



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CÓMO INFLUYE LA EDUCACIÓN SEXUAL Y LOS FACTORES
SPICOSOCIALES DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN EL
APOYO EDUCATIVO DEL CUIDADO DE SALUD REPRODUCTIVA
QUE PROPORCIONA EL LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA. (LEO)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A N

DOLORES CASTILLO TORRES

DIRECTORA DEL TRABAJO


MTRA. INÍGA PÉREZ CABRERA

MÉXICO D.F.

2004



ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Solo tengo un gran e infinito agradecimiento y es a ti Dios, a quien tengo que agradecerle todo lo que soy y todo lo que tengo:

Gracias en primer lugar por haberme dado los padres que tengo:

Fernando Castillo Nava y Ma. del Carmen Torres González

Gracias por los 10 hermanos que me diste: *Alicia, Antonia, Cristina, Irma, Fernando, Rey, Ma. del Carmen, Gabriela, Ma. Magdalena y Beatriz Castillo Torres.*

Gracias por los hijos maravillosos que tengo y que no merezco:

Giuliano, Edgar Illián e Iván Gutiérrez Castillo.

Gracias por la vida desahogada y sana que he tenido desde el día en que nací.

Y además gracias por poner en mi camino a la persona que más me ha ayudado a lograr esta meta. Con mucho cariño, respeto y admiración *Maestra Iñiga Pérez Cabrera.*

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	7
1. IMPLICACIONES DEL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	9
1.1 Situación del problema	9
1.2 Delimitación del problema	9
1.3 Descripción del problema	9
1.4 Planteamiento del problema	10
1.5 Justificación	10
1.6 Delimitación espacial	11
1.7 Delimitación temporal	11
1.8 Objetivos	11
1.9 Hipótesis	11
1.10 Variables	11
1.11 Ejes conceptuales	11
1.12 Operacionalización de variables	17
2. MARCO TEÓRICO	20
2.1 <i>La mujer en la sociedad actual</i>	20
2.2 El embarazo en la adolescente como problema de salud pública	25
2.3 Norma Oficial Mexicana	25
2.4 Embarazo	25
2.4.1 Derechos sexuales y reproductivos	26
2.4.2 Embarazo. Diagnóstico, signos y síntomas	27
2.4.3 Generalidades del diagnóstico del embarazo	29
2.4.4 Modificaciones anatomofisiológicas durante el embarazo	29
2.5 Factores predisponentes de embarazo en la adolescencia.	31
2.6 Repercusiones psicosociales del embarazo en la adolescente	33
2.7 Sistema de apoyo educativo	34
2.8 Proceso de Atención de Enfermería en la adolescente embarazada	35
2.9 Métodos de planificación familiar en la adolescente	37
2.9.1 Ejecución de cuidados	44
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	53
3.1 Tipo de investigación	53
3.2 Universo	53

3.3 Criterios de selección de la muestra	53
3.4 Criterios de selección	53
3.5 Descripción de la investigación	54
3.6 Procesamiento estadístico de los datos	54
3.7 Organización de la investigación	55
4. RESULTADOS	56
4.1 Descripción e interpretación de datos	56
4.2 Comprobación de hipótesis	64
Conclusiones	65
Propuesta	66
5. REFERENCIAS	
5.1 Bibliografía	68
5.2 Cuestionario	71

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
CUADRO NO. 1 EDAD DE LAS ADOLESCENTES	76
CUADRO NO. 2 OCUPACIÓN DE LAS ADOLESCENTES	76
CUADRO NO. 3 GRADO DE ESCOLARIDAD	77
CUADRO NO. 4 RELIGIÓN A LA QUE PERTENECEN LAS ADOLESCENTES	77
CUADRO NO. 5 FAMILIA DE PROCEDENCIA	78
CUADRO NO. 6 NÚMERO DE HERMANOS	78
CUADRO NO. 7 LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA	79
CUADRO NO. 8 COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA DE ORIGEN	79
CUADRO NO. 9 COMO CONSIDERAN LAS ADOLESCENTES LA EDUCACIÓN SEXUAL RECIBIDA EN:	80
CUADRO NO. 10 EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL CON LA EDAD CRONOLÓGICA	80
CUADRO NO. 11 ¿CÓMO FUE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL?	81

CUADRO NO. 12	
¿POR QUÉ FUE DESAGRADABLE SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL?	81
CUADRO NO. 13	
¿SU EMBARAZO FUE PLANEADO?	82
CUADRO NO. 14	
AL SABERSE EMBARAZADA PENSÓ EN EL ABORTO	82
CUADRO NO. 15	
¿QUÉ SENTIMIENTO DESPERTÓ EN USTED EL EMBARAZO?	83
CUADRO NO. 16	
CONSIDERA TENER LOS RECURSOS PARA SER INDEPENDIENTE	83
CUADRO NO. 17	
¿QUÉ ES LO MÁS IMPORTANTE EN SU VIDA ACTUAL?	84
CUADRO NO. 18	
¿TIENE VALORA SU PERSONA EN LA TOMA DE DECISIONES DE LA VIDA DE SU HIJO?	84
CUADRO NO. 19	
¿SU PAREJA SE INTERESA EN LA SALUD DE USTED Y SU HIJO?	85
CUADRO NO. 20	
¿CUENTA CON EL APOYO DE SUS PADRES?	85
CUADRO NO. 21	
¿QUÉ TIPO DE APOYO ES?	86
CUADRO NO. 22	
RECIBE CRÍTICAS DE SU ACTUAL ESTADO	86
CUADRO NO. 23	
¿CUENTA CON TRABAJO?	87

