lactantes casi siempre son inmunológicas, nutricionales y psicosociales.

En México, la secretaria de salud e importantes sectores de la sociedad, trabajan intensamente para recuperar a plenitud la practica de la lactancia, natural. El sistema nacional de salud ha unido sus esfuerzos para eliminar barreras y crear condiciones propicias para establecer la lactancia natural como único recurso de alimentación y nutrición durante los primeros 4 a 6 meses de la vida del nuevo ser.

Bibliografía ..

Pediatría la salud del niño y del adolescente; Autor Martínez M

Pag. 170

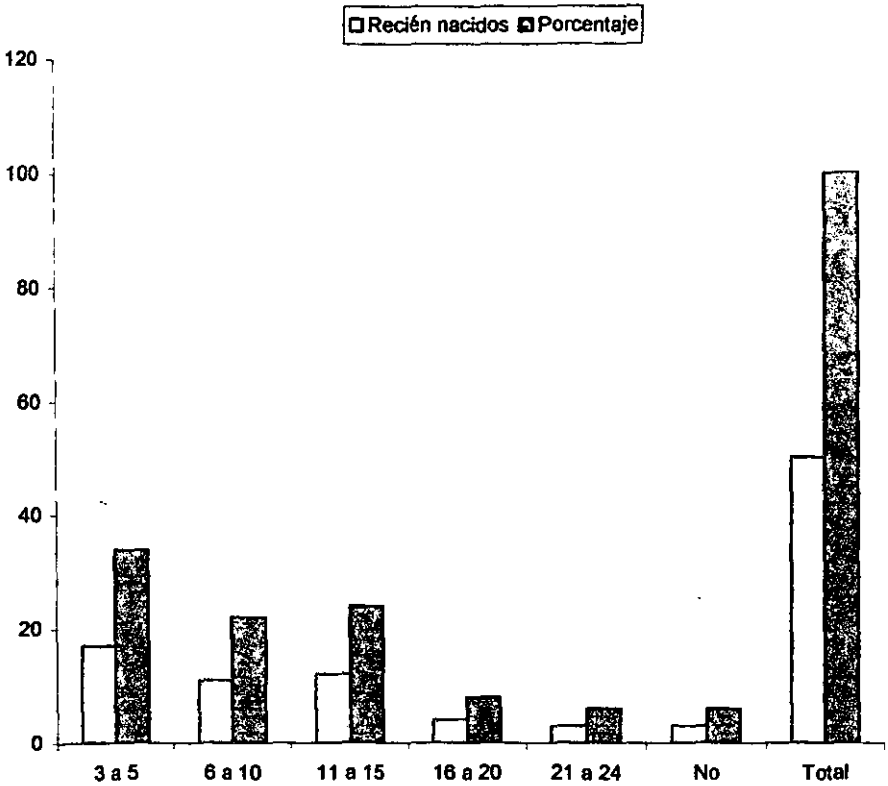
## CUADRO 7

### Termino de lactancia

meses	Recién nacidos	Porcentaje
3 a 5	17	34
6 a 10	11	22
11 a 15	12	24
16 a 20	4	8
21 a 24	3	6
No	3	6
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

GRAFICA 7  
 TERMINO DE LACTANCIA



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 7. A QUE EDAD DEJO DE ALIMENTARLO AL SENO MATERNO:

El resultado de las entrevistas nos informa que 17 recién nacidos con un porcentaje del 34% dejaron la lactancia materna de 3 a 5 meses, 12 recién nacidos, con un porcentaje del 24% terminaron la lactancia materna de 11 a 15 meses, 11 recién nacidos con un porcentaje del 22% terminaron la lactancia. De 6 a 10 meses, 4 recién nacidos con un porcentaje del 8% terminaron la lactancia materna de 16 a 20 meses, 3 recién nacidos con un porcentaje del 6% terminaron la lactancia materna de 21 a 24 meses y 3 recién nacidos con un porcentaje del 6% no tuvieron lactancia materna.

El destete lo debe realizar voluntariamente el niño, pero a veces por necesidades, falta de información de los padres, estos no les dan lo prioritario que debería de ser desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad. Con estos resultados nos damos cuenta que el 34% de los lactantes no terminaron la lactancia materna prioritaria adelantándose los padres al destete. Y otro 6% que no tuvieron lactancia lo cual fue por inmadurez de los padres adolescentes, falta de información, control prenatal.

De acuerdo a la literatura las etapas para el desarrollo de la alimentación son:

Periodo de lactancia exclusiva: 6 meses.

Periodo de transición: entre 5 y 8 meses.

Periodo adulto modificado entre 6 a 12 meses.

La mayoría de los niños suspenden voluntariamente la alimentación al seno materno entre el año y los 3 años, esto es el destete natural, si la madre

### CUADRO 8

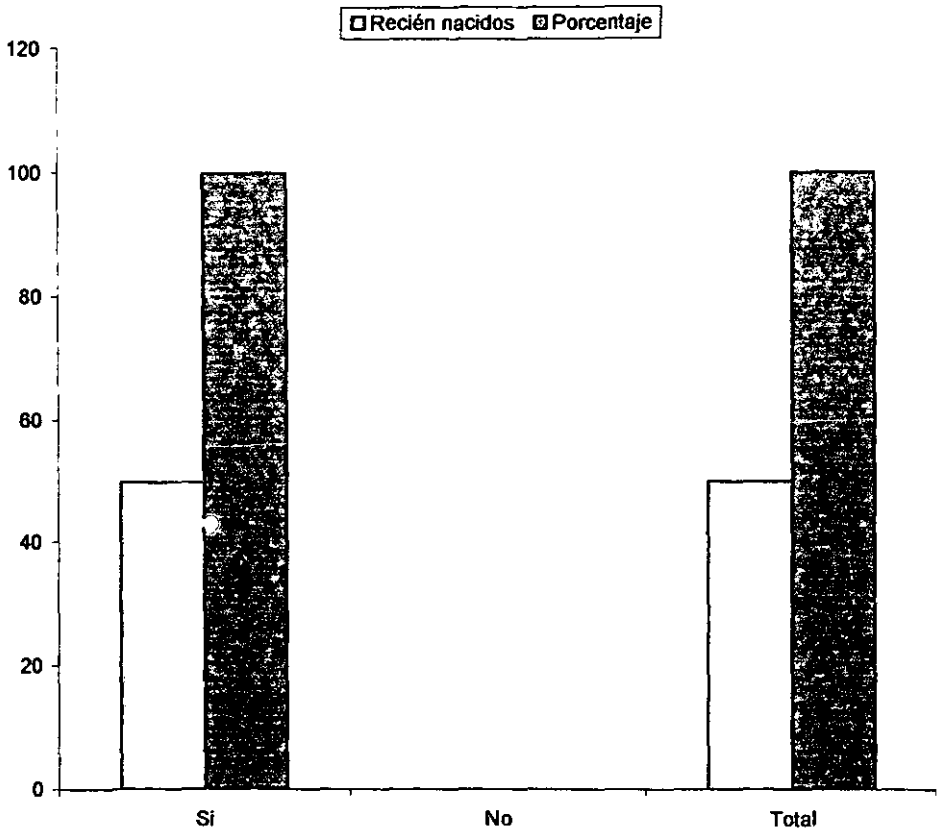
#### Aplicación de vacunas correspondientes

Opción	Recién nacidos	Porcentaje
Si	50	100
No	0	0
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

GRAFICA 8

APLICACIÓN DE VACUNAS CORRESPONDIENTES



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Graf. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 8. SE LE HAN APLICADO LAS VACUNAS CORRESPONDIENTES:

El resultado de las entrevistas fue 50 recién nacidos con un porcentaje del 100% se le aplicaron las vacunas correspondientes

El resultado es positivo ya que logramos durante el primer año de vida que el niño recibiera las siguientes vacunas. Al nacimiento BCG y vacuna oral de la poliomielitis, esta última se repite a los 2, 4 y 6 meses de edad, junto con la vacuna triple DPT., a los 12 meses de edad se aplica la vacuna anti-sarampión o desde los 6 meses de edad en casos necesarios

Según Edsall, nunca en la historia del proceso humano se ha desarrollado un método mejor y más barato para prevenir enfermedades que la vacunación. El objetivo de la vacunación en pediatría es proteger en forma específica a través del proceso de inmunización activa contra el grupo de enfermedades que tienen alta morbilidad. El esquema de vacunación universal durante el primer año de vida es al nacimiento la BCG, y vacuna oral de la poliomielitis, esta última se repetirá durante los 2, 4 y 6 meses de edad junto con la triple DPT a los 12 meses la anti-sarampión o en caso necesario se aplica a los 6 meses.

Bibliografía. La salud del niño y del adolescente autor: Martínez y Martínez.

Pag. 519 y 520

### CUADRO 9

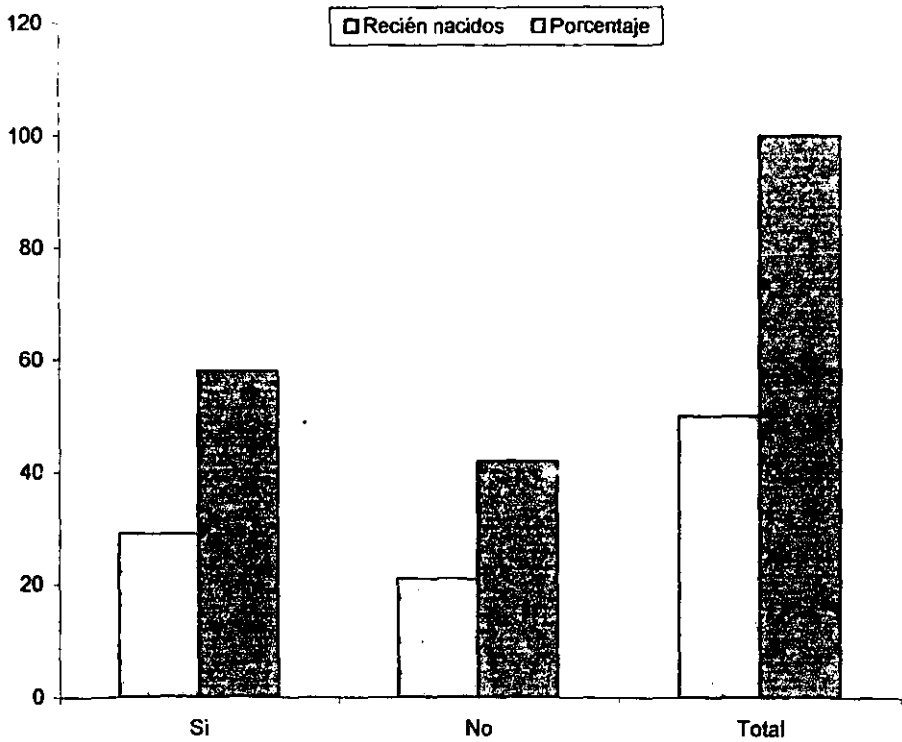
#### Control del niño sano

Opción	Recién nacidos	Porcentaje
Si	29	58
No	21	42
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.



GRAFICA 9  
CONTROL DEL NIÑO SANO



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 9. SE HA LLEVADO EL CONTROL DEL NIÑO SANO

El resultado de las entrevistas fue, 29 recién nacidos con un porcentaje del 58% llevaron control del niño sano y 21 recién nacidos con un porcentaje del 42% no llevaron control del niño sano

Confirmamos con estos resultados 58 % de los lactantes tuvieron asesoría sobre su desarrollo psicomotor, y detectaron a tiempo cualquier problema de nutrición, lenguaje, coordinación social y motora. Pero el otro 42% por falta de inmadurez de las adolescentes, de información sobre alimentación, desarrollo psicomotor del lactante, alguno de esos lactantes presentaron problemas de desnutrición, lenguaje tardío, crecimiento y desarrollo.

El control del niño sano es importante porque podemos detectar a tiempo problemas de desnutrición desarrollo psicomotor y orientar a la madre sobre alimentación adecuada, técnicas de estimulación para favorecer el desarrollo y citar a consultas subsecuentes con la periodicidad que se requiera.

De acuerdo a la literatura el control del niño sano, es el control del desarrollo psicomotor del niño en el cual se le orienta a la madre sobre alimentación, crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, afecciones más frecuentes y prevención de accidentes, cada una de acuerdo a la edad, se califican ciertas conductas de lenguaje, social, coordinación y motora, con criterios de evaluación.

Bibliografía. Manual del niño sano IMSS.

Pag. 4 y 5

### CUADRO 10

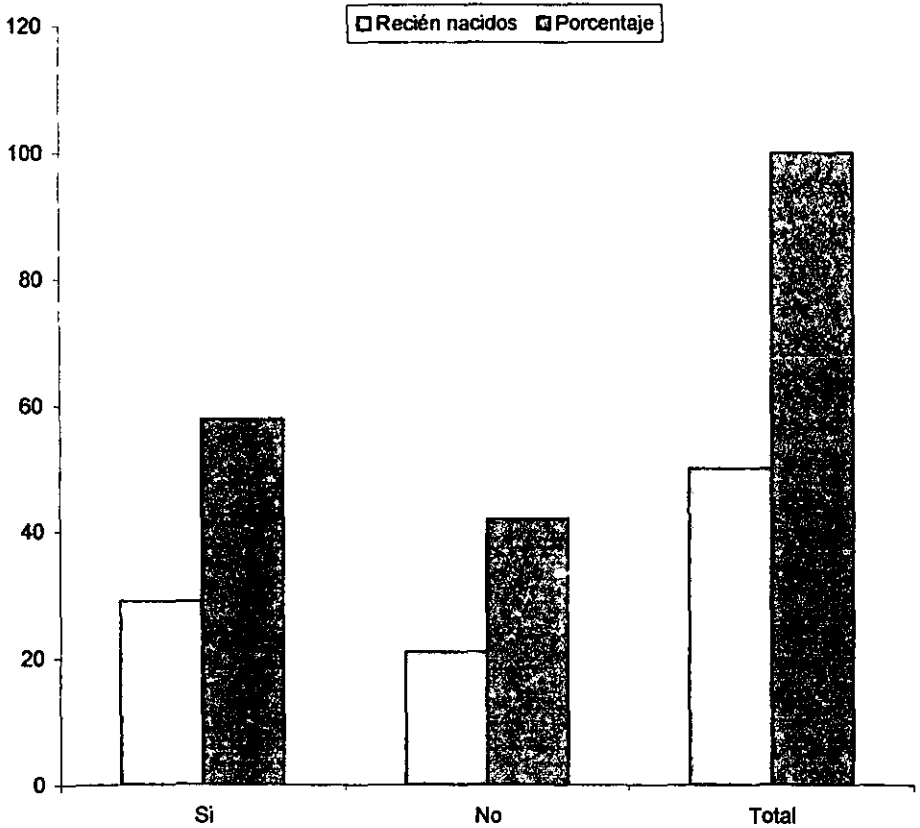
Padecieron enfermedades desde su nacimiento

Opción	Recién nacidos	Porcentaje
Si	29	58
No	21	42
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

GRAFICA 10

PADECIERON ENFERMEDADES DESDE SU NACIMIENTO



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 10. HA PADECIDO ENFERMEDADES DESDE SU NACIMIENTO:

El resultado de las entrevistas fue, 29 lactantes con un porcentaje del 58% no presentaron enfermedades desde su nacimiento y 21 lactantes con un porcentaje del 42% si presentaron enfermedades desde su nacimiento

los resultados de las encuestas fueron satisfactorios ya, que un 58% no presentaron enfermedades desde su nacimiento hasta el primer año de vida y el otro 42% del cual el 30% presentaron problemas leves de las vías respiratorias, resfriados y el otro 12% si presentaron problemas de desnutrición, retraso en el desarrollo psicomotor, si verificamos nos damos cuenta que de ese 12% fueron los bebes que no tuvieron lactancia materna, ni control del niño sano.

De acuerdo a la literatura la leche materna es el mejor alimento del recién nacido hasta los 6 meses, porque ayuda a prevenir enfermedades, fortalece la relación afectiva madre – hijo, permite al niño un sano crecimiento y desarrollo y es la más económica e higiénica.

Bibliografía.

Manual del niño sano IMSS.

Pag. 7

### CUADRO 11

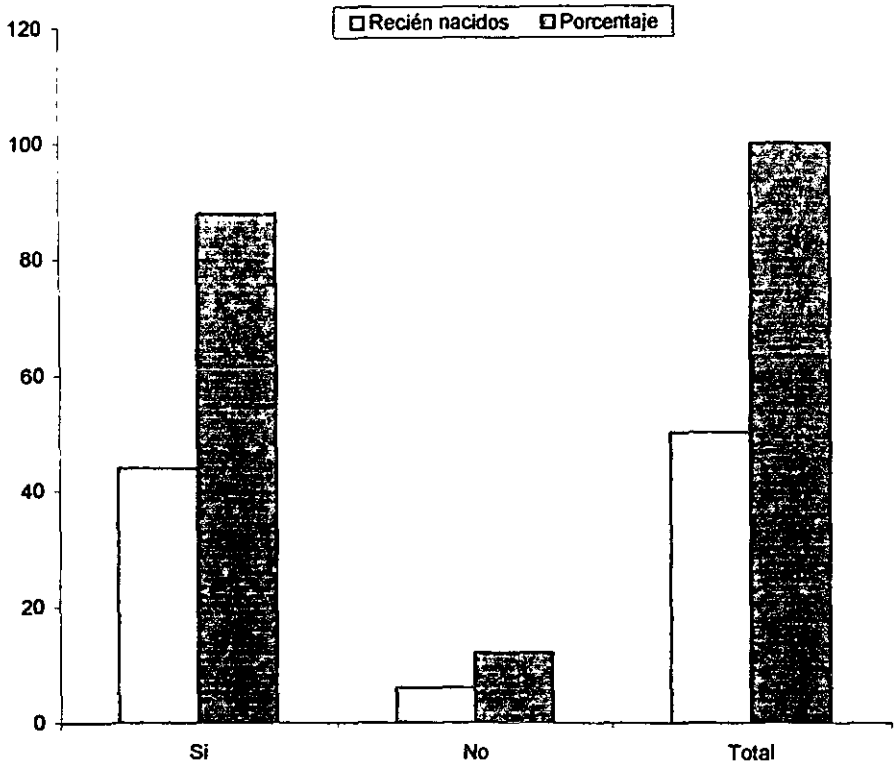
Recién nacido que tuvieron crecimiento y peso adecuado

Opción	Recién nacidos	Porcentaje
Si	44	88
No	6	12
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

GRAFICA 11

RECIEN NACIDO QUE TUVIERON CRECIMIENTO Y PESO ADECUADO



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 11. CONSIDERA QUE SU BEBE HA TENIDO UN CRECIMIENTO Y AUMENTO DE PESO ADECUADO:

El resultado de las entrevistas fue, 44 lactantes con un porcentaje del 88% tuvieron crecimiento y peso adecuado y 6 lactantes con un porcentaje del 12% no tuvieron crecimiento y peso adecuado.