CUADRO No. 24	
¿CUENTA CON SEGURO MÉDICO?	87
CUADRO No. 25	
EL EMBARAZO MODIFICÓ EL RUMBO DE SU VIDA	88
CUADRO No. 26	
SU INGRESO AL ISSSTE ES POR:	88
CUADRO No. 27	
SE CONSIDERABA SANA ANTES DEL EMBARAZO	89
CUADRO No. 28	
¿A CUÁNTAS CONSULTAS ASISTIÓ?	89
CUADRO No. 29	
LA DIETA EN EL EMBARAZO SE HA MODIFICADO	90
CUADRO No. 30	
CÓMO FUE ESA MODIFICACIÓN DE LA DIETA	90
CUADRO No. 31	
DURANTE EL EMBARAZO RECIBIÓ APOYO EDUCATIVO POR PARTE DE:	91
CUADRO No. 32	
DESPUÉS DE LOS 40 DÍAS DEL PARTO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA	91
CUADRO No. 33	
QUÉ MEDIOS CONOCE PARA PREVENIR EL EMBARAZO	92
CUADRO No. 34	
CUÁLES SON LOS CUIDADOS QUE NECESITA SU HIJO AL NACER	92

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia constituye un indicador importante de la eficiencia de los programas de educación sexual, así como del grado de desarrollo y las condiciones de vida de una población.

En nuestro país, en lugares suburbanizados y en el área rural tiene una alta incidencia el embarazo en las adolescentes, debido al cambio de valores en la estructura familiar y social; donde además se refleja la situación subvalorada de las mujeres que sólo son objeto sexual y no personas. Por lo tanto, las principales repercusiones de la práctica sexual durante la etapa adolescente, es la ocurrencia de embarazos no deseados y en forma complementaria las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA.

Las tasas de morbi-mortalidad perinatal se ven incrementadas por la gestación en la adolescente, porque se encuentra en un estado de inmadurez física y psicológica. Por otro lado, el embarazo conduce a la adolescente a enfrentar la crisis típica de la edad en forma simultánea con la experiencia de la maternidad, para la cual no está emocionalmente preparada.

Generalmente el embarazo en adolescentes es bajo circunstancias de violencia y seducción que afecta la salud integral, el proceso de identificación en la adolescencia y la seguridad en el medio social y familiar inmediato que derivan a una situación de aislamiento o promiscuidad para sobrevivir. Se ha interpretado la incidencia de embarazos en adolescentes como el de mayor impacto en el crecimiento acelerado de la población. Sin embargo, se resta importancia a la educación sexual, la cual no ha sido interpretada en la forma correcta, porque en la mayoría de los planteles de educación básica, sólo se enseñan temas como anatomía y fisiología de los órganos sexuales, la fecundación, el embarazo y el parto y con ello se ha creído que han educado en el aspecto sexual a las y los adolescentes.

En este caso, se pretende identificar la influencia de la educación sexual y los factores psicosociales que traen las adolescentes embarazadas, con la asimilación del apoyo educativo para el cuidado de su salud reproductiva que proporcionan los profesionales de enfermería y en especial los licenciados en Enfermería y Obstetricia que laboran en la consulta externa del Hospital General No. 26 Dr.

Carlos Calero Elorduy, en la ciudad de Cuernavaca, Morelos; donde se revela a través de este estudio la situación de la población adolescente femenina, entre los condicionantes personales familiares, sociales, culturales, que incrementan el problema .

En el presente trabajo, el primer capítulo aborda las implicaciones del problema de la investigación donde se describen los elementos del problema, la justificación, así como las variables y la Operacionalización de las mismas. En el segundo, el Marco Teórico enuncia la posición social de la mujer, el embarazo de la adolescente como problema de salud pública así como la Norma Oficial Mexicana en cuanto a la salud reproductiva. En el tercero, señala la metodología con tipo de investigación, universo y muestra, método, técnica e instrumento de recolección de datos así como el procesamiento estadístico de los mismos. En el cuarto se describen e interpretan los resultados, conclusiones y propuesta. Al final, en referencias la bibliografía y anexos.

1. IMPLICACIONES DEL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.

1.1 Situación del problema

Embarazo y adolescencia

- Causas:**
- Baja autoestima de la adolescente
 - Mala comunicación entre padres e hijos
 - Deficiente conocimiento sobre el tema de sexualidad y el desconocimiento de los métodos naturales y artificiales, de prevención de riesgo de embarazo.

Consecuencias:

- Necesidad de afecto y ser reconocida como persona.
- Mala orientación acerca de los cambios anatómo-fisiológicos de la adolescente.
- Falta de información de las necesidades psicológicas
- El no saber lo que quieren para el mañana y las consecuencias que trae consigo los actos realizados sin reflexionar.
- Bajo conocimiento de métodos de prevención de riesgo de embarazo.
- La influencia cultural hacia la desvaloración de la mujer por la relación sexual extramarital.

1.2 Delimitación del problema

La deficiente educación sexual para iniciar la actividad sexual produce embarazos no deseados y al mismo tiempo conlleva a problemas familiares y sociales.

1.3 Descripción del problema

La población de adolescentes que asiste a la consulta prenatal del Hospital No. 26 Dr. Carlos Calero Elorduy del ISSSTE, tienen un mínimo de educación sexual con mala comunicación entre los padres y los demás miembros de la familia. Generalmente dada la inmadurez, inician la actividad sexual como una forma de obtener la seguridad o la independencia, copiando los patrones de conducta de adultos en la relación sexual, sin la responsabilidad que ésta implica.

En la Ciudad de Cuernavaca el problema de embarazo en adolescentes es alto, y con mayor incidencia en las zonas suburbanas o rurales, por la condición subvalorada que guarda la mujer en relación con el hombre. De este modo al desarrollar los caracteres sexuales secundarios es vista como objeto sexual para satisfacción de otros y no como persona.

Por otra parte, la información que han recibido estas adolescentes con respecto a la sexualidad es muy escasa. Esta situación refleja problemas personales, familiares y sociales que se presentan durante esta difícil etapa.

La timidez, signo de feminidad en nuestra cultura, la hace vulnerable ante el acoso sexual y su inmadurez de personalidad la limita para tomar decisiones propias. De este modo la seducción o violación de que son objeto conlleva a problemas de salud reproductiva y de riesgo de embarazo.

1.4 Planteamiento del problema

¿Cómo influye la educación sexual y los factores psicosociales de la adolescente embarazada en el apoyo educativo del cuidado de salud reproductiva que proporciona el L.E.O?

1.5 Justificación

El problema del embarazo en las adolescentes refiere una serie de factores que por ser multicausal se dificulta la prevención del riesgo de embarazo en esta etapa trascendental para el desarrollo humano. En general, dentro de las familias las condiciones del nivel de información sobre la educación sexual se ve aun más limitado por los prejuicios, por las creencias, la ignorancia de las formas de protección. Van a impedir que las adolescentes se "lancen" sin protección a una relación sexual inducida por la pareja. Por tanto en el presente trabajo una vez identificados entre los factores la deficiente información sobre educación sexual, se buscan las estrategias educativas que apoyen el aprendizaje en las adolescentes y dar la orientación para mejorar la comunicación de éstas con los padres de familia, promover el establecimiento de un ambiente de armonía intra y extra familiar, y de esta manera en consecuencia se dé la aceptación de los hechos y la necesidad de dar mayor información sobre salud integral, que permita el desarrollo psicosociosexual de las adolescentes madres, para una toma de decisiones maduras y responsables en su propia existencia y la vida futura con su hijo.

1.6 Delimitación Espacial

La consulta de Gineco-obstetricia del Hospital General No. 26 Dr. Carlos Calero Elorduy.

1.7 Delimitación Temporal

De febrero de 2003 a Marzo de 2004.

1.8 Objetivo

Identificar la influencia de la educación sexual y los factores psicosociales en la adolescente embarazada con el apoyo educativo de la salud reproductiva que proporciona el LEO.

1.9 Hipótesis

Los factores psicológicos y sociales de la educación sexual de la adolescente influyen en el apoyo educativo para la atención de la salud reproductiva que le proporciona el LEO.

1.10 Variables

- Factor psicológico
- Factor social
- Educación sexual del adolescente
- Apoyo educativo en la salud reproductiva

1.11 Ejes conceptuales

Factores Psicológicos: Son los elementos condicionantes del estudio del comportamiento de las funciones de la mente, para poder prevenir o solucionar los problemas individuales o sociales, especialmente en relación con la interacción que existe entre el individuo y el medio físico- social que le rodea a través de las características y aptitudes mentales, motivacionales y comportamentales como persona.

Entidad: Es la esencia o la forma de todo ser humano, valor o importancia de algo, colectividad considerada como una unidad.

Suma de atributos físicos, funcionales y psicológicos que se expresan por la identidad y conducta sexual de un sujeto en relación con otro a través del comportamiento.

Adolescente: Etapa de la vida que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el pleno desarrollo en la edad adulta.

Sexualidad: Suma de atributos físicos, funcionales y psicológicos que se expresan por la identidad y conducta sexual de un sujeto en relación con los demás y no como los objetos sexuales o con la procreación.

Factores sociales: Son los elementos del mundo externo que condicionan las formas de comportamiento sobre problemas individuales de interacción social.

La personalidad humana se desarrolla íntegra mediante la acción de dos factores: La herencia y el medio.

- * **La herencia:** Cada hombre al nacer, trae un equipo psíquico constitucional impreso en el genoma de la célula materna fecundada, por el espermatozoide paterno, que decide el crecimiento y desarrollo de la conducta e imprime carácter a la personalidad.
- * **El medio:** La educación formal e informal dejará impresa la importancia de su influencia en el desarrollo integral de los individuos.
- * **Religión:** Es el conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad y de las prácticas rituales para tributarle culto, profesión y observación de la doctrina religiosa. Obligación de conciencia.
- * **Económicos:** Es lo relativo a la economía la producción y consumo de bienes.
- * **Costumbre:** Hábito, lo que se hace más comúnmente; es el conjunto de cualidades o inclinaciones y usos que forman el fondo del carácter y son adquiridos de la lectura.¹
- * **Conciencia:** Conocimiento íntimo ser aquí y ahora, conocimiento inflexivo y exacto de los actos morales y de la ley.
- * **Integración familiar:** Se refiere a los componentes de un todo que es la composición familiar, donde cada miembro potencializa a los otros.