Como comentamos anteriormente el 88% tuvieron crecimiento y peso adecuado según información de las madres, y el 12% problemas de desnutrición, amibiasis, falta de atención de parte de los padres. al momento de las encuestas nos dimos cuenta que la mayoría de los lactantes son atendidos por sus abuelas los cuales carecen de atención a pesar de todo esto los resultados fueron buenos.

Las investigaciones claramente demuestran, el papel de la leche materna en la prevención de diarreas. Con repercusión significativa sobre el estado nutricional de los niños y disminución de su mortalidad relacionadas con diarreas, las propiedades anti – infecciosas adquieren, en este sentido, un significado nutricional ya que al proteger al niño de infecciones evitan el desarrollo de desnutrición. También por la falta de atención no detectan a tiempo patologías del lactante.

Manual de alojamiento conjunto y lactancia materna, SSA, 1991

Pag. 29 y 30



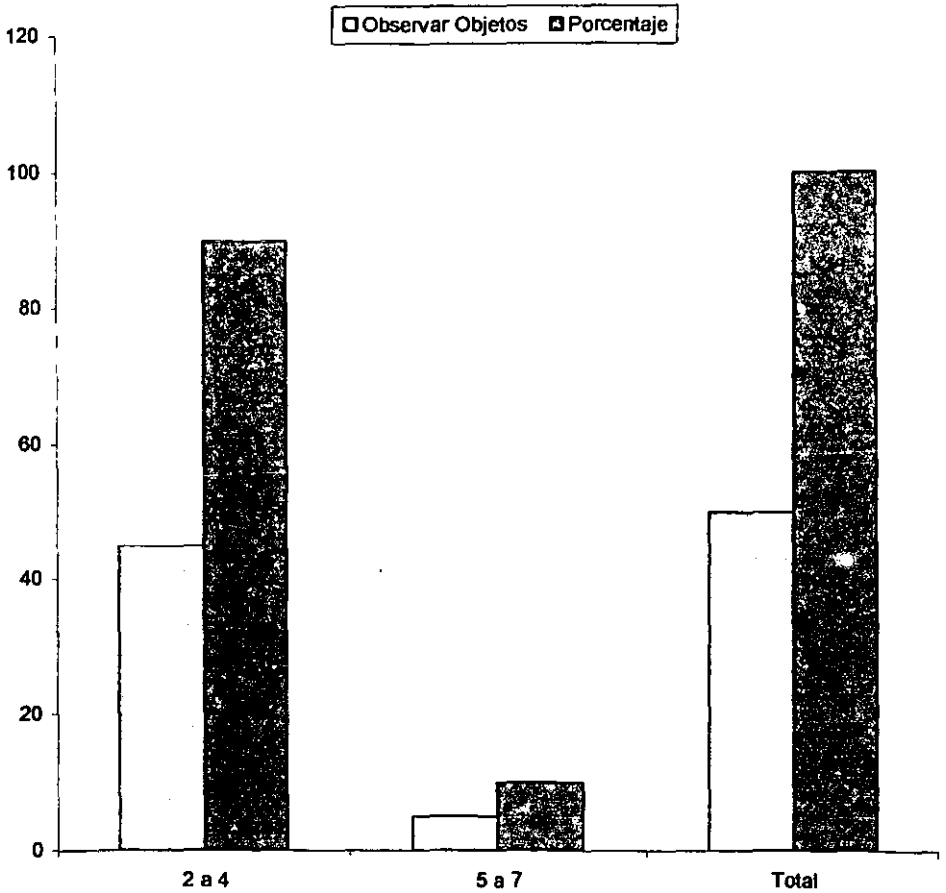
## CUADRO 12

Edad en la que comenzo a observar los objetos

Meses	Observar Objetos	Porcentaje
2 a 4	45	90
5 a 7	5	10
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Graf. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

GRAFICA 12  
Edad en la que comenzo a observar los objetos



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 12. A QUE EDAD COMENZO A OBSERVAR LOS OBJETOS:

El resultado de la entrevista fue, 45 lactantes con un porcentaje del 90% comenzaron a observar los objetos de 2 a 4 meses y 5 lactantes con un porcentaje del 10%, comenzó de 5 a 7 meses.

Por lo tanto el resultado de la entrevista es satisfactorio. Un 90% tuvieron un buen desarrollo físico y de coordinación. Y el 10% de los lactantes que comenzaron de 5 a 7 meses, se les debería de haber dado a su tiempo orientación para favorecer el desarrollo del niño, aunque se considera el desarrollo de este 10% dentro de límites normales

De acuerdo a la literatura entre los 3 y 4 meses, la desaparición del reflejo de presión, les permite tanto sostener objetos como dejarlos de forma voluntaria. El mayor control de la flexión del tronco permite el giro intencionado, mejor el control de la cabeza lo que permite que el niño mire alrededor de las cosas y no solamente a ellas

De acuerdo a la literatura la evaluación del desarrollo psicomotor del menor de 2 años. A la edad de 0 a 3 meses, la coordinación del lactante es: sigue con la mirada objetos móviles, busca con la mirada la fuente del sonido, mueve la cabeza y los ojos en busca del sonido

bibliografía:

1.- tratado de pediatría Nelson volumen 1 decimoquinta edición

autor: Behrman, Kliegman y Arvin. Pag. 46

2.- evaluación del desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años (centro Latinoamericano de perinatología y desarrollo humano CLAP – OPS / OMS).

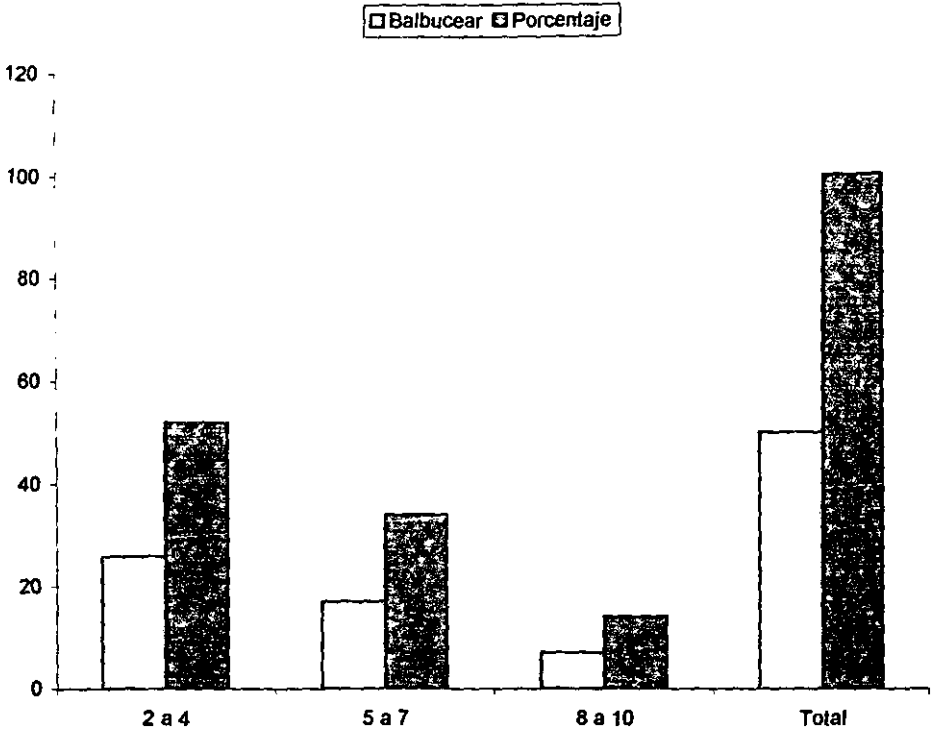
### CUADRO 13

Edad en la que comenzo a balbucear

Meses	Balbupear	Porcentaje
2 a 4	26	52
5 a 7	17	34
8 a 10	7	14
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

GRAFICA 13  
Edad en la que comenzo a balbucear



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 13. A QUE EDAD COMENZO A BALBUCEAR:

El resultado de las entrevistas fue.26 lactantes con un porcentaje del 52% empezaron a balbucear de 2 a 4 meses, 17 lactantes con un porcentaje del 34% empezaron de 5 a 7 meses y 7 lactantes con un porcentaje del 14% empezaron de 8 a 10 balbucear de 2 a 4 meses, el 34% empezaron de 5 a 7 meses.

Con estos resultados valoramos que un 48% de los lactantes tuvieron un buen desarrollo del lenguaje de los 4 a los 10 meses, y el otro 52% según las respuestas de las madres adolescentes tuvieron un desarrollo precoz del lenguaje ya que empezaron a balbucear de 2 a 4 meses

De acuerdo a la literatura de Behrman. nos informa que dentro del desarrollo del lactante a los 7 meses el niño es un adepto a la comunicación no verbal, expresa una amplia gamma de emociones y responde al tono vocal y a las expresiones faciales, a los 9 meses comienza a darse cuenta de que puede compartir sus emociones con otras personas.

Entre los 8 y 10 meses, el balbuceo adquiere una nueva complejidad, con sílabas múltiples.

De acuerdo a la evaluación del desarrollo psicomotor del menor de 2 años él lactante empieza a balbucear de 4 a 6 meses.

Autores Behrman, Kiegman y Arvin.

Tratado de pediatría Nelson volumen 1 decimoquinta edición. Pag. 47

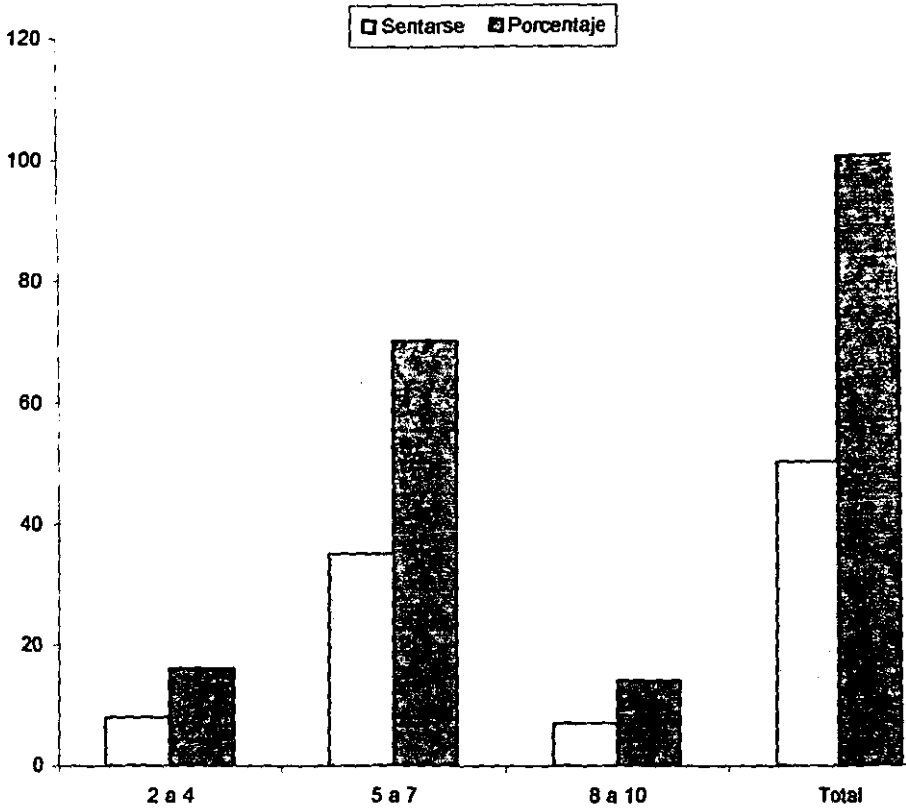
#### CUADRO 14

Edad en la que comenzo a sentarse

Meses	Sentarse	Porcentaje
2 a 4	8	16
5 a 7	35	70
8 a 10	7	14
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

GRAFICA 14  
Edad en la que comenzo a sentarse



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.



## ANALISIS E INTERPRETACION

### 14. A QUE EDAD COMENZO A SENTARSE:

Los resultados de las entrevistas fueron. 35 lactantes con un porcentaje del 70% comenzaron a sentarse de 5 a 7 meses, 8 lactantes con un porcentaje del 16% comenzaron a sentarse de 2 a 4 meses y 7 lactantes con un porcentaje del 14% comenzaron de 8 a 10 meses.

El desarrollo físico y motor del niño es normal, ya que de dos a cuatro meses se puede mantener sentado con apoyo, de los 5 a los 7 meses, se sienta solo sin apoyo y de 8 a 10 meses gira mientras esta sentado.

De acuerdo a la literatura el desarrollo motor de los 4 a los 6 meses es: eleva el tronco y la cabeza apoyándose en manos y antebrazos, mantiene erguida y firme la cabeza, se mantiene sentado con apoyo, se sienta solo sin apoyo.

Dentro del desarrollo físico del lactante. La capacidad para sentarse sin apoyo es alrededor de los 7 meses, y para girar mientras esta sentado es alrededor de los 9 a 10 meses

### Bibliografía.

evaluación del desarrollo psicomotor del niño menor de 5 años  
(Centro latinoamericano de perinatología y desarrollo humano CLAP-  
OPS/OMS.

Autores. Behrman, Kliegman y Arvin.

Tratado de pediatría, Nelson volumen 1. Pag. 46 y 47

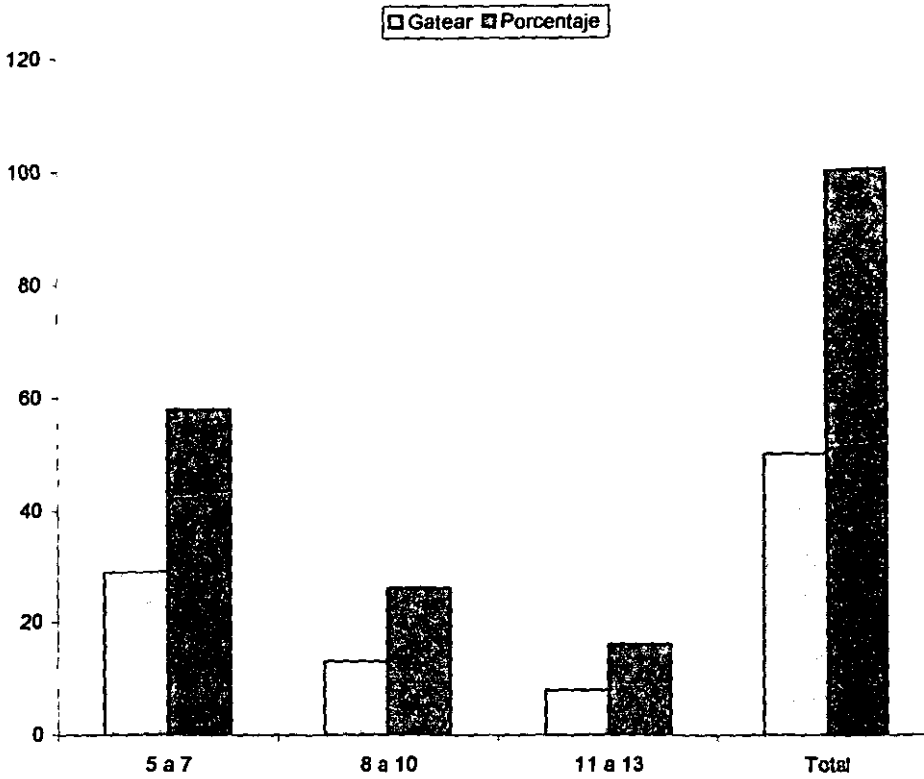
### CUADRO 15

Edad en la que comenzo a gatear

Meses	Gatear	Porcentaje
5 a 7	29	58
8 a 10	13	26
11 a 13	8	16
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

GRAFICA 15  
Edad en la que comenzo a gatear



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 15. A QUE EDAD COMENZO A GATEAR:

Los resultados de las entrevistas fueron. 29 lactantes con un porcentaje del 58% comenzaron a gatear de 5 a 7 meses, 13 lactantes con un porcentaje del 26% comenzaron a gatear de 8 a 10 meses y 8 lactantes con un porcentaje del 16% comenzaron de 11 a 13 meses.

Con estos resultados nos damos cuenta que la evaluación del desarrollo físico, motora de estos lactantes se encuentra dentro de los parámetros normales.

De acuerdo a la bibliografía, dentro del desarrollo psicomotor. El lactante en su desarrollo físico y motora empieza a gatear de los 10 a los 12 meses. Otros niños comienzan a gatear y tratar de levantarse hacia los 8 meses, y caminan antes de su primer cumpleaños

#### Bibliografía.

evaluación del desarrollo psicomotor del niño menor de 5 años  
(Centro latinoamericano de perinatología y desarrollo humano CLAP-  
OPS/OMS.).