Educación Sexual del Adolescente

Se refiere a la formación que se trasmite desde la cuna y que al llegar a la adolescencia exige una comunicación estrecha y minuciosa, los cambios físicos por el crecimiento y desarrollo. La orientación psicosocial y emocional que es expresión de la educación para la salud "es por la vida y para la vida".

¹ Diccionario de Medicina. España Océano Mosby. Págs. 210-215.

Inicio de la relación sexual.

Conforme los niños entran en la adolescencia y salen del "capullo" de la niñez, deben empezar a tomar decisiones sobre muchos comportamientos delicados cómo debe conducir, usar drogas, fumar, relacionarse con sus compañeros y la sexualidad. Todos los aspectos consumen cantidades enormes de tiempo y energía. Aún cuando las familias pueden tomar parte en los casos de conducta desviada.²

Autoconcepto: Idea, juicio u opinión personal que tiene cada ser humano de uno mismo.

Responsabilidad: Alta calidad de responsabilidad individual y personal que tiene el ser humano para indemnizar el daño causado a otra persona.

Toma de conciencia: Conocimiento íntimo del bien y el mal conocimiento reflexivo y exacto de las cosas morales y a la ley.

Libertad a sí misma: Forma natural que tienen las personas de tomar sus propias decisiones.

Interacción Familiar

Uno de los ámbitos donde mayores repercusiones tienen el embarazo a edad temprana, es la familia de origen, a pesar de las alteraciones en la dinámica del núcleo familiar, generalmente se termina aceptando a la hija embarazada como madre soltera, reproduciendo de esa manera un patrón generalizado en muchas sociedades donde la ideología religiosa no se encuentra tan marcada.

La deserción escolar se manifiesta también como una de las consecuencias más inmediatas, dificultando con ello la terminación de la escolaridad a nivel suficiente de preparación para incorporarse al mercado laboral.

Como consecuencia de lo anterior, se manifiesta una fuerte competitividad al intentar ingresar en el mercado laboral, debido a la situación de desventaja por el embarazo o a la falta de preparación educativa.

En cuanto a la educación del hijo se manifiestan grandes problemas debido a la falta de atención y de ayuda masculina en su manutención. Los hijos de madres solteras suelen representar mayores problemas de aprendizaje y alteraciones conductuales que aquellos procedentes de familias integradas.

² Morris G. Charles, Albert A. Maisto. Psicología, 10a. ed. México, Edit. Trillas. Año 1999, pág 101

Finalmente las posibilidades de la madre soltera para encontrar una pareja y para reestructurar una familia se ven frecuentemente truncados.

Por una influencia cultural arraigada en nuestro medio, un número importante de las adolescentes que se embarazan, son obligadas a casarse. En contraparte, se observa también un mayor índice de divorcios entre parejas de 15 a 19 años de edad.

Apoyo Educativo en salud reproductiva

La adolescente embarazada debe propiciar su pronta reincorporación a la escuela o continuar con alguna forma de educación para la vida.

La atención prenatal incluye no solo la vigilancia médica, sino también la preparación para el cuidado del bebé.

El apoyo ofrecido a estas jóvenes se orienta, a largo plazo, a lograr una maternidad competente; buena salud para la madre y el hijo, no-interrupción de actividades escolares, vida familiar estable, evitar embarazos con espacio intergenésico corto y fuera del matrimonio, así como apoyar una madurez real, física y psicológica.

A pesar de no contar con investigaciones directas sobre las consecuencias que trae consigo el embarazo no deseado, resultan evidentes los siguientes indicadores:

El embarazo durante las etapas tempranas de la vida interfiere con el proceso de desarrollo e integración de la estructura de identidad en que se encuentra viviendo la adolescente. Esto le puede ocasionar alteraciones en la forma de enfrentarse al medio provocando actitudes de temor y hostilidad, así como un rechazo hacia los hombres, dificultando su interacción heterosexual.

Nutrición en la Embarazada

Hasta hace pocos años, apenas se ha puesto atención a la alimentación de la embarazada.

Hoy sabemos que en este período de la vida de la mujer es bien importante que cuidemos su alimentación, pues con ella se proporcionan las sustancias nutritivas que necesitan la madre y el niño; por otro lado es importante recomendar que no se debe comer en exceso, pero tampoco de manera deficiente.

Una alimentación excesiva puede ocasionar trastornos digestivos en la embarazada y provocar algunas complicaciones en el embarazo y parto en algunas ocasiones graves. Por otra parte si la embarazada no come lo suficiente se

debilita, pues el producto en caso de necesidad se alimentará de los propios nutrimentos de la madre, pudiéndole ocasionar un estado de desnutrición.³

Durante los 4 primeros meses del embarazo las necesidades nutricionales de la mujer son las mismas.

Sin embargo durante este período, la mujer se vuelve más emotiva, no tiene apetito y con frecuencia tiene vómitos repetidos. Por el contrario, a partir del 4to. mes de gestación aumenta las necesidades nutritivas, debiendo por ello aumentar proporcionalmente la alimentación en este segundo período.

Es recomendable que toda embarazada consuma los siguientes alimentos:

Leche	750cc.
Carne o pescado	
Queso	50 gr
Huevo	1 pieza
Ensalada de verduras	
Pimiento	150 gr
Frutas	200 gr

Este grupo de alimentos contiene los nutrimentos necesarios para la embarazada los cuales se los vamos a describir de acuerdo a su funcionamiento. Mencionando las fuentes de donde son extraídos generalmente.

Cuidados Prenatales

Después de que el médico diagnostica un embarazo se recomienda que sus consultas sean periódicamente cada mes los primeros 6 meses del embarazo; posteriormente en el tercer trimestre por lo general son cada 15 días o como el médico lo indique.

El proceso del embarazo es un estado fisiológico de la madre gestante y lo ideal sería que el embarazo hubiera sido planeado por la pareja en un vínculo basado en el amor; ya que la planeación del nacimiento de un nuevo ser es favorecido si se espera con mucho amor.

La asistencia en sus citas con el médico permitirán llevar un buen control del embarazo, su médico pondrá mucho cuidado en su estado general poniendo atención en el crecimiento y desarrollo intrauterino del bebé que se espera para cuando termine su gestación; para que el parto se presente sin ninguna complicación.

En cada consulta el médico debe de valorar el peso y la presión arterial.

³ REEDER-Mastroianni, Martin. Enfermería Materno Infantil 15ª ed. 1994. Págs. 317-326.

En la segunda mitad del embarazo, deberá medir el crecimiento abdominal, y la frecuencia cardíaca fetal.

Es recomendable para la futura mamá, llevar una vida tranquila, saludable, permitiéndose espacios para divertirse y relajarse, realizar ejercicios propios para embarazadas, que le van ayudar en el momento del parto.

El reposo y la tranquilidad son recomendables en el embarazo, las emociones externas son percibidas por el bebé. Quienes desempeñan trabajo fuera del hogar se le recomienda que duerman entre 8 y 9 horas por día.

Signos de alarma

- Cuidado si durante el embarazo se llega a presentar sangrado o salida de líquido en abundante cantidad.
- Dolor intenso de cabeza o hinchazón de brazos y cara.
- Contracciones en forma irregular.
- Disminución o ausencia de movimiento del bebé.

NOTA: En caso de presentar cualquiera de estos signos acuda a su clínica inmediatamente para evitar alguna complicación.⁴

⁴ Ibidem.

1.12 Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Escala	Indicadores	Técnica	Instrumento
Factor Psicológico	Concepción de sí misma	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Autoestima - Autoconcepto - Respeto - Toma de conciencia - Libertad de sí misma 	Entrevista	Cuestionario
Factores Sociales	Ambiente familiar	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Económicos - Religión - Costumbres - Integración familiar 	Entrevista	Cuestionario
Educción sexual del adolescente	Formación de la sexualidad	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Inicio de la relación costal - Medio de protección - Higiene sexual personal 	Entrevista	Cuestionario
Apoyo educativo en la salud reproductiva	Enfoque de prevención de riesgo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Práctica de autocuidado - Cuidados prenatales - Protección de riesgo ante un nuevo embarazo - Nutrición 	Entrevista	Cuestionario

Relación de las variables, los indicadores y las preguntas

Variable	Escala	Indicadores	Pregunta
Factores Psicológicos	Nominal	Sentimientos hacia la maternidad	3.1 Qué sentimientos despertó en usted la maternidad.
		Libertad por sí misma, independencia	3.2 Considera tener los recursos para ser independiente.
		Responsabilidad	3.3 Qué es lo más importante en su vida.
		Toma de conciencia	
Entidad	3.4 Tiene valor su persona en la toma de decisiones, de la vida de usted y de su hijo.		
Aspectos sociales	Nominal	Integración de pareja	4.1 Su pareja se interesa en la salud de usted y la de su hijo.
		Apoyo familiar	4.2 Cuenta con el apoyo de sus padres.
		Educación de la salud	4.3 Qué tipo de apoyo recibe.
		Económicos	4.3 Qué tipo de apoyo recibe.
		Hogar	4.5 Cuenta con trabajo
		Costumbres	4.3 Qué tipo de apoyo recibe.
		Toma de conciencia del valor de su nueva vida.	4.4 Recibe críticas del medio social en su actual estado.
Atención de la salud	4.6 El embarazo modificó el rumbo de su vida.		
Educación sexual	Nominal	Comunicación intrafamiliar. Padre, madre, abuelos y tíos.	4.7 Con qué categoría ingresó al servicio médico del ISSSTE.
	Ordinal	Información de amigos, escuela y medios.	2.1 Con quién de los miembros de la familia de origen tiene mayor comunicación.
	Nominal	Medios de protección en la relación sexual.	2.2 Cómo considera la educación sexual que recibió en el hogar, escuela, amigos y otros familiares.
	Intervalo	Inicio de la relación sexual	2.3 La primera relación sexual fue
	Nominal	Planeación del embarazo y riesgo de aborto	2.4 Edad de la primera relación sexual.
			2.5 Su embarazo fue planeado.