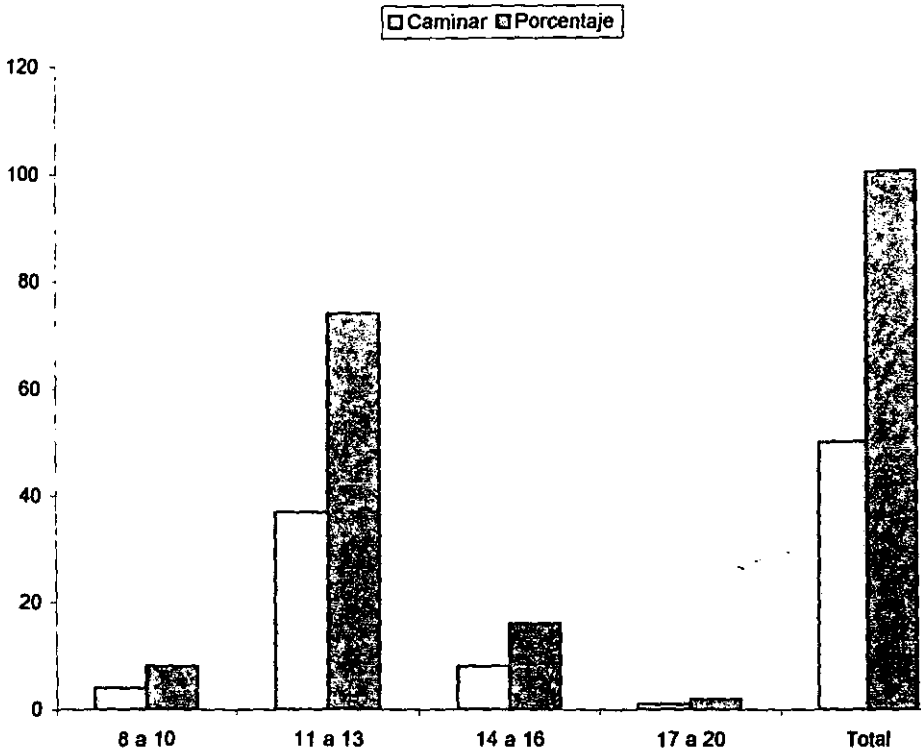
### CUADRO 16

Edad en la que comenzo a caminar

Meses	Caminar	Porcentaje
8 a 10	4	8
11 a 13	37	74
14 a 16	8	16
17 a 20	1	2
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

GRAFICA 16  
Edad en la que comenzo a caminar



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 16. A QUE EDAD COMENZO A CAMINAR:

Los resultados de las entrevistas fueron. 37 lactantes con un porcentaje del 74% iniciaron a caminar de 11 a 13 meses, 8 lactantes con un porcentaje del 16% empezaron a caminar de 14 a 16 meses, 4 lactantes con un porcentaje del 8% comenzaron a caminar de 8 a 10 meses y 1 lactante con un porcentaje del 2% inicio a caminar de los 17 a 20 meses.

Por lo que detectamos un porcentaje de un 98% de los lactantes, obtuvieron un Desarrollo físico motora, normal. Y un 2%, obtuvo un desarrollo tardío.

De acuerdo a la literatura el lactante trata de levantarse hacia los 8 meses y camina, antes de su primer cumpleaños, aunque algunos no lo hacen hasta los 15 meses. Los lactantes muy activos y atrevidos tienden a andar antes, mientras que los menos activos, más tímidos lo hacen mas tarde. La marcha precoz no se asocia a un desarrollo avanzado en otros dominios.

De acuerdo a la evaluación del desarrollo psicomotor del menor de 2 años. El Lactante camina bien solo sin ayuda de 13 a 18 meses.

### Bibliografía.

evaluación del desarrollo psicomotor del niño menor de 5 años

(Centro latinoamericano de perinatología y desarrollo humano CLAP/OPS/OMS);

Autores. Behrman, Kliegman y Arvin.

Tratado de pediatría, Nelson volumen 1. Pag. 48

### CUADRO 17

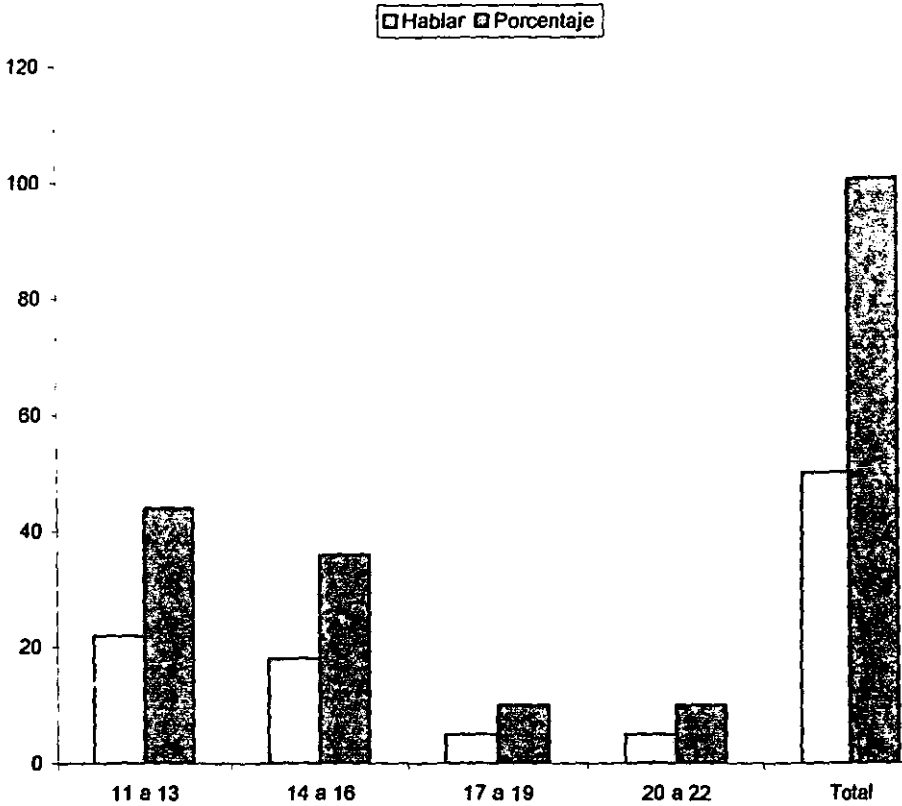
Edad en la que comenzo a hablar

Meses	Hablar	Porcentaje
11 a 13	22	44
14 a 16	18	36
17 a 19	5	10
20 a 22	5	10
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.



CUADRO 17  
Edad en la que comenzo a hablar



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 17. EDAD EN LA QUE COMENZO A HABLAR

Los resultados de las entrevistas fueron. 22 lactantes con un porcentaje del 44% comenzaron a hablar de 11 a 13 meses, 18 lactantes con un porcentaje del 36% comenzaron hablar de 14 a 16 meses, 5 lactantes con un porcentaje del 10% iniciaron hablar de los 17 a los 19 meses y otros 5 lactantes con un porcentaje del 10% iniciaron hablar de los 20 a los 22 meses.

De acuerdo a los resultados el 90% de los lactantes tuvieron un desarrollo Lingüístico normal. Ya que iniciaron hablar en un lapso de 11 a 19 meses de edad. El otro 10% tuvo un desarrollo poco tardío, pero considerado dentro de lo normal si estos niños hubieran llevado un control del niño sano a tiempo se le hubiera informado a la madre sobre ciertos estímulos para un mejor desarrollo Lingüístico.

De acuerdo a la bibliografía Behrman, Kliegman y Arvin. El niño dice sus primeras palabras a los 12 meses de edad, frases simples como "no" "adiós" "Dame", hacia los 15 meses el niño medio señala las partes principales de su cuerpo, y utiliza de forma espontánea y correcta entre cuatro y seis palabras, entre ellas ciertos nombres propios.

De acuerdo al centro latinoamericano de perinatología y desarrollo humano, el lactante inicia su primer lenguaje con palabras cortas de 10 a 12 meses por ejemplo Mamá, pan agua etc. , de los 13 a los 18 meses utiliza más palabras y

de los 19 a los 24 meses señala algunas partes del cuerpo, cumple ordenes simples y nombra un dibujo.

#### Bibliografía.

evaluación del desarrollo psicomotor del niño menor de 5 años

(Centro latinoamericano de perinatología y desarrollo humano CLAP/OPS/OMS)

Tratado de pediatría, Nelson volumen 1

Autores. Behrman, Kiegan y Arvin.

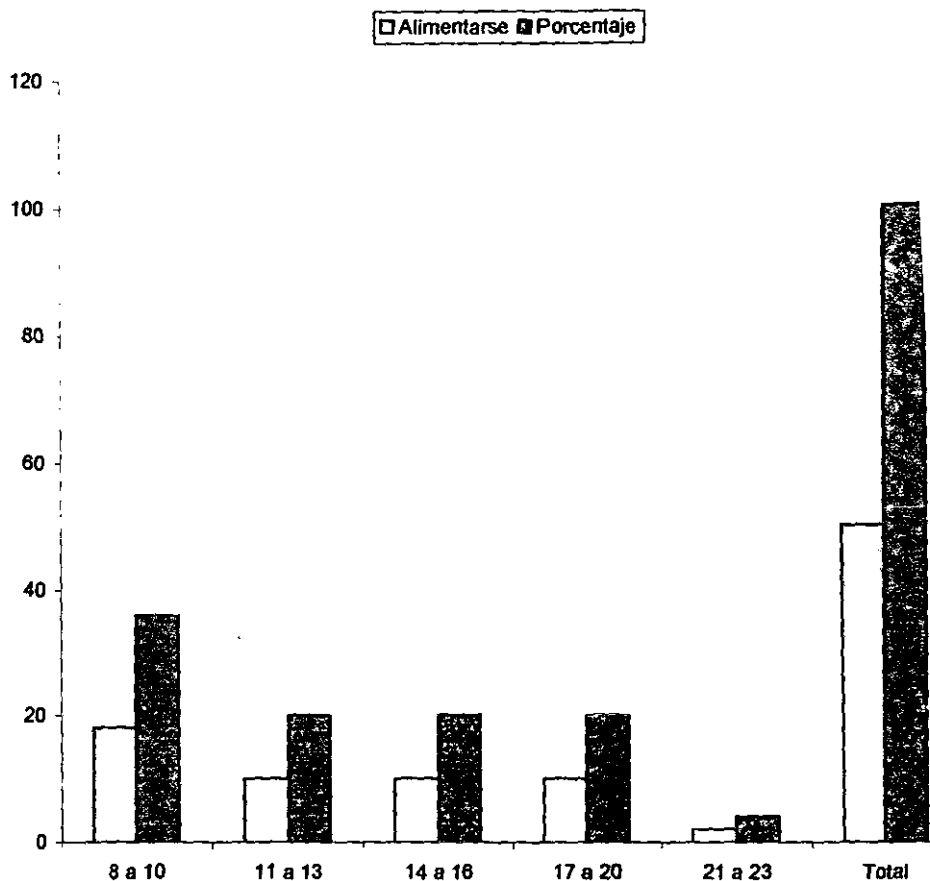
### CUADRO 18

Edad en la que se integra a la alimentacion familiar

Meses	Alimentarse	Porcentaje
8 a 10	18	36
11 a 13	10	20
14 a 16	10	20
17 a 20	10	20
21 a 23	2	4
Total	50	100

Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

GRAFICA 18  
Edad en la que se integra a la alimentacion familiar



Fuente: 50 cuestionarios aplicados a madres adolescentes que se atendieron en el Hospital Gral. Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa en el año de 1998.

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 18. A QUE EDAD EMPEZO A INTEGRARLO A LA ALIMENTACION

#### FAMILIAR:

Los resultados de las entrevistas fueron. 18 lactantes con un porcentaje del 36% comenzaron a integrarlos a la alimentación familiar de 8 a 10 meses, 10 lactantes con un porcentaje del 20% los integraron de 11 a 13 meses, 10 lactantes con un porcentaje del 20% iniciaron a integrarlos de 14 a 16 meses, 10 lactantes con un porcentaje del 20% iniciaron a integrarlos de 17 a 20 meses y 2 lactantes iniciaron a integrarlo a la alimentación familiar de 21 a 23 meses.

La integración a la alimentación familiar es importante ya que permite un buen desarrollo emocional, al mismo tiempo surge una nueva demanda de Autonomía. Los resultados son buenos a excepción del 4% que tuvieron un desarrollo tardío,

La edad en que se debe integrar al niño a la alimentación familiar es cuando él niño deja de consentir en ser alimentado, girando la cabeza cuando se aproxima la cuchara o insiste en sostenerla el mismo regularmente es de los 10 a los 12 meses, la autoalimentación con los dedos le permite ejercitar sus habilidades motoras finas recién adquiridas, de los 13 a los 18 meses se alimenta con cuchara derramando parte del contenido.

#### Bibliografía

Centro latinoamericano de perinatología y desarrollo humano CLAP-OPS/OMS.

### CUADRO 1

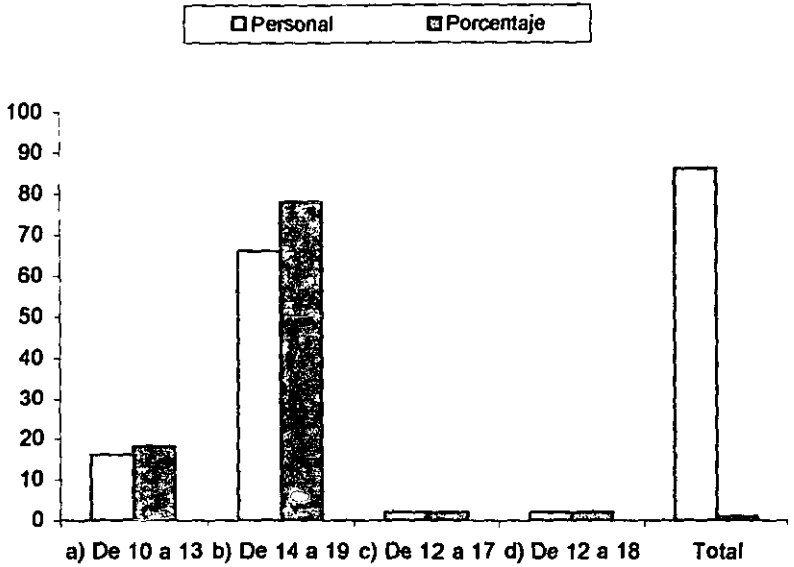
Edad que comprende la Adolescencia

Opción	Personal	Porcentaje
a) De 10 a 13	16	18
b) De 14 a 19	66	78
c) De 12 a 17	2	2
d) De 12 a 18	2	2
Total	86	100%

Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

GRAFICA 1

Edad que comprende la Adolescencia



Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa



## ANALISIS E INTERPRETACION

### 1. - QUE EDAD COMPRENDE LA ADOLESCENCIA:

Los resultados de la investigación en el personal de enfermería que labora en el hospital general de Mazatlán, fueron 2 enfermeras que laboran en el hospital escogieron la opción entre 12 y 17 años, lo que equivale al 2% de la muestra, 2 enfermeras eligieron entre 12 y 18 años lo que equivale al 2% de la muestra 16 enfermeras eligieron la opción entre 10 y 13 años lo que equivalen al 18% de la muestra, 66 enfermeras eligieron la opción entre 14 y 19 años lo que equivale al 78% de la muestra.

Con esta información recabada se observa al personal de enfermería que la mayoría tenía casi la misma información y hubo quienes dudaron de la contestación.

La bibliografía nos dice que la organización mundial de la salud (OMS) considera la adolescencia el periodo en el cual el individuo progresa desde la aparición de los caracteres sexuales secundarios hasta la madures sexual, queda claro que esta plenitud del desarrollo sexual la define el termino del periodo, las edades aproximadas en que se inician las modificaciones sexuales giran en torno e los 10 y 12 años y la culminación de este crecimiento de logra hacia los 20 años.

BIBLIOGRAFIA: DANFORH N. David "Tratados de obstetricia y Ginecología"

## CUADRO 2

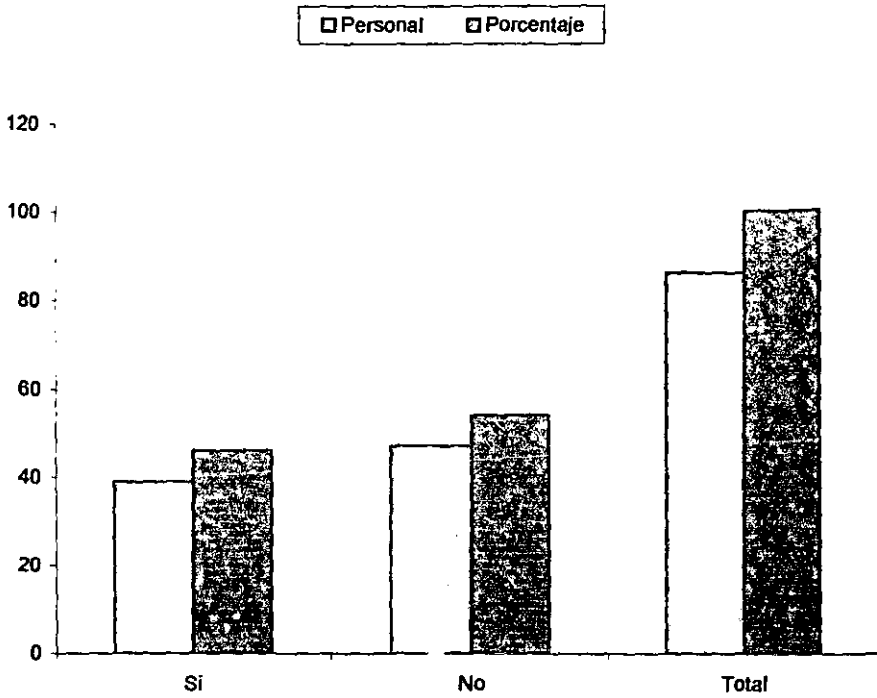
La escolaridad: se considera factor propicio de embarazo

Opción	Personal	Porcentaje
Si	39	46
No	47	54
Total	86	100

Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

GRAFICA 2

La escolaridad: se considera factor propicio de embarazo



Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 2. – CONSIDERAS LA ESCOLARIDAD COMO UN FACTOR QUE PROPICIE EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES:

En la investigación los resultados fueron 39 enfermeras contestaron que si, lo que equivale al 46% de la muestra, 47 enfermeras contestaron que no lo que equivale al 54% de la muestra.

En las respuestas del personal de enfermería no hubo unificación de criterios casi la mitad cree que si influye la escolaridad y la otra parte dijo que no influye y que todo es relativo.

En la bibliografía nos encontramos con el marco que propicia el embarazo es varios factores y que obviamente depende del entorno así como su capacidad y características individuales de cada chica es decir la valoración subjetiva que haga de los acontecimientos como decíamos anteriormente a la preparación que se tenga para enfrentar la vida dependiendo de las características de vida y educación que se haya recibido.