Salud reproductiva	Nominal	Salud pregestacional	5.1 Se consideraba sana antes del embarazo.
	Intervalo	Asistencia a control prenatal	5.2 Cuándo asistió por primera vez a la consulta.
	Intervalo	Número de consultas	5.3 A cuantas consultas a asistido.
	Nominal	Dieta en el embarazo	5.4 La dieta en el embarazo se ha modificado
	Nominal	Apoyo educativo prenatal	5.5 Durante el embarazo ha recibido apoyo educativo por padre, madre, pareja, pariente u otros médico o enfermera.
	Nominal	Riesgo reproductivo	5.6 Cuál método de planificación familiar puede usar para mantener la lactancia materna.
	Nominal	Prevención de complicaciones	5.7 Qué medios de autocuidado le ayudarán a prevenir complicaciones del embarazo.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 La mujer en la sociedad actual

En los últimos años se ha registrado un cambio con una mayor participación de las mujeres en todos los ámbitos de la vida política, económica, social y cultural del país. De acuerdo con el último Censo de Población y de Vivienda en el año 2000, en el aspecto económico predomina el hombre; sin embargo, la mujer se ha ido incorporando cada vez más al mercado de trabajo, mayor en el informal que en el formal por el déficit en la formación académica y profesional. Actualmente, en el ámbito económico y laboral la mujer representa un 36.4% de la población económicamente activa. Sin embargo siguen siendo relegadas a empleos de corte tradicional como el cuidado, atención y servicio a los demás. Se calcula que de las mujeres que han entrado al mercado laboral el 19.5% son comerciantes, 15.5% son artesanas y obreras, 13.3% son oficinistas, 11.5% son trabajadoras del hogar, 8.4% laboran como empleadas en servicio y el 31.5% restantes en otras actividades.

Por otra parte, cada vez son más mujeres quienes asumen la jefatura de sus hogares. Para el año 2003 uno de cada 3 hogares son jefaturados por mujeres y en su mayoría son solteras, divorciadas, separadas o abandonadas.

Ante el desempleo, la inestabilidad laboral y los bajos salarios, el gobierno federal ha impulsado políticas públicas a favor de las mujeres para la realización de actividades productivas que permitan la obtención de ingresos para el sustento de sus hogares.

Estos cambios en la sociedad actual, en el Estado de Morelos han determinado un ajuste en el rol de adolescentes, a un papel determinado con el que defina y demuestra el que les corresponde según su etapa de vida.⁵

En las adolescentes embarazadas el ajuste es muy grande por la práctica de diversos papeles, y esto conduce a la reflexión para definir el entorno o nicho para la adolescente, sus vínculos con el concepto de sí misma, de pertenecer a un núcleo dado, y a una finalidad. Todo esto le dan reconocimiento y apoyo social, lo que a su vez le permitirá comparar u obtener situaciones y objetos con el mundo y considerarse a sí misma como un ente útil y un miembro contribuyente de la sociedad.

⁵ Key Words pregnancy in adolescence; reproductive health; maternal and child health public policy; Mexico.

Esto sucede con la mayoría de las adolescentes, ante la indefinición de una meta en la vida, la carencia de afectos y el reconocimiento de sus capacidades se escapan por una situación afectiva que la comprometen en una nueva condición para la que están preparadas, sólo físicamente pero no psicológica, ni emocionalmente.

Y todo esto se refleja en la integración familiar, donde la mayoría mantiene las tradiciones vertiginosas donde las adolescentes con gran influencia de los medios de comunicación se rebelan ante la autoridad del hogar, y los errores en el comportamiento desencadena una serie de conflictos interpersonales, difíciles de manejar que dan lugar a problemas como el embarazo en la adolescente.

La sociedad define los roles de los miembros que la conforman, asignando los papeles según las etapas cuando son muchos los papeles se dificulta definir la identidad y con ello autoconcepto, el sentido de pertenencia y el reconocimiento social.

De acuerdo con el XII Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2000 en el Estado de Morelos, se ubica el 2.69% de la población total del país, el cual es tomado como punto de referencia de la información para este trabajo.⁶

Al comparar los datos del Estado de Morelos con relación a los del Distrito Federal, en éste último de los 8,605,239 mil habitantes 4,499,754 (52.29%) corresponde a mujeres y 4,110,485 (47.76%) a hombres. En tanto, en Morelos hay 1,555,296 en el censo del 2000 de estos habitantes 750,799 (48.27%) y 804,497 (51.73%) son mujeres.

Cuadro No. 1
Relación de los porcentajes de la población en la distribución
por sexo en el D.F. y Morelos

Distrito Federal	Morelos
Hombres 47.76%	Hombres 48.27%
Mujeres 52.24%	Mujeres 51.73%

Fuente: Datos obtenidos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2000. INEGI.

⁶ Pregnancy in adolescence as a public problem: a critical visio, salud pública. México 1997 39: 137-143.

Se observa que guardan similitud los datos anteriores siendo levemente mayor el grupo de las mujeres en el Distrito Federal.

Respecto a la condición de alfabetismo en mayores de 15 años, de las mujeres en Morelos, de 528,286 de éstas, el 89.1% son alfabetos y 10.9% son analfabetas; y de los hombres, 467,015, el 92.5% son alfabetos y el 7.5% son analfabetas en el año 2000. Esto es porque actualmente existe la cultura de enviar a las niñas a la escuela al igual que a los niños aún cuando queda un remanente sin asistir, porque en Morelos existe una alta migración de los poblados hacia la ciudad, el cual ocupa el alto lugar en el nivel nacional.

Morelos tiene el 14.6% de sus habitantes en poblaciones de 2500 habitantes o menos y el 39% vive en localidades con 100,000 habitantes o más.

De la población total por grupos de edad en la República Mexicana, se aprecian diferencia por sexo entre los hombres y las mujeres, con predominio de las mujeres sobre todo a partir de los 15 años. En el grupo de 15-19 hay 97 varones por cada 100 mujeres, en los grupos de 20-24 y de 25-29 años hay 90 por cada 100 mujeres en la república, en Morelos hay 83 hombres por cada 100 mujeres, por el fenómeno de la emigración hacia el D.F. y a EE.UU.⁷

De la población total 3.19% es de 0-14 años y 57.8% de mayor de 18 años. Si sumamos estas dos cantidades nos da un 89.70% de la población total por lo que el 11% restante es de 14-18 años. Morelos tiene 64.1% de la población que es dependiente lo que denota una carga considerable con respecto a la población productiva, 35.9%.

La población femenina de 12 años o más es de 577,047, de ésta el grupo de 12-14 años es de 48,761 y de éstas 45,957 no tienen hijos. Del grupo de 15-19 años es de 80,449 y de éstas 67,572 no tienen hijos.

De la población de 12 años o más a febrero del 2004 existe un 77.9% con relación a la población total en el Estado de Morelos.

Con respecto a la fecundidad la tasa global es de 2.2, por cada uno que muere nacen 2.2 y de los nacidos vivos el 7.9% es de bajo peso.

De las mujeres de 12 años o más, según el sexo y grupo de edad así como el estado conyugal de 12-14 años 99.4% son solteras y el 0.3% son casadas en unión libre o separadas; y de 15-19 años el 88.2 son solteras y el 4.6 son casados, en unión libre o separadas el 6.8%. (Cuadro No. 2)

⁷ Información Estadística INEGI.

<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/español/temáticos/mediano/into.asp.2.t> = el 59108 L C...

De lo anterior se infiere que existe un buen número de madres solteras, en estos grupos de edad puesto que las familias de las adolescentes ya no optan por el casamiento como una forma de solución al problema de embarazo en la adolescencia.

Cuadro No. 2

Población de 12 años y más por sexo y grupo de edad y su distribución porcentual según estado conyugal, 2000

Sexo y grupo de edad	Población de 12 años y más	Estado civil				
		Soltera	Casada	Unión libre	Separada, divorciada o viuda	No especificado
Entidad	1 094 687	35.9	41.3	13.5	9.0	0.2
12-14 años	99 386	99.4	0.3	0.2	NS	NS
15-19 años	156 544	88.2	4.6	6.3	0.5	0.5
Hombres	517 640	39.0	42.8	13.7	4.3	0.3
12-14 años	50 625	99.7	0.2	NS	NS	NS
15-19 años	76 095	93.6	2.1	3.7	0.1	0.8
Mujeres	577 047	33.2	40.0	13.2	13.3	0.2
12-14 años	48 761	99.2	0.3	0.4	0.1	NS
15-19 años	80 449	83.1	7.0	8.7	0.8	0.4

Población del ISSSTE

El total de la población de derechohabientes del ISSSTE corresponde a 132,132 de los cuales 12,300 representan las edades de 10-19 años, los que ejercen la vigencia aún cuando el problema de salud sea la gestación y la atención del parto.

Cuadro No. 3
I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS
ESTADÍSTICA DE DERECHOHABIENTES POR ENTIDAD FEDERATIVA
CLASIFICACIÓN POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

GRUPOS DE EDAD	T O T A L E S			HOMBRES		MUJERES	
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	TRAB. Y PENSIO- NISTAS	FAMILIA- RES	TRAB. Y PENSIO- NISTAS	FAMILIA- RES
TOTAL	59,705	72,427	132,132	23,753	35,959	24,541	47,886
0	276	278	554		276		278
1 - 2	1,468	1,425	3,893		1,468		1,425
3 - 4	1,944	1,832	3,776		1,944		1,832
5	1,125	1,006	2,130		1,125		1,005
6	1,084	1,058	2,142		1,084		1,058
7 - 9	3,455	3,320	6,775		3,455		3,320
10 - 14	6,537	6,283	12,820		6,537		6,285
15 - 18	5,265	4,953	10,218	46	5,219	12	4,941
19	1,108	1,064	2,172	68	1,040	39	1,025
20 - 24	4,898	5,355	10,253	1,030	3,868	919	4,436
25 - 29	4,565	6,320	10,885	2,336	2,229	2,835	3,485
30 - 34	2,937	5,437	8,374	2,863	74	3,626	1,811
35 - 39	3,734	6,890	10,624	3,669	65	4,862	2,028
40 - 44	3,762	5,821	9,583	3,709	53	4,247	1,574
45 - 49	3,182	3,961	7,143	3,047	135	2,752	1,209
50 - 54	2,587	3,042	5,629	2,206	381	1,714	1,328
55 - 59	2,396	2,849	5,245	1,657	739	1,080	1,769
60 - 64	2,256	2,963	5,219	1,131	1,125	703	2,260
65 - 69	2,206	2,767	4,973	779	1,427	493	2,274
70 - 74	1,753	2,173	3,926	503	1,250	356	1,817
75 Y MÁS	3,167	3,631	6,798	739	2,458	903	2,728