**BIBLIOGRAFIA:** DE LA GARZA Quintanilla Carlos, Primigesta Adolescente.

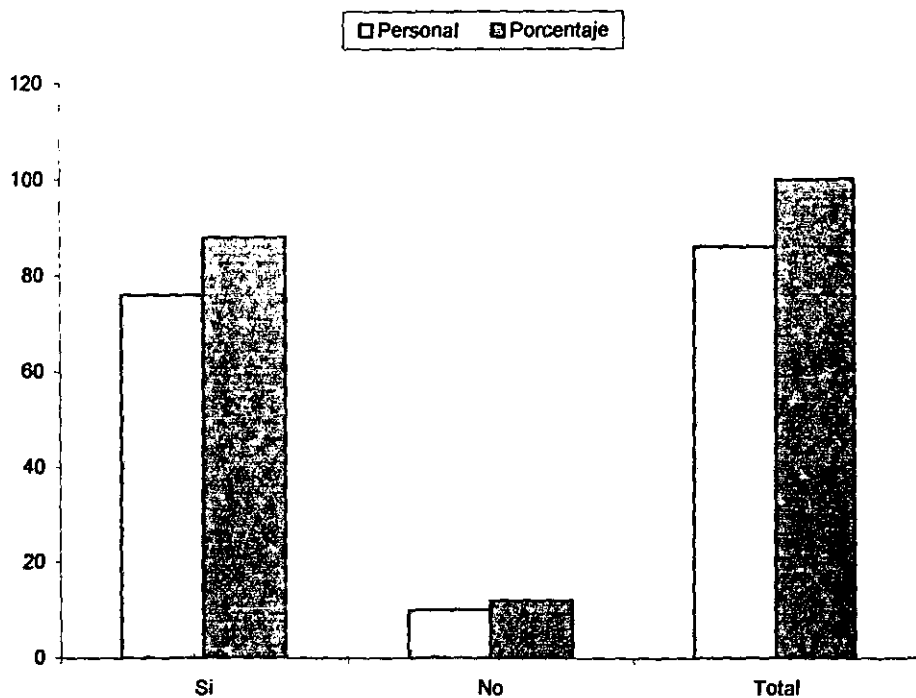
### CUADRO 3

La comunicación deficiente entre padres e hijos influye para el embarazo adolescente

Opción	Personal	Porcentaje
Si	76	88
No	10	12
Total	86	100

Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

**GRAFICA 3**  
**La comunicación deficiente entre padres e hijos influye para el embarazo adolescente**



Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

## ANALISIS E INTERPREACION

### 3. - CREES TU QUE LA DEFICIENCIA EN LA COMUNICACIÓN ENTRE PADRES E HIJOS INFLUYE PARA QUE LA ADOLESCENTE SE EMBARACE:

La investigación nos dió, como resultado que el personal de enfermería piensa que la comunicación deficiente influye para el embarazo adolescente, 76 enfermeras dijeron que si influye lo que equivale al 88% y 10 enfermeras dijeron que no influye lo que equivale al 12% de la muestra.

El personal de enfermería hizo la observación de que la deficiente comunicación si influye para propiciar el embarazo en las adolescentes, como un criterio general.

La bibliografía nos dice: es importante que los familiares valoran en al joven por el mismo y no por la apariencia que en esa etapa se tiene, cuando el joven no recibe el apoyo y la comprensión de parte de su familia se provocan trastornos derivados de la falta de comunicación y tienden a alejarse de los padres y hermanos para encontrarse en la relación de los amigos considerando su operación como verdadera y muchas veces dañan con el mismo la personalidad del joven.

BIBLIOGRAFIA: AGUILAR Gil Jose Angel, MEXFAMAM, AC

#### CUADRO 4

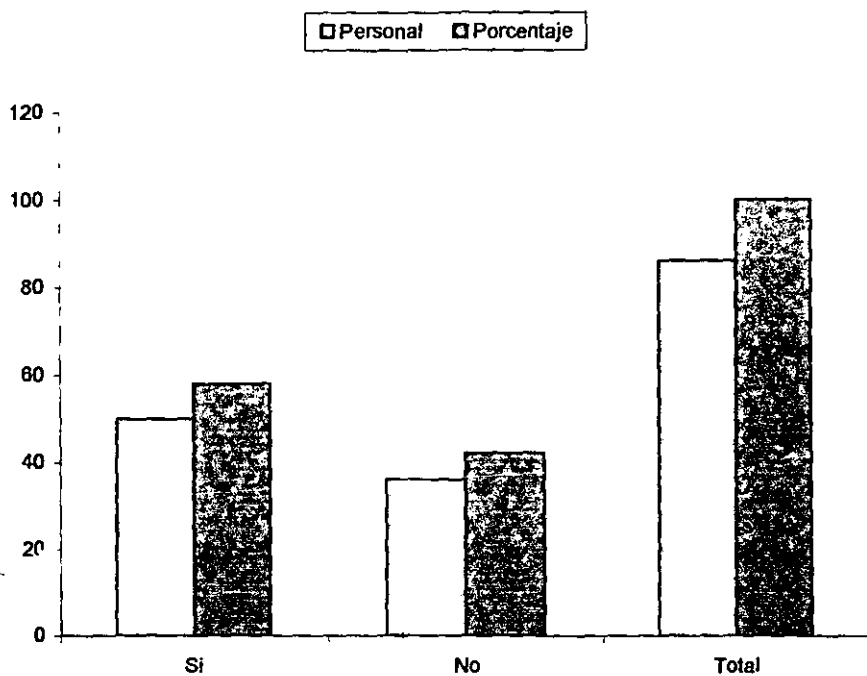
Las costumbres familiares determinan el embarazo adolescente

Opción	Personal	Porcentaje
Si	50	58
No	36	42
Total	86	100

Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa



**GRAFICA 4**  
**Las costumbres familiares determinan el embarazo adolescente**



**Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes  
tornos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa**

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 4. -CONSIDERAS QUE LAS COSTUMBRES FAMILIARES DETERMINARON EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE.

El resultado de la investigación nos dio que el personal de enfermería, 50 enfermeras dijeron que si influyen las costumbres familiares, lo que equivale al 58% de la muestra, 36 enfermeras opinaron que no influye lo que equivale al 36% de la muestra.

El personal de enfermería varían en sus criterios y se crea polémica al contestar ya que dirían si las costumbres familiares influyen a no a la hora de reflexionar sus respuestas.

En la bibliografía nos dice que: hay muchos factores que influyen en el embarazo en la adolescente y esto cambia notablemente la vida de los jóvenes y se considera a la familia, la escuela, al grupo que pertenece y al medio social como factores de mayor influencia en la conducta para un embarazo.

BIBLIOGRAFIA: ATLAS de sexualidad, Euroméxico S.A. de C.V.

### CUADRO 5

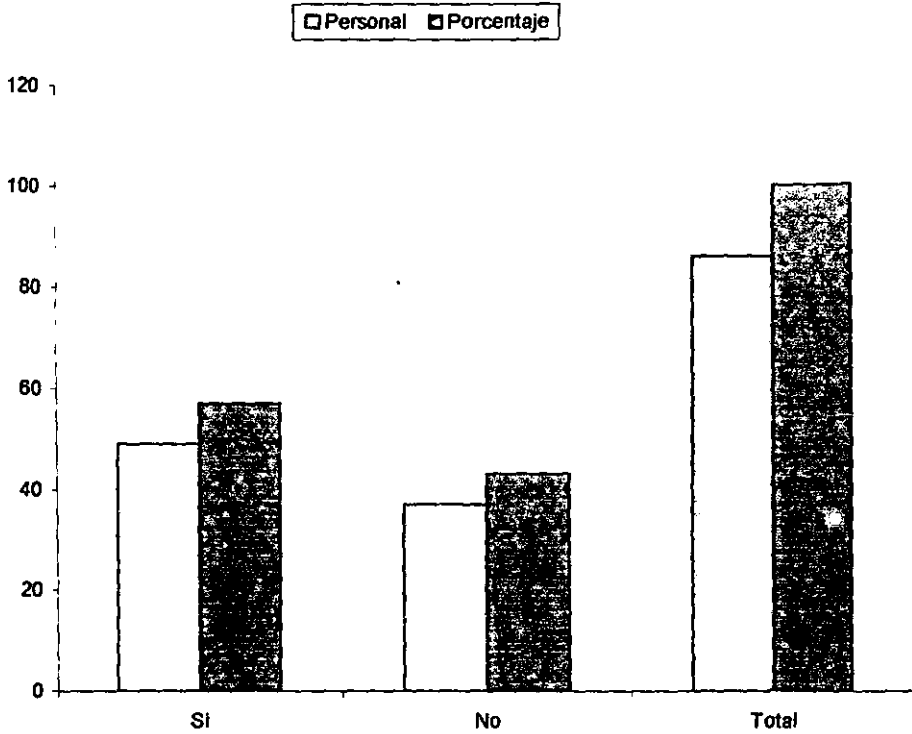
La promiscuidad y hacinamiento influye  
en el embarazo adolescente

Opción	Personal	Porcentaje
Si	49	57
No	37	43
Total	86	100

Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes  
turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

GRAFICA 5

La promiscuidad y hacinamiento influye en el embarazo adolescente



Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 5. - CREES QUE LA PROMISCUIDAD Y HACINAMIENTO INFLUYE EN LOS EMBARAZOS EN LAS ADOLESCENTES.

La investigación nos dio como resultado que 49 enfermeras dijeron que la promiscuidad y el hacinamiento si influye en el embarazo en adolescentes lo que equivale es 57% de la muestra, 37 enfermeras dijeron que no influye la promiscuidad y hacinamiento en el embarazo del adolescente lo que equivale al 43% de la muestra.

El personal de enfermería si creen que influyan la promiscuidad y hacinamiento y comentaron que cuando llegan al hospital las adolescentes embarazadas, algunas veces se percatan de su modo de vida y es común que entre ellas sé de.

La bibliografía nos dice: la idea de una educación bien centrada en los aspectos reproductivos y demográficos fue difundida por las instituciones de salud y de enseñanza, la deficiencia de los programas de educación sexual en las áreas mas marginadas como la rural donde se pueden encontrar problemas de salud ocasionados por la promiscuidad y hacinamiento, como consecuencia del nivel socioeconómico pueden influenciar en el embarazo adolescente.

BIBLIOGRAFIA: SAAVEDRA Alfredo et.al, México en la Educación Sexual.

### CUADRO 6

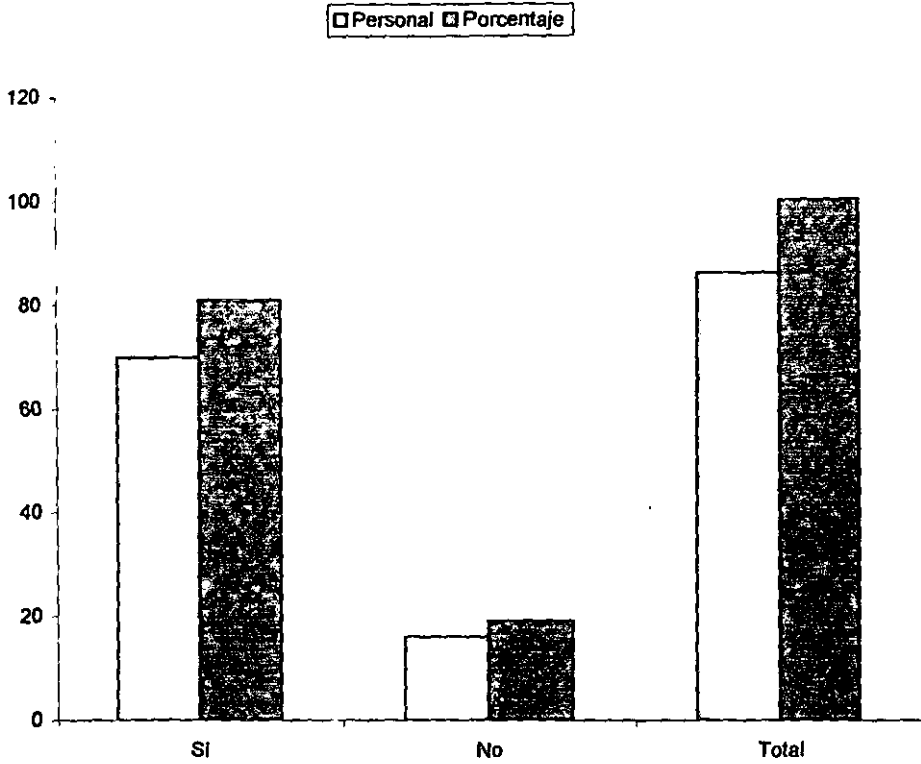
Conocimiento de programa de atención  
a la adolescente en este hospital

Opción	Personal	Porcentaje
Si	70	81
No	16	19
Total	86	100

Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes  
turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

GRAFICA 6

Conocimiento de programa de atención a la adolescente es este hospital



Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

## ANALISIS DE INTERPRETACION

### 6. -SABES DE LA EXISTENCIA DE PROGRAMAS DE ATENCION A LA ADOLESCENTE EN ESTA UNIDAD HOSPITALARIA:

De acuerdo al estudio nos encontramos con 70 enfermeras que contestaron que si sabían de la existencia de programas de atención a la adolescente en esta unidad, lo que equivale al 81% de la muestra, 16 enfermeras dijeron que no que equivale al 19% de la muestra.

Se observo en el personal de enfermería la participación para apoyar este tipo de programas y que la mayoría no tiene conocimiento de su existencia.

La bibliografía nos dice, el hecho que el 20% de las adolescentes que ingresen al hospital por causas obstétricas, tengan al menos un embarazo previo, indica que, los servicios de atención medica, psicológica educativa deben incluir al embarazo adolescente como un programa prioritario con el objeto de prevenir una secuencia de embarazos adolescentes no deseados, fomentar el crecimiento del adolescente e impedir repercusiones en su relación con su hijo y con el resto de su entorno.

**BIBLIOGRAFIA:** COHEN Gean et.al "Enciclopedia de la vida sexual de la fisiología a la psicología"



## CUADRO 7

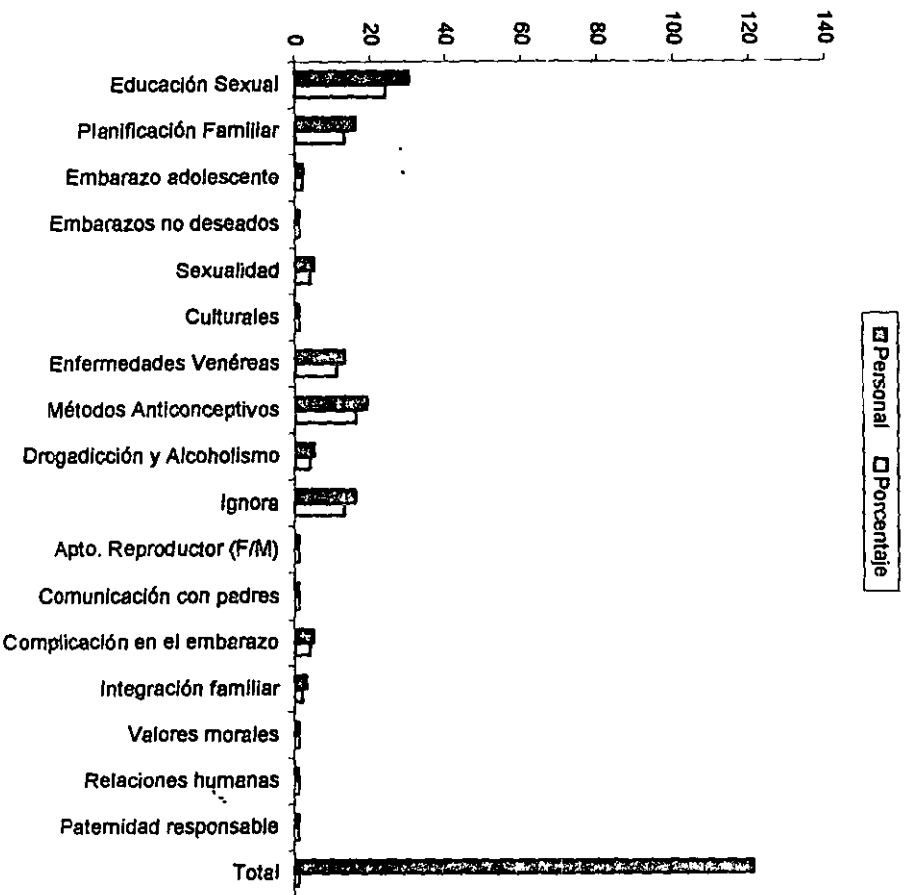
Temas considerados para impartirse al adolescente

Temas	Personal	Porcentaje
Educación Sexual	30	24
Planificación Familiar	16	13
Embarazo adolescente	2	2
Embarazos no deseados	1	1
Sexualidad	5	4
Culturales	1	1
Enfermedades Venéreas	13	11
Métodos Anticonceptivos	19	16
Drogadicción y Alcoholismo	5	4
Ignora	16	13
Apto. Reproductor (F/M)	1	1
Comunicación con padres	1	1
Complicación en el embarazo	5	4
Integración familiar	3	2
Valores morales	1	1
Relaciones humanas	1	1
Paternidad responsable	1	1
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100%</b>

Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

GRAFICA 7

Temas considerados para impartirse al adolescente



Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 7. - QUE CONSIDERAS COMO TEMAS PRINCIPALES DE EXISTIR ESTOS PROGRAMAS PARA IMPARTIR AL ADOLESCENTE:

En la investigación nos encontramos con que 30 enfermeras consideran información sobre educación sexual lo que equivale al 24%, en la muestra 19 enfermeras concediera información sobre métodos anticonceptivos lo que equivale al 16% de la muestra, 16 enfermeras consideran temas para impartirse como la planificación familiar que equivale al 13% de la muestra, 16 enfermeras ignoraron temas a sugerir lo que equivale al 13% de la muestra, 13 enfermeras pidieron el tema de enfermedades venéreas, 5 enfermeras sugirieron el tema de sexualidad lo que equivale al 4% de la muestra. 5 enfermeras sugirieron el de la drogadicción y alcoholismo lo que equivale al 4% de la muestra, 5 enfermeras sugirieron el tema complicación en el embarazo lo que equivale al 4% de la muestra, 4 enfermeras sugirieron el tema de integración familiar lo que equivale al 2% de la muestra, 2 enfermeras sugirieron el tema de embarazo adolescente que equivale al 2% de la muestra, 1 enfermera sugirió el tema de embarazo no deseado que equivale al 1% de la muestra, otra enfermera sugirió el tema de valores culturales que equivale al 1%, una enfermera sugirió el tema del aparato reproductor masculino y femenino que equivale al 1% de la muestra, otra enfermera sugirió el tema comunicación entre padres e hijos que equivale al 1% de la muestra, una enfermera sugirió valores humanos lo que equivale al 1% de la muestra,

una enfermera sugirió relaciones humanas que equivalen al 1% de la muestra, una enfermera sugirió el tema de paternidad responsable lo que equivale al 1% de la muestra.

En la entrevista pudimos comprobar que el personal de enfermería tiene mucho interés en los temas que se necesitan impartir dentro de los programas y como las sugerencias fueron bastantes, manifiestan sus dudas e inquietudes para tener más capacitación y confianza para recibir y dar estos temas.

La bibliografía nos dice la gran controversia que presentan los programas de educación sexual no han permitido realizar una creación sostenida ni una extensión suficiente de los mismos, a pesar de los esfuerzos realizados en México durante el presente siglo desde diversas perspectivas y enfoques.

Todos los logros obtenidos hasta el momento por parte de instituciones gubernamentales son enormes en comprensión del inicio de esta revolución en pro de la educación sexual y se sigue luchando para que se incluyan temas y asignaturas que se vayan mas allá de los temas biológicos para que se apoye el desarrollo y la difusión de los materiales educativos y para capacitar a mas de 500,000 maestros así como la extensión de esta educación hacia áreas marginales y no escolarizadas.

**BIBLIOGRAFIA: EL INFORME Hite, Estudio de la Sexualidad Femenina.**

### CUADRO 8

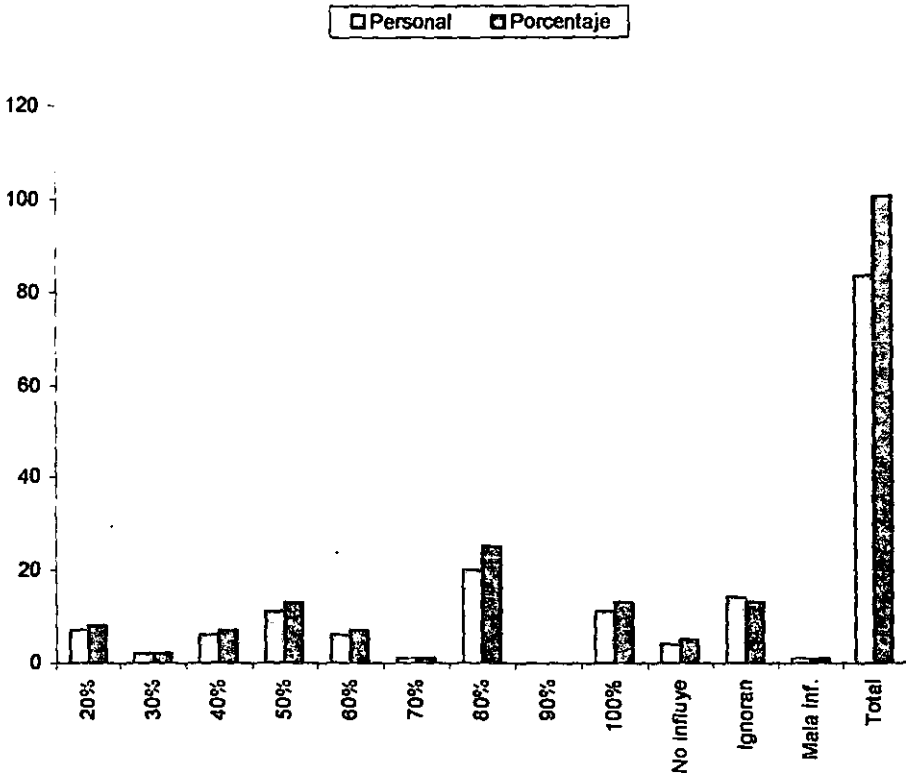
Proporción que influyen los medios de comunicación en el incremento del embarazo adolescente

opción	Personal	Porcentaje
20%	7	8
30%	2	2
40%	6	7
50%	11	13
60%	6	7
70%	1	1
80%	20	25
90%	0	0
100%	11	13
No influye	4	5
Ignoran	14	13
Mala inf.	1	1
Total	83	100

Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

GRAFICA 8

Proporción que influyen los medios de comunicación en el incremento del embarazo adolescente



Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 8. - EN QUE PROPORCION LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN INFLUYEN EN EL INCREMENTO DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES:

La investigación nos dio que 64 enfermeras dijeron que si influyen en lo que equivalen al 76% de la muestra, 14 enfermeras dijeron que lo ignoraban, lo que equivalen al 13% de la muestra, 4 enfermeras dijeron que no influye lo que equivale al 5% de la muestra, 1 enfermera menciona que hay mala información lo que equivale al 1% de la muestra.

La opción que tuvo el personal de enfermería fue variada por que la proporción que para ellos influyen los medios de comunicación puede ser benéfica o perjudicial como el medio de información la trasmite ya que un adolescente puede tener interpretaciones diferentes de acuerdo a su información.

- 313 -

Bibliografía: la población adolescente necesita información y acceso irrestricto a los servicios, de modo que buena parte de la solución, esta en la forma como las instituciones sociales (familiar, escuela, instituciones, religión, sector salud) interpreten y manejen la sexualidad en el adolescente el objetivo es, acceder a los jóvenes antes de que lleguen a ser sexualmente activos.

La gran controversia que presentan los programas de educación sexual no ha permitido, realizar una acción sostenida ni una extensión suficiente de los mismos, a pesar de los esfuerzos realizados en México durante el presente siglo desde diversas perspectivas y enfoques.

BIBLIOGRAFIA: COHEN Gean et.al "Enciclopedia de la vida sexual", omnie.



### CUADRO 9

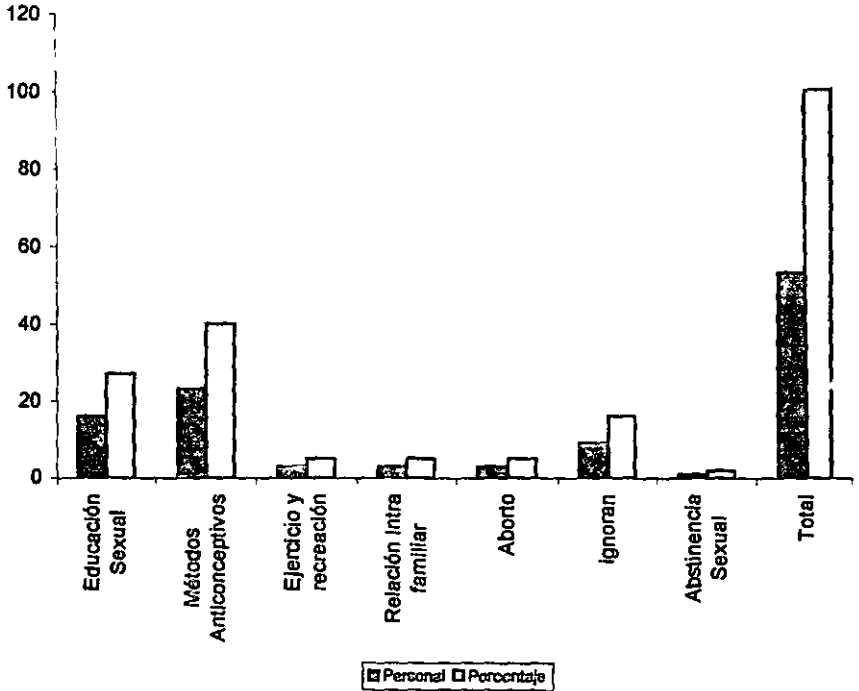
Opciones que tienen las adolescentes para evitar embarazos

Opciones	Personal	Porcentaje
Educación Sexual	16	27
Métodos Anticonceptivos	23	40
Ejercicio y recreación	3	5
Relación Intra familiar	3	5
Aborto	3	5
ignoran	9	16
Abstinencia Sexual	1	2
Total	53	100

Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

GRAFICA 9

Opciones que tienen las adolescentes para evitar embarazos



Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 9. - QUE OTRAS OPCIONES TIENEN LOS ADOLESCENTES PARA EVITAR ENBARAZOS:

La investigación dio que el personal de enfermería piensa que los adolescentes tienen las siguientes opciones 23 enfermeras creen en los métodos anticonceptivos, lo que equivale al 40% de la muestra, 16 enfermeras dijeron como opción la educación sexual, lo que especifica al 27% de la muestra, 9 enfermeras dijeron que ignoran, lo que equivale al 16% de la muestra, 3 enfermeras dijeron como opción el ejercicio, recreación, lo que equivale al 5% de la muestra, 3 enfermeras dijeron como opción la relación intrafamiliar lo que equivale al 5% de la muestra, 3 enfermeras dijeron la opción del aborto lo que equivale al 5% de la muestra, 1 enfermera enuncio la abstinencia sexual lo que equivale al 2% de la muestra. .

El personal de la enfermería piensa que si todos estos temas que enunciaron, el adolescente los manejara no tuvieran problemas graves en su adolescencia, ya que es muy importante que la orientación que sé de a los adolescentes siempre sea clara y precisa que pueda ser adecuada a nuestro tiempo que vivimos y de acuerdo al medio donde se desenvuelve y que pueda rescatar lo mas importante de acuerdo a su edad y necesidades.

La bibliografía: consideramos que la adolescencia es periodo general del ciclo vital en que los individuos tomen una nueva dirección de su desarrollo para alcanzar su madurez sexual, se apoya en los recursos psicológicos y sociales que tuvieron en su crecimiento previo, recuperando por si las funciones que les permiten elaboran su identidad y plantearse un proyecto de vida propio.

**BIBLIOGRAFIA:** ATLAS de sexualidad, Euroméxico S.A. de C.V.

### CUADRO 10

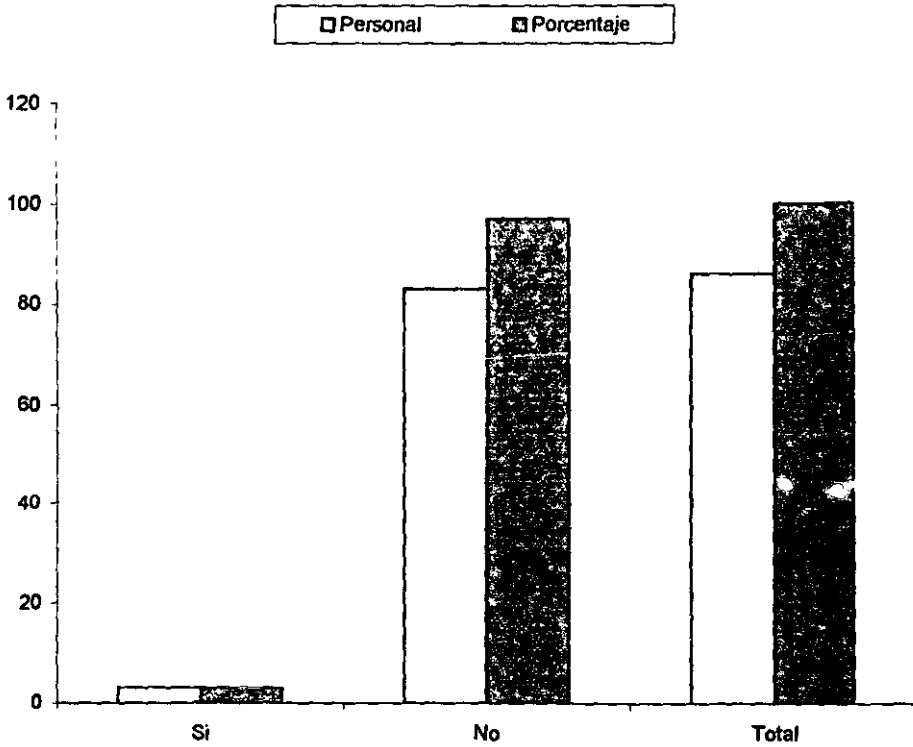
Conviene no informar educación sexual  
al adolescente para evitar la sexualidad

Opción	Personal	Porcentaje
Si	3	3
No	83	97
Total	86	100

Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes  
turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

GRAFICA 10

Conviene no informar educación sexual al adolescente para evitar la sexualidad



Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

## ANALISIS E INTERPRERTACION

### 10. - NO ES CONVENIENTE INFORMAR RESPECTO A EDUCACION SEXUAL PARA EVITAR LA SEXUALIDAD EN LOS ADOLESCENTES:

El resultado fue 83 enfermeras dieron que no es conveniente no informar al adolescente, respecto a educación sexual, lo que equivale al 97%, de la muestra, 3 enfermeras dijeron que si es conveniente informar al adolescente de educación sexual lo que equivale al 3%.

En la entrevista, pudimos ver que el personal coincide con que si es conveniente dar información sexual al adolescente y también comentaron que debe ser obligatorio, si se quiere ayudar a los adolescentes para prevenir el embarazo durante la adolescencia y que es parte de la educación familiar.

Bibliografía: la ansiedad con que en nuestra cultura él poder intentar salir de su inseguridad y afirmar su rol, la participación del adulto en nuestro medio es precisamente el que más favorece a las soluciones, se tiende a controlar a los jóvenes respecto de su impulso sexual aumentando la distancia entre la madurez sexual y su expresión social, la desorientación y el temor sexual entre nuestros jóvenes es más común de lo que se reconoce.

Podemos definir la pubertad como el periodo vital en que maduran funciones sexuales y reproductoras aunado al desarrollo sexual que se había iniciado desde el nacimiento del individuo, su propósito es la capacitación individual, en lo biológico, para asumir el rol adulto en el trabajo y en la reproducción.

**BIBLIOGRAFIA:** COHEN Gean et.al "Enciclopedia de la vida sexual de la fisiología a la psicología".



### CUADRO 11

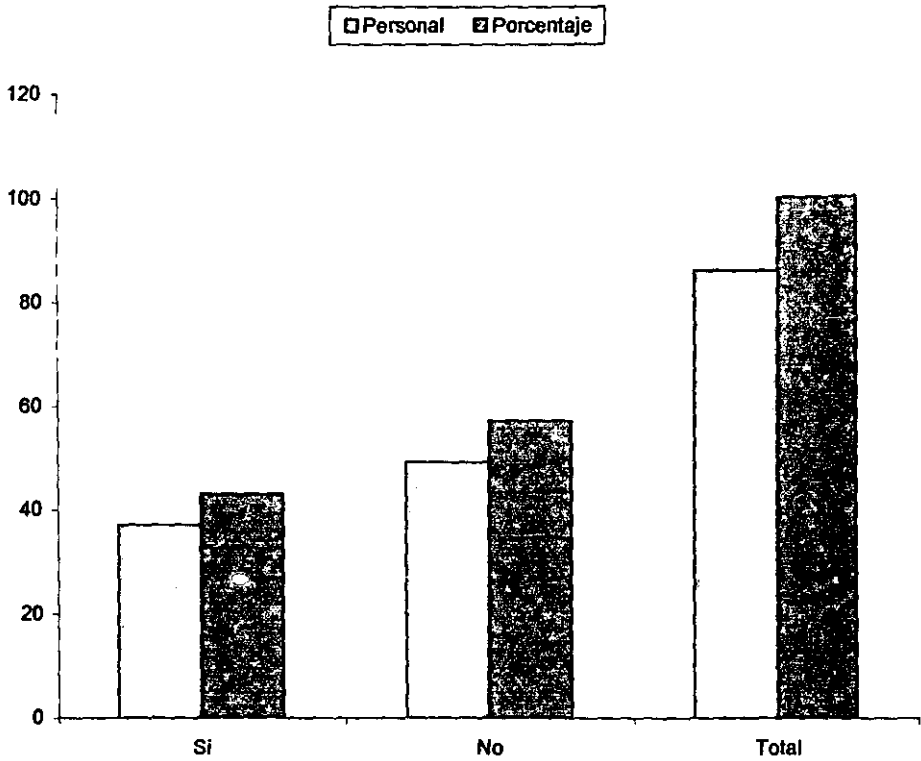
Participan en educación sexual al adolescente en esta unidad

Opción	Personal	Porcentaje
Si	37	43
No	49	57
Total	86	100

Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

GRAFICA 11

Participan en educación sexual al adolescente en esta unidad



Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

**11. TIENES TU PARTICIPACION EN LA EDUCACION SEXUAL EN LOS PACIENTES ADOLESCENTES QUE SE ATIENDEN EN ESTA UNIDAD**

El resultado de la entrevista fue. 49 enfermeras con un porcentaje del 57% no participan en la educación sexual al adolescente. Y 37 enfermeras con un porcentaje del 43% si participan en la educación sexual al adolescente.

De acuerdo a los resultados nos damos cuenta que la participacion de enfermería sobre educación sexual al adolescente es mínima.

Todas las enfermeras desde cualquier servicio pueden participar de manera directa o indirecta sobre educación al adolescente. Y sobre todo en esta institución ya que la mayoría de las adolescentes no tienen atención medica hasta el momento del parto.