* Derechohabiente es el término para englobar a trabajadores, pensionistas y familiares.⁸

Cabe mencionar que no existe duda de que el embarazo en la adolescente contribuye al crecimiento de la población y que su incremento desmesurado se constituye en un factor negativo para el bienestar presente o futuro de la sociedad, por lo tanto se define como un Problema Público Real por las repercusiones que genera en el aspecto personal, familiar, social, económico y de sectores de salud.

⁸ ISSSTE Departamento Estadístico. Hospital Dr. Carlos CaleroElorduy, 1990-2001.

2.2 El embarazo en la adolescente como Problema de Salud Pública

En los últimos 15 años ha aumentado significativamente la preocupación de diversos sectores sociales en México por el fenómeno del embarazo en la adolescente, lo cual se ha traducido en políticas y programas de población, de salud y de educación sexual, en los cuales tienden a invertirse recursos humanos y económicos crecientes, tal como sucede en el Distrito Federal, a través del Instituto de la mujer.

El embarazo en la adolescencia es considerado como un mecanismo que contribuye a la transmisión de la pobreza. Este argumento se asocia cercanamente al supuesto de que dicho fenómeno coarta la posibilidad de obtener una escolaridad suficiente y, por lo tanto, limita las posibilidades de obtener un empleo conveniente o mejor remunerado, lo cual a su vez, reduce el acceso a los recursos que permiten un desarrollo adecuado de los hijos, de tal manera que esta situación tiende a perpetuarse como un círculo vicioso.

Sin embargo, como problema de salud pública habría que considerar las condiciones culturales de los grupos mayoritarios de nuestra población, como uno de las principales causas del embarazo en la adolescente, porque para algunos grupos sociales, como extensos sectores de la población rural, los embarazos forman parte de su modo de vida, de la trayectoria usual que se sigue, para formar una familia y obtener "mano de obra" para el campo. Para otros como el sector marginal urbano, los embarazos en las adolescentes son vividos como una salida "falsa" en muchas ocasiones a problemas de violencia familiar y abuso, o como una manera de adquirir valoración social.⁹

2.3 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993

La Secretaría de Salud en la Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-1993 hace del conocimiento a todas las instituciones federales y de gobierno que están obligadas a otorgar atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio; y al recién nacido, señalado en el artículo 1º y 7º, fracción II del reglamento de la Ley General de Salud.

2.4 Embarazo Adolescente

Definición

Se llama embarazo adolescente a la preñez de las mujeres menores de 19 años, edad en la que se considera que termina esta etapa de la vida. Sin embargo,

⁹ Información estadística INEGI.

muchos psicólogos advierten que esta edad se está ampliando. Algunos aseguran que se ha extendido hasta los 24 años promedio. Esto quiere decir que los adolescentes son capaces de procrear mucho antes de alcanzar la madurez emocional. Por lo tanto, el adolescente es considerado un embarazo no deseable.

El embarazo adolescente presenta un riesgo mucho mayor tanto para la mamá como para el bebé. En ambos casos se advierten mayores complicaciones y un índice más alto de mortalidad. Pero existen otras razones por las que la preñez de la adolescente es rechazada socialmente. Son las que tienen que ver con las cuestiones morales y religiosas, por las cuales muchas personas consideran inadecuadas las relaciones sexuales fuera del marco del matrimonio.

En general, cuando se habla del embarazo adolescente se piensa en las consecuencias que éste tiene para la joven mamá, olvidando que el niño que va a nacer no sólo tiene una madre, sino también un padre. No siempre ese padre es también un adolescente, sino que muchas veces son hombres adultos y, en muchos casos, parientes sanguíneos o políticos de la joven.

Esto quiere decir que muchas veces el embarazo proviene de un incesto, de un abuso sexual o inclusive de una violación. Esto lo transforma aún más en una situación negativa y no deseada.

Pero en otros casos, la preñez es fruto de una relación genuina, basada en el amor, y es aceptado por la pareja con responsabilidad y alegría.

El embarazo ideal, sea adolescente o no, es sin lugar a dudas el que se origina en una decisión libre y responsable de ambos progenitores en el marco del amor.¹⁰

2.4.1 Derechos sexuales y reproductivos

"La sexualidad y la reproducción son asuntos de vida y muerte, de gran satisfacción y de profundo sufrimiento, de pasión y de frío cálculo, de intimidad y políticas sociales".

Derechos Sexuales

1. Derecho a adoptar decisiones libre y responsablemente sobre la sexualidad y tener control sobre el propio cuerpo.

¹⁰