De acuerdo a la bibliografía, en las últimas dos décadas se ha incrementado el interes en el embarazo y parto en la adolescente al reconocer a este como un problema multifacetico y de no fácil solución. Este puede ocurrir en todos los grupos sociales, económicos, raciales y éticos. La idea de una educación centrada en los aspectos reproductivos y demográficos fue difundida por las instituciones de salud y de enseñanza formal. A fines de lo 80 cuando surge la amenaza de una enfermedad mortal ligada a la vida sexual, el SIDA se da mayor auge a la estrategia preventiva sobre educación sexual en todas las instituciones de salud, sé amplia la información directa e indirecta al adolescente sobre educación sexual, de lo cual se ha visto hasta la fecha resultados positivos, es

## CUADRO 12

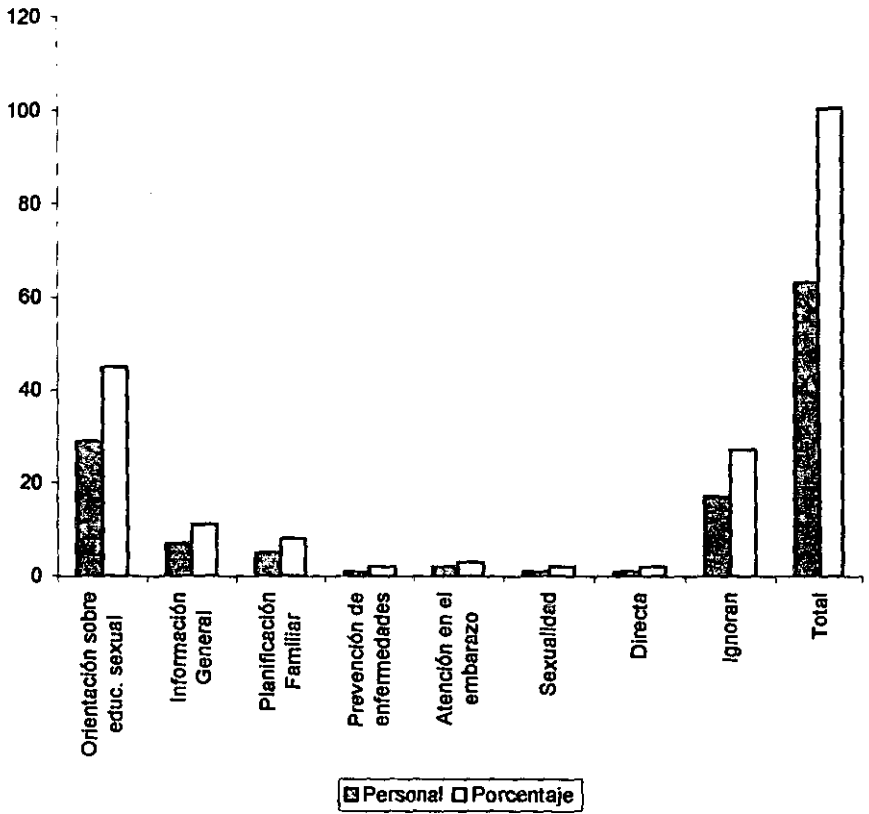
### Tipo de participación

Opciones	Personal	Porcentaje
Orientación sobre educ. sexual	29	45
Información General	7	11
Planificación Familiar	5	8
Prevención de enfermedades	1	2
Atención en el embarazo	2	3
Sexualidad	1	2
Directa	1	2
Ignoran	17	27
Total	63	100

Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

GRAFICA 12

Tipo de participación



Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

12. QUE TIPO DE PARTICIPACION.

Los resultados de las entrevistas fueron los siguientes.

29 enfermeras con un porcentaje del 45% participan en orientación sobre educación sexual.

17 enfermeras con un porcentaje del 27% ignoran su tipo de participación.

7 enfermeras con un porcentaje del 11% participan en información general.

5 enfermeras con un porcentaje del 10% participan en planificación general.

2 enfermeras con un porcentaje del 3% participan en la atención en el embarazo.

1 enfermera con un porcentaje del 2% participa en prevención de enfermedades.

1 enfermera con un porcentaje del 2% participa en sexualidad, y otra enfermera con un porcentaje del 2% tienen participación directa con el adolescente.

El resultado de acuerdo a las entrevistas fue. De las 37 enfermeras que participan en la educación sexual al adolescente, 20 enfermeras con un porcentaje del 54% participan en la educación sexual al adolescente con diferentes temas descritos en cuadros y gráficas y 17 enfermeras con un porcentaje del 46% ignoran su participación, yo mas bien creo que es personal apático que no les gusta participar en este tipo de encuestas eso fue lo que detectamos al momento de la entrevista. Toda enfermera tiene participación directa sobre educación sexual al adolescente.

De acuerdo a la bibliografía en todos los niveles de atención de una institución hay programas de atención al adolescente hay atención directa e indirecta por médicos internos, residentes trabajadora social, psicólogo, nutriólogo, socióloga, enfermeras en general.

#### Bibliografía

MARTINEZ Martínez

La salud del niño y del adolescente. Federación de pediatría, centro de Occidente de México 3º edición 1995

### CUADRO 13

Les gustaría participar

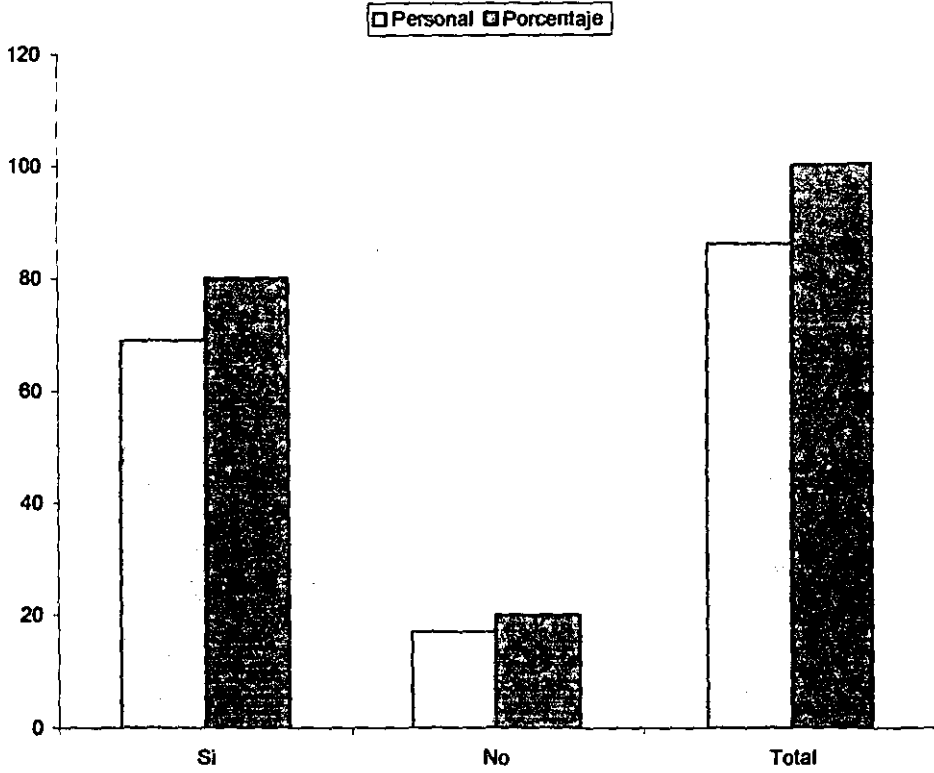
Opción	Personal	Porcentaje
Si	69	80
No	17	20
Total	86	100

Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa



GRAFICA 13

Les gustaría participar



Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

13. TÉ GUSTARIA PARTICIPAR.

El resultado de la entrevista fue. 69 enfermeras con un porcentaje del 80% les gusta participar y 17 enfermeras con un porcentaje del 20% no les gustarían participar.

De acuerdo a los resultados el Hospital General cuenta con un 80% de personal de enfermería capacitado y con deseos de superación.

De acuerdo a la bibliografía podemos definir la pubertad como periodo vital en que maduran las funciones sexuales y reproductoras, culminando el desarrollo sexual que se había iniciado desde el nacimiento del individuo. Su proposito es la capacitación individual, en lo biológico, para asumir el rol adulto en el trabajo y en la reproducción. Es importante la participacion del personal salud para llevar a cabo los programas de atención al adolescente.

Bibliografía.

SAAVADRA Alfredo et. al.

México en la educación sexual.

#### CUADRO 14

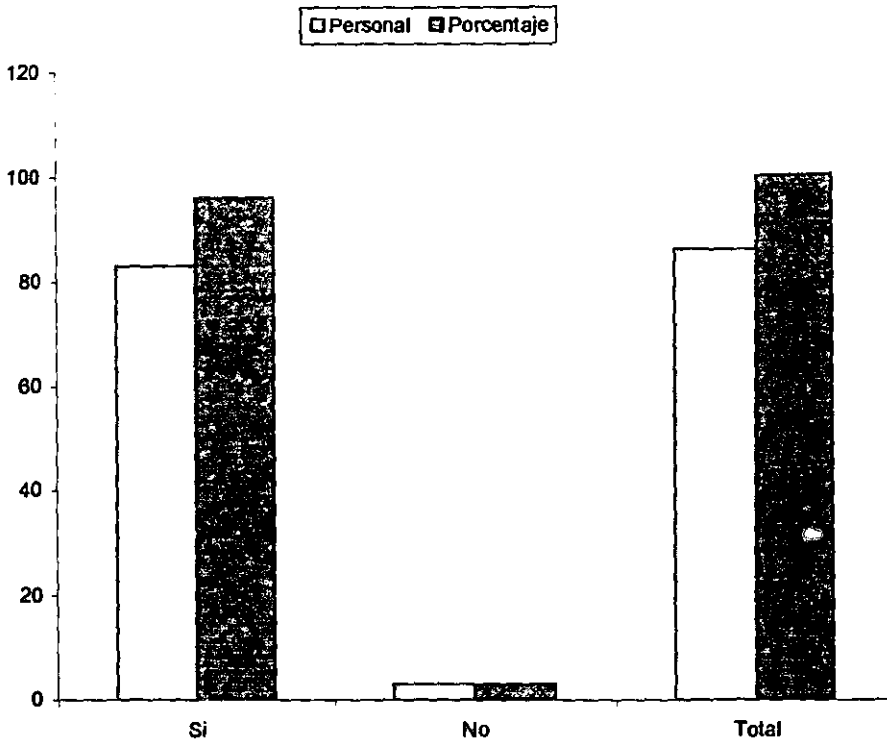
Considera importante la educación sexual en escuelas primarias

Opción	Personal	Porcentaje
Si	83	96
No	3	3
Total	86	100

Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

GRAFICA 14

Considera importante la educación sexual en escuelas primarias



Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

### 14. CONSIDERAS IMPORTANTE QUE LA EDUCACION SEXUAL SE IMPARTA DESDE EL NIVEL PRIMARIO.

El resultado de la entrevista fue. 83 enfermeras con un porcentaje del 96% si consideran importante se impartan educación sexual desde el nivel primario y 3 enfermeras con un porcentaje del 3% no consideran importante se impartara educacion sexual desde el nivel primario.

Si es importante que se impartara educación sexual desde el nivel primario ya que las edades aproximadas en que se inician las modificaciones sexuales giran en torno de los 10 y 12 años.

De acuerdo a la bibliografía. La escuela es un agente socializado que puede tener características positivas si promueve la adaptabilidad y la autoestima del niño dentro de un ambiente armonioso y estable con altas expectativas académicas y de conducta. El cambio del ambiente familiar al social en la escuela constituye un punto clave para el acopio de estímulos diferentes que permitirán al niño la incorporación de experiencias y nuevos modelos de conducta. Las modificaciones sexuales giran en torno de los 10 y 12 años de ahí la importancia de la educación sexual desde el nivel primario.

Depende en gran medida de la congruencia de actitudes y apoyo que se ofrezcan al niño entre la familia y la escuela para llevar esta etapa a feliz termino.

La adolescencia es el periodo crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección de su desarrollo, alcanza su madurez sexual, se apoya en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo recuperando para sí las funciones que les permita.

La población adolescente necesita información y acceso irrestricto a los servicios, de modo que, buena parte de la solución esta en la forma en como las instituciones sociales (familia, escuela, instituciones, religiosas, sector salud) interpreten y manejen la sexualidad en el adolescente. El objetivo es, acceder a los jovenes antes de que lleguen a ser sexualmente activos.

#### Bibliografía.

COHEN Jean et.al.

Enciclopedia de la vida sexual, de la fisiología a la psicología

### CUADRO 15

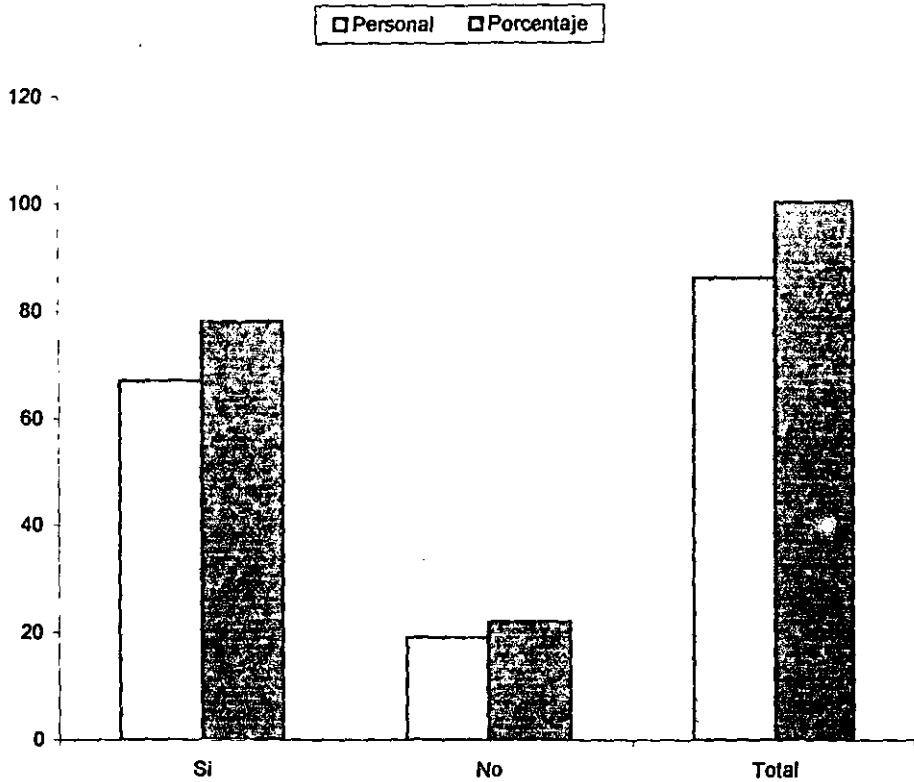
Consideran el embarazo adolescente como problema publico

Opción	Personal	Porcentaje
Si	67	78
No	19	22
Total	86	100

Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

GRAFICA 15

Consideran el embarazo adolescente como problema publico



Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa



### 15. CONSIDERAS QUE EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE ES UN PROBLEMA PUBLICO.

El resultado de la entrevista fue. 67 enfermeras con un porcentaje del 78% si consideran el embarazo en la adolescente como problema publico y 19 enfermeras con un porcentaje del 22% no consideran el embarazo en la adolescente como problema público.

El embarazo en las adolescentes si se considera como un problema publico y de no fácil solución, sobre todo en las adolescentes menores de 15 años, la edad si constituye un riesgo para la salud importante.

De acuerdo a la bibliografía en las últimas dos décadas se ha incrementado el interes en el embarazo y parto en la adolescente al reconocer éste como un problema multifacetico, ya que puede ocurrir en todos los grupos sociales, económicos raciales y éticos.

En el embarazo de la adolescente hay mayores riesgos de tipo biológico, psicológico y social.

La adolescente en México representa el 25% de la población total, siendo la mitad mujeres, entre sus principales problemas de salud destacan los accidentes, la farmacodependencia, el embarazo no deseado y los suicidios

Bibliografía. Olds, London y Ladewing, enfermería materno infantil.

### CUADRO 16

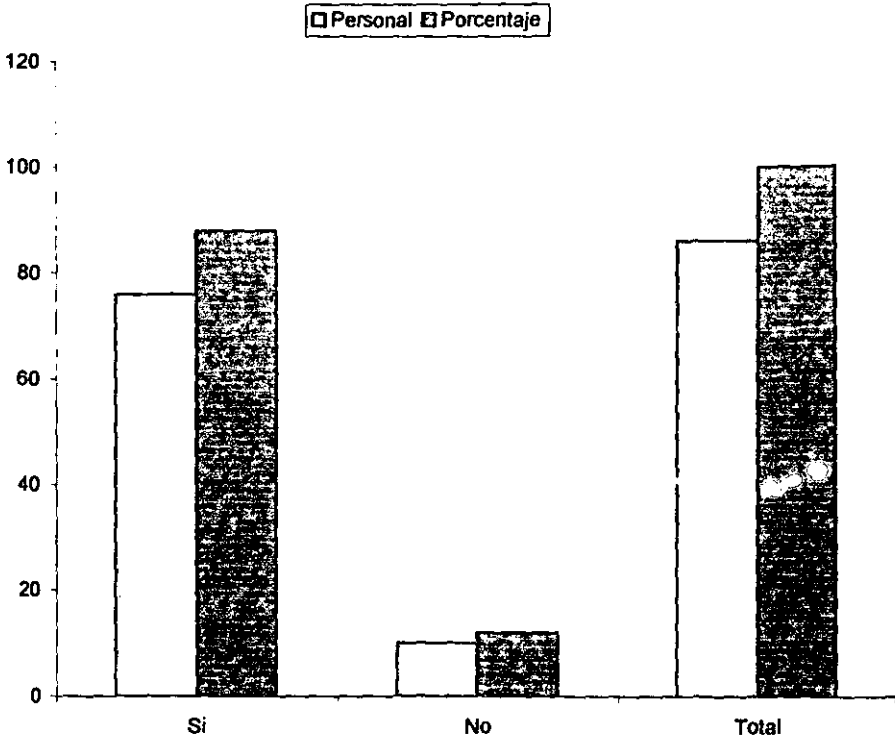
Consideran que la sociedad responsabiliza a la mujer del embarazo

Opción	Personal	Porcentaje
Si	76	88
No	10	12
Total	86	100

Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

GRAFICA 16

Consideran que la sociedad responsabiliza a la mujer del embarazo



Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

### 16. CONSIDERAS QUE LA SOCIEDAD RESPONSABILIZA A LA MUJER DEL EMBARAZO.

El resultado de la entrevista fue. 76 enfermeras con un porcentaje del 88% consideran que la sociedad responsabiliza a la mujer del embarazo, y 10 enfermeras con un porcentaje del 12% no consideran que la sociedad responsabilice a la mujer del embarazo.

De acuerdo a los resultados la sociedad responsabiliza a la mujer del embarazo, ya que este se acompaña entre otras características, de la incapacidad materna para cuidar a un hijo y formar una familia e incluye también a las adolescentes con embarazo precoz.

De acuerdo a la bibliografía. El embarazo precoz es la gestación que se presenta en una mujer que no ha terminado su crecimiento y desarrollo somático. Las adolescentes presentan complicaciones debido al pobre acceso a los servicios médicos, así como a patrones culturales y sociales, que impiden una adecuada integración psicosocial de la madre.

El inicio de relaciones coitales tempranas también predispone a otras alteraciones psicosociales tales como: drogadicción, fracaso escolar y tendencias suicidas.

Bibliografía. COHEN Jean et.al.

Enciclopedia de la vida sexual de la fisiología a la psicología.

### CUADRO 17

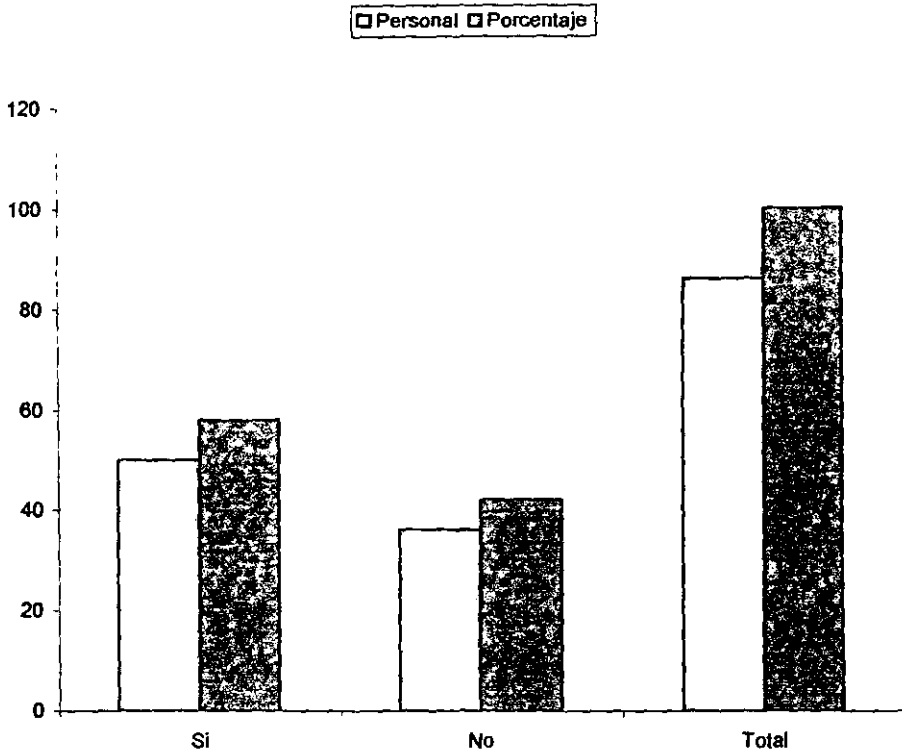
El niño de una adolescente, el desarrollo se considera menos armonioso

Opción	Personal	Porcentaje
Si	50	58
No	36	42
Total	86	100

Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

GRAFICA 17

El niño de una adolescente, el desarrollo se considera menos armonioso



Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

### 17. SEGÚN TU CRITERIO EL NIÑO DE UNA MADRE ADOLESCENTE TIENE MENOS OPORTUNIDADES DE DESARROLLO ARMONIOSO.

El resultado de las entrevistas fue. 50 enfermeras con un porcentaje del 58% consideran menos armonioso el desarrollo del niño y 36 enfermeras con un porcentaje del 42% no consideran menos armonioso el desarrollo del niño.

No podemos generalizar, pero de acuerdo a los resultados de nuestra encuesta a la madre adolescente en relación del recién nacido nos dimos cuenta que la mayoría de ellas son madres solteras, que tienen la necesidad de dejar la escuela para trabajar, dejan a sus hijos al cuidado de otras personas otras adolescentes cambian de pareja y dejan al menor al cuidado de los abuelos por lo cual tienen menos oportunidades de desarrollo armonioso.

Este problema es más frecuente en el medio socioeconómico bajo.

De acuerdo a la bibliografía. La adolescente embarazada que terminaron su crecimiento y desarrollo físico, presentan complicaciones debidas al pobre acceso a servicios médicos, así como a patrones culturales y sociales que impiden una adecuada integración psicosocial de la madre. Se mencionan entre ellas: deserción escolar, desempleo, bajo ingreso económico, divorcio y mayor número de hijos. Los hijos de estas madres tiene el riesgo de: abuso físico, negligencia en el cuidado a su salud, desnutrición, retardo físico y psicológico.

Bibliografía. SAAVEDRA Alfredo et.al.

México en la educación sexual.

### CUADRO 18

#### Criterios de frecuencia de embarazo por violación

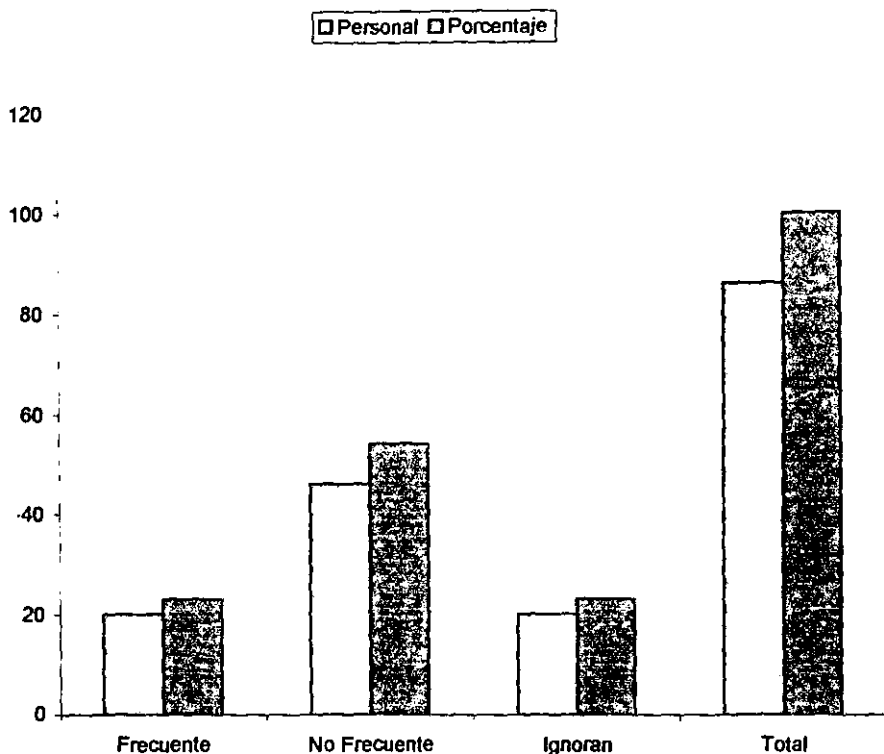
Opción	Personal	Porcentaje
Frecuente	20	23
No Frecuente	46	54
Ignoran	20	23
Total	86	100

Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa



GRAFICA 18

Criterios de frecuencia de embarazo por violación



Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

### 18. SEGÚN TU CRITERIO QUE TAN FRECUENTE ES EL EMBARAZO CONSECUENCIA DE UNA VIOLACION.

El resultado de las entrevistas fue. 46 enfermeras con un porcentaje del 54% determinan que no es muy frecuente, 20 enfermeras con un porcentaje del 23% determinan que es frecuente y 20 enfermeras con un porcentaje 23% ignoran.

La violación es la relación sexual forzada. El 54% del personal determina que no es muy frecuente es un problema de índole social y legal que algunas veces tiene como consecuencia un embarazo.

El 23% de las enfermeras determinan que es frecuente y el otro 23% ignoran.

De acuerdo a la bibliografía la violación en México es un problema de índole social y legal que algunas veces tiene como consecuencias un embarazo, agravándose la situación si esto sucede en mujeres en edad adolescente, pues con frecuencia provoca alteraciones emocionales o agudiza las ya existentes, la violación marca para siempre la existencia de la vida adolescente y con todas sus repercusiones psicológicas. También es frecuente encontrar alteraciones en el desarrollo de estos niños por falta de estimulación e incluso maltrato.

#### Bibliografía.

SANCHEZ Bravo Claudia et.al.

Embarazo en adolescentes por violación y sus repercusiones psicológicas.

### CUADRO 19

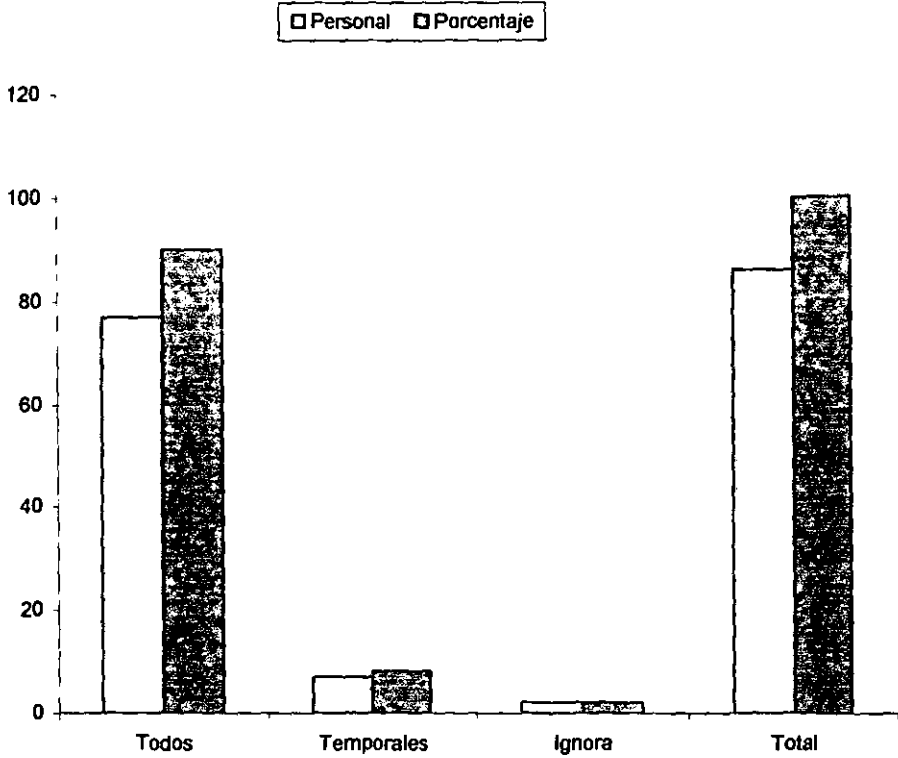
#### Métodos anticonceptivos conocidos

Opción	Personal	Porcentaje
Todos	77	90
Temporales	7	8
Ignora	?	2
Total	86	100

Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

GRAFICA 19

Métodos anticonceptivos conocidos



Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

## ANALISIS E INTERPRETACION

### 19. QUE METODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCES.

El resultado de las entrevistas fue. 77 enfermeras con un porcentaje del 90% conocen todos los metodos anticonceptivos, 7 enfermeras con un porcentaje del 8% conocen los metodos temporales y 2 enfermeras con un porcentaje del 2% ignoran los metodos anticonceptivos.

El 90% del personal de enfermería conoce todos los metodos anticonceptivos, un 8% conoce los metodos temporales y un porcentaje del 2% ignoran los metodos anticonceptivos con la respuesta de la entrevista nos damos cuenta que es necesario que la enfermera se prepare mas no es posible que una enfermera desconozca los metodos anticonceptivos, pudimos detectar en la realización de la encuesta que hubo un mínimo de personal no capacitado

De acuerdo a la bibliografía. Hay una variedad de metodos anticonceptivos temporales, y los definitivos. Todo el personal de enfermería deberá conocer todos los metodos anticonceptivos,

Bibliografía.

Enciclopedia de la vida sexual.

Metodos anticonceptivos editorial Onix.

### CUADRO 20

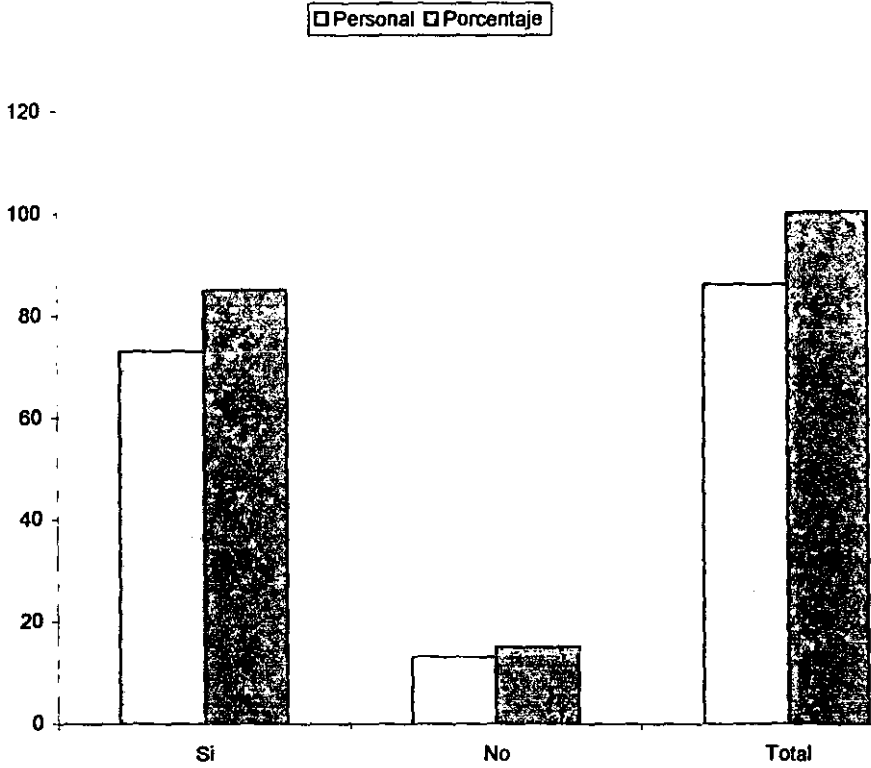
**Creen importantes estas encuestas para solución de problemas**

Opción	Personal	Porcentaje
Si	73	85
No	13	15
Total	86	100

**Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa**

GRAFICA 20

Creen importantes estas encuestas para solución de problemas



Fuente: Información obtenida del Personal de los diferentes turnos que laboran en el Hospital General de Mazatlán Sinaloa

20. CREES TU IMPORTANTE LA REALIZACION DE ESTAS ENCUESTAS  
COMO UN PROCEDIMIENTO PARA RESOLVER UNA PROBLEMÁTICA.

El resultado de las entrevistas fue. 73 enfermeras con un porcentaje del 85% si creen importante la realización de estas entrevistas para resolver una problemática y 13 enfermeras con un porcentaje del 15% no creen importante la realización de las entrevistas para resolver una problemática.

Los resultados de las entrevistas son el 85% de las enfermeras si creen importante la realización de estas entrevistas para resolver una problemática.

Y así poder dar alternativas de solución.

De acuerdo a la bibliografía. Todas las investigaciones que se llevan acabo requieren de entrevistas para poder detectar los problemas y ofrecer alternativas de solución

Bibliografía.

ROJAS Soriano Raúl.

Guía para realizar investigaciones sociales.



## CONCLUSIONES.-

Nuestro interés en este tema surgió al realizar nuestras prácticas de obstetricia I y II, en el hospital general donde observamos un alto índice de adolescentes embarazadas, que se presentaban a recibir la atención del parto y la gran mayoría de escasos recursos económicos, y con un nivel educativo bajo, preferentemente estudiantes, madres solteras.

Considerando lo anterior se elaboraron los objetivos en los cuales se basó la investigación, dentro de la problemática que presentan las madres adolescentes embarazadas, tema que nos pareció muy importante por la magnitud que representa en lo económico, psicológico y social, dentro de una problemática que no nos es indiferente, debido al que hacer diario dentro de nuestra profesión, y en contacto directo con la población que nos rodea significativamente nuestra familia, consideramos que los objetivos planteados en la investigación fueron alcanzados en toda su magnitud y representatividad.

Específicamente consideramos que en nuestra localidad se presentan un alto índice de embarazos de adolescentes y estando en contacto con esos casos en la unidad hospitalaria en la que laboramos se tomó la decisión de elegir el tema porque consideramos la importancia de detectar la problemática que prevalece como factor importante en que se da este fenómeno en nuestra localidad porque es un problema en general que afecta no solo al adolescente en sí sino que se transforma su entorno interior y exterior en que él se desarrolla y canaliza hacia un

impacto social relevante por el factor económico ya que el embarazo de una menor incide en el grado de educación que la misma puede obtener después del mismo en la economía de la familia porque en la mayoría de los casos estas adolescentes hacen frente a esta problemática sin contar con el apoyo de su pareja que en muchos de los casos es también un adolescente que ve truncada su preparación profesional y lo cual incide en que la familia de ambos tienen que cargar con la responsabilidad de los tres y todo esto ocasiona problemas económicos psicológicos y con el paso del tiempo una desintegración familiar y con el efecto social que de todos es conocido ya que familias mal cimentadas generan individuos mal cimentados psicológicamente y esto repercute notablemente en el desarrollo de una sociedad en general.

La importancia que representa para enfermería el manejo de este tema es de relevancia ya que por medio de este estudio podemos concientizarnos y concientizar al personal de enfermería, al personal de otras áreas dentro de nuestra unidad así como a la población en general de la importancia de la educación sexual en este grupo como son los adolescentes además de ejercer presión ante las autoridades hospitalarias basado en la investigación para que se establezcan programas ex profeso y en caso de existir que se refuercen y se le asignen recursos específicos suficientes para poder llevar a cabo las actividades de educación dentro y fuera de nuestra institución respecto a este tema, además de lograr un compromiso en la formación de grupos de aprendizaje para el manejo de esta problemática y así poco a poco y todos en conjunto lograr un conocimiento general que nos permita tener una mejor respuesta a la problemática que este evento social implica.

Construimos una hipótesis en la cual señalamos que las adolescentes desconocían los factores de riesgo que el embarazo a temprana edad trae como consecuencia, lo cual pudimos comprobar por medio de nuestra investigación realizada por la lectura del expediente clínico y la entrevista domiciliaria realizada a los familiares y a los adolescentes.

Decimos que nuestra hipótesis fue comprobada porque el resultado de la investigación nos arroja que realmente existe una desinformación del tema en cuestión por los adolescente y sus familiares a si como en la sociedad en general fundamentado todo a través del marco teórico en que se soporto la investigación.

Se observo de cerca el actuar del grupo en mención en la actualidad en los aspectos físico psicológico familiar y social y el contexto de ellas mencionaron que no contaban con un conocimiento real de las consecuencias de riesgos del embarazo, aunque ya tenían información, no era lo suficientemente clara.

Teniendo el inicio de conciencia de la consecuencia cuando se percataron del embarazo comprendiendo algunas la magnitud y otras agobiadas por el desconocimiento de su situación optaron por recurrir a otros medios de evitar ese embarazo y una gran parte acepto y canalizo su angustia hacia el deseo de procrear aun con todos los inconvenientes que la sociedad les marcaba; toda la información se logro obtener a través del contacto con ellas y sus familiares cuando decidieron colaborar en la realización de la investigación a través de sus comentarios y el relato de su experiencia vivida durante el embarazo, el parto y posteriormente ya en su vida con su hijo, se utilizo como metodología la entrevista, cuestionarios, los cuales se realizaron a través de visita domiciliaria

además del análisis del expediente clínico existente en la unidad hospitalaria referida.

Las variables que se utilizaron salieron a relucir en la investigación lo cual apoyo los análisis estadísticos de cada entrevistas formuladas ya que se trabajo con la adolescente embarazada, con el familiar de la adolescente, con el hijo de la adolescente y con el personal de enfermería que labora en el hospital general, los resultados nos aportamos datos que nos muestran estadísticas de adolescentes embarazadas con relativa diferencia, respecto de otras embarazadas no adolescentes, en todas características de antemano conocidas.

Lo que consideramos relevante en los resultados es que los adolescentes cuando viven un embarazo su vida se transforma en todos los aspectos. Y la mayoría de ellos no logran recuperarse e integrarse a la sociedad en forma positiva y activa.

Nos damos cuenta que realmente se requiere de una gran participación de la sociedad en general, para lograr en lo posible el menor daño a este grupo tan importante, considerando que la educación es básica en todos los niveles ya que de ella depende el desarrollo integral del individuo y por ende la formación y la grandeza de un país como el nuestro.

## SUGERENCIAS

Al termino de nuestra investigación nos concienciamos de la importancia de la participación que tiene la sociedad en la problemática de este grupo tan importante de la misma nuestros adolescentes y debido a ello consideramos necesario emitir las siguientes sugerencia de nuestra parte para contribuir en la parte que nos corresponde en retomar el camino respecto de la atención al adolescente 'con el fin de procurarle una vida integral y llena de todos los satisfactores que les permitan realizarse como seres humanos holísticamente hablando.

1. Es necesario la implementación en nuestras unidades hospitalarias de programas ex profeso de educación y atención al adolescentes así como de la asignación presupuestaria de recursos para que estos programas se lleven hasta el maximo y se puedan evaluar para retroalimentarnos respecto del impacto que producen en nuestra sociedad de jóvenes.
2. Sugerir la formación de grupos de apoyo en las colonias y municipios con la asesoría de un grupo multidisciplinario que se encarguen de la implementación de programas así como de la Evaluación para determinar los resultados.
3. Implementar escuela para padres respecto de la educación sexual desde la infancia y posteriormente en la adolescencia, estos grupos coordinados en lo posible dentro de las mismas escuelas primarias o secundarias así como preparatorias ya que desde el nivel de primaria se requiere de la atención

respecto de la sexualidad para evitar que los niños en su momento reciban una educación errónea y la misma la canalicen el resto de sus vidas y se dañen psicológicamente y a su vez al tener contacto con los demás esa misma educación deformada se propague.

4. El personal de licenciatura de enfermería puede contribuir en las anteriores sugerencias ya que se encuentra preparado para asesorías respecto de temas de sexualidad y esta facultada académicamente para llevarlo a cabo, su ámbito de acción puede ser en la unidad hospitalaria, colonias municipios y en las escuelas antes mencionadas.

Sabemos de antemano que en la actualidad existen programas gubernamentales ex profeso para el manejo de la problemática que tienen los adolescentes pero también es conocido que tienen poca difusión, control y continuidad lo que hace perder la mística de los mismos por no llevar a cabo la evaluación necesaria para mejorar sus programas. Por lo cual sugerimos que se regulen la formación de los mismos y se normaticen con carácter de obligatoriedad en todas aquellas instituciones donde los jóvenes por naturaleza propia tienen que asistir para garantizar que sean conocidos por ellos.

## V.- BIBLIOGRAFIA

1. AGUILAR, J.A. Problemas de la sexualidad  
Antología de la sexualidad, 1994 volumen 3 P 87, 105-107
2. ALARCON Navarro F.  
Embarazo en la adolescencia  
Salud reproductiva y sexualidad en las adolescentes. Mexico 1992 P 277-279
3. AVILA Vergara Marco Antonio Dr. Et.al.  
Condiciones permanentes en Recién Nacidos de madres Adolescentes en el Estado de Sinaloa, México.P 63
4. BENSON C. Ralph.  
Manual ginecología y obstetricia. USA 1994
5. BEHRMAN E. Richard, M.D. et. Al.  
Tratado de pediatría Nelson Volumen I "Desarrollo psicomotor del recién nacido hasta los 2 años de edad" P 45-52
6. CAMPERO Cuenca L.  
Educación y salud de la mujer Salud pública de México.  
1996 volumen 38, N° 3 P 217-218
7. COHEN Jeain, ET. AL., Enciclopedia de la Vida Sexual de la Fisiología a la Psicología.  
Editorial Argas Vergara 7ma. Edicion noviembre de 1981

8. CUERDA j.et. al  
Euromexico sa de cv, Edicion 1999 Mexico
9. COLSTON West Anne Dr. Et.al.  
Tratado de ginecología 2da edición. Mexico 1992
10. DANFORTH N. David  
Tratado de obstetricia y ginecología.  
Mexico DF P 292-293
11. DE LA GARZA Quintanilla Carlos Dr. Et.al.  
Primigesta adolescente. "Características de la adolescente embarazada"  
P 95 Mexico 1994
12. EHRENFELD Nohemi. Et.al.  
Educacion para la salud reproductiva y sexual del adolescente embarazada  
"Enciclopedia Salva" Mexico 1992
13. ESCOBEDO Chavez Ernesto et.al.  
Embarazo en adolescentes: seguimiento de sus hijos durante el primer año  
de vida. P 192-196
14. FERNANDEZ Paredes Francisco et.al.  
Características sociofamiliares y consecuencia en la salud materna infantil  
del embarazo en edad precoz. Mexico 1996
15. FIGUEROA Perea J. G.  
Comportamiento reproductivo y salud Salud pública de México.  
1991 volumen 33 N° 6 P 590-592



16. GARCIA Barrios C. et.al.

Percepción de las parteras sobre factores de riesgo reproductivo.  
Salud publica de mexico volumen 35 P 75-76

Salud pública de México.

17. KASER O. Dr. Et.al.

Ginecología y obstetricia tomo III  
Fundamentos, patologías, profilaxis y Dx. Terapéuticos.  
Mexico 1992

18. LONDON Marcia et.al.

Enfermería materno infantil.  
4º edición. Editorial interamericana Mc. Grawn hill

19. MARTINEZ Martínez.

La salud del niño y el adolescente.  
Federación de Pediatría, centro de occidente de México.  
3º edición 1995. México, D.FP 168-177

20. MARTINEZ Salinas A. Et.al.

Actitudes y conductas para la salud reproductiva

Ginecología y obstetricia de México. P 149-152

21. MENDEZ Oteo Francisco Dr. Et.al.

Ginecología y obtetricia Mexico 1989 Editorial Trillas

22. MILLER M.A. et.al.

Enfermería materno infantil. Editorial interamericana P 87-303  
Mexico

23. MUNCH Lourdes et.al.

Métodos y técnicas de investigación.

Editorial trillas 2º reimpresión México 1995.

24. PRITCHARDO Jacka et.al.

Williams obstetricia 3º edición. Editorial interamericana.

25. ROJAS Soriano Raul.

Guía para realizar investigaciones sociales.  
Mexico 1994

26. SANCHEZ Bravo Claudia et.al.

Embarazo en adolescentes por violación y sus repercusiones psicológicas.  
Estudio comparativo. 1995

27. HERNAN S. M.

El problema médico social de la mortalidad; "salud y enfermedad".  
P 442-445

28. STERN Claudio.

El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica.  
Salud pública de México, marzo de 1997; volumen 39 P 137-143

29. STEVENS Catherine et.al.

Embarazo en la adolescente.  
Junio del 1994 interamericana MC grawn hill

30. URANGA Imaz Francisco.

Obstetricia practica.  
Mexico 1985

31. VALDEZ Banda Fernando Dr. Et.al.

Prevalencia y factores de riesgo para complicaciones obstétricas en la Adolescente. Comparación con población adulta.  
Mexico 1998

32. Young y Veldman

Distribuciones y gráficas en introducción a las estadísticas aplicadas a Las ciencias de la conducta.

33. ZARATE Treviño Arturo Dr. Et.al.

Ginecología. "Problemas del adolescente" Mexico 1989

34. Enciclopedia de la Vida Sexual, Editorial, Parramón Ediciones, 1994.

35. Enciclopedia de la Sexualidad, Editorial OSEANO 1995

36. Enciclopedia Microsoft Encarta 2000.

37. Estudio de la Sexualidad Femenina. El informe Hite. 1966

38. Diccionario Enciclopédico Ibalpe.

Editor Juan Jesús Ovejero S. 1994

39. Evaluación del desarrollo Psicomotor del menor de 5 años.

Centro latinoamericano de perinatología y desarrollo humano CLAP-  
OPS/ OMS.

40. Fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones.

Organización panamericana de la salud 1994 P 41-55

41. Maternidad precoz y embarazo de la adolescente

Consultor de enfermería obstétrica. Ed. Centrum 1988 P 20-26

**ENCUESTA RELACIONADA CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS  
FACTORES DE RIESGO DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE SE  
ATENDIERON EN EL HOSPITAL GENERAL MAZATLAN, SINALOA EN EL  
AÑO DE 1998.**

**INDICACIONES.- CONTESTA LO QUE SE TE PIDE DE MANERA REAL PARA  
EL ÉXITO DE ESTA ENCUESTA.**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**1.- EDAD:** \_\_\_\_\_

**2.- ESTADO CIVIL:** \_\_\_\_\_

**3.- A QUE RELIGION PERTENECE:**

CATOLICA \_\_\_\_\_

PROTESTANTE \_\_\_\_\_

MORMON \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_

**4.- OCUPACION:**

EMPLEADO \_\_\_\_\_

AMA DE CASA \_\_\_\_\_

ESTUDIANTE \_\_\_\_\_

**5.- ESCOLARIDAD:**

PRIMARIA \_\_\_\_\_

SECUNDARIA \_\_\_\_\_

PREPARATORIA \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_

6.- TALLA: \_\_\_\_\_

7.- PESO ANTES DEL EMBARAZO \_\_\_\_\_

8.- PESO DESPUES DEL EMBARAZO \_\_\_\_\_

9.- INGRESOS FAMILIARES \_\_\_\_\_

10.- TIPO DE VIVIENDA:

RENTADA \_\_\_\_\_

PRESTADA \_\_\_\_\_

PROPIA \_\_\_\_\_

11.- SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS:

AGUA \_\_\_\_\_

LUZ \_\_\_\_\_

DRENAJE \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_

SERVICIOS EXTRADOMICILIARIOS:

ALUMBRADO PUBLICO \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

SERVICIO DE LIMPIEZA \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_

TIPO DE CONSTRUCCION:

MATERIAL \_\_\_\_\_

LAMINA \_\_\_\_\_

MADERA \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_

12.- CONOCIA LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE OCASIONA UN  
EMBARAZO A TEMPRANA EDAD: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

13.- A TRAVEZ DE: AMISTADES \_\_\_ PADRES \_\_\_ MAESTROS \_\_\_\_\_  
INSTITUCIONES DE SALUD \_\_\_\_\_ MEDIO DE COMUNICACIÓN \_\_\_\_\_ Y OTROS  
\_\_\_\_\_

14.- SEGÚN SU CRITERIO QUE INFORMACION REQUERIA PARA PREVENIR  
EL EMBARAZO A ESTA EDAD:

ORIENTACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR \_\_\_\_\_

MEJORAR LA RELACION ENTRE PADRES E HIJOS \_\_\_\_\_

REALIZAR UNA ACTIVIDAD RECREATIVA \_\_\_\_\_

15.- RECUERDAS QUE PROBLEMAS PRESENTASTES POSTERIOR A TU  
EMBARAZO:

SANGRADO \_\_\_\_\_

CIRUGIA \_\_\_\_\_

LEGRADOS \_\_\_\_\_

EDEMA \_\_\_\_\_

HIPERTENSION \_\_\_\_\_

TOXENIA \_\_\_\_\_

DEABETES \_\_\_\_\_

INFECCIONES \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_

16.- QUE TIPO DE PARTO SE TE PRESEBTO AL FINAL DE TU EMBARAZAO:

NORMAL \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_

17.- PRESENTO ALGUNA COMPLICACION POSTERIOR AL NACIMIENTO DE SU BEBE:

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

18.- QUE PROBLEMAS SE LE PRESENTARON CON LA FAMILIA POR EL EMBARAZO:

RECHAZO \_\_\_\_\_

ACEPTACION \_\_\_\_\_

AGRESION \_\_\_\_\_

COMPRESION \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_

**ENCUESTA REALIZADA A LA FAMILIA DE LA MADRES ADOLESCENTE  
EMBARAZADA**

**INDICACIONES.- CONTESTA LO QUE SE TE PIDE DE MANERA REAL PARA  
EL ÉXITO DE ESTA ENCUESTA.**

**1.- QUE RELACION FAMILIAR TIENE CON LA ADOLESCENTE EMBARAZADA:**

MADRE \_\_\_\_\_

PADRE \_\_\_\_\_

HERMANO (A) \_\_\_\_\_

TIO (A) \_\_\_\_\_

TUTOR \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_

**2.- ESCOLARIDAD:**

PRIMARIA \_\_\_\_\_

SECUNDARIA \_\_\_\_\_

PREPARATORIA \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_

**3.- CUANTOS MIEMBROS FORMAN A LA FAMILIA: \_\_\_\_\_**

**4.- NIVEL SOCIOECONOMICO FAMILIAR:**

ALTA \_\_\_\_ MEDIA \_\_\_\_ BAJA \_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_



5.- CONSECUENCIA DEL EMBARAZO EN LA FAMILIA: \_\_\_\_\_

6.- QUE TIPO DE RELACION SOSTENIA CON LA ADOLESCENTE ANTES DE SU EMBARAZO:

BUENA \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALA \_\_\_\_\_

7.- SE HA MODIFICADO DESPUES DEL EMBARAZO

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

8.- CREE USTED QUE CUENTA CON UNA EDUCACION SEXUAL APROPIADA PARA LA ORIENTACION DE LA ADOLESCENTE:

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

9.- LA ORIENTO CON OPORTUNIDAD:

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

10.-A REPRESENTADO PARA USTED UNA CARGA ECONOMICA LA ADOLESCENTE Y SU HIJO.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**ENCUESTA A LA MADRE DE LA ADOLESCENTE EN RELACION DEL  
RECIEN NACIDO CON APOYO EN EL EXPEDIENTE CLINICO**

**INDICACIONES.- CONTESTA LO QUE SE TE PIDE DE MANERA REAL PARA  
EL ÉXITO DE ESTA ENCUESTA.**

**NOMBRE COMPLETO DEL RECIEN NACIDO: \_\_\_\_\_**

**1.- SEXO DEL R/N : \_\_\_\_\_**

**2.- PESO: \_\_\_\_\_**

**3.- TALLA: \_\_\_\_\_**

**4.- APGAR: \_\_\_\_\_**

**5.- NACIDO POR PARTO NORMAL \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_**

**6.- FUE ALIMENTADO AL SENO MATERNO: SI \_\_\_ NO \_\_\_**

**7.- A QUE EDAD DEJO DE ALIMENTARLO AL SENO MATERNO: \_\_\_\_\_**

**8.- SE HAN APLICADO LAS VACUNAS CORRESPONDIENTES: \_\_\_\_\_**

**9.- SE HA LLEVADO EL CONTROL DEL NIÑO SANO: SI \_\_\_ NO \_\_\_**

**10.- HA PADECIDO ENFERMEDADES DESDE SU NACIMIENTO: \_\_\_\_\_**

**11.- CONSIDERA QUE SU BEBE HA TENIDO UN CRECIMIENTO Y AUMENTO  
DE PESO ADECUADO : SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_**

**12.- A QUE EDAD COMENZO:**

**OBSERVAR LOS OBJETOS \_\_\_\_\_**

**Universidad nacional autónoma de México**  
**Escuela nacional de enfermería y obstetricia**

**Cuestionario para el personal de enfermería del Hospital General “Dr. Martiniano Carvajal”**

1. Que edad comprende la adolescencia
  - a) De 10 a 13 años
  - b) de 14 a 19 años
2. Consideras la escolaridad como un factor que propicie el embarazo en adolescentes.
3. Crees tu que la deficiencia en la comunicación entre padres e hijos influyen para que la adolescente se embarace.
4. Consideras que las costumbres familiares determinan el embarazo en la adolescente.
5. Crees tu que la promiscuidad y hacinamiento influye en embarazos en adolescentes.
6. Sabes de la existencia de programas de atención al adolescente en esta unidad hospitalaria.
7. Que consideras como temas principales de existir estos programas para impartir al adolescente.
8. En que proporción los medios de comunicación influyen en el incremento de embarazos en adolescentes.

9. Que otras opciones tienen los adolescentes para evitar los embarazos.
10. Es conveniente no informar respecto de educación sexual para evitar la sexualidad en el adolescente.
11. Tienes tu participación en la educación sexual en los pacientes adolescentes que se atienden en esta unidad.
12. Que tipo de participación
13. Te gustaría participar
14. Consideras importante que la educación sexual se imparta desde el nivel primario
15. Consideras que el embarazo en la adolescentes un problema publico
16. Consideras que la sociedad responsabiliza a la mujer del embarazo
17. Según tu criterio el niño de una madre adolescente tiene menos oportunidades de desarrollo armonioso
18. Según tu criterio que tan frecuente es el embarazo consecuencia de una violación
19. Que métodos anticonceptivos conoces
20. Crees tu importante la realización de estas encuestas como un procedimiento para resolver una problemática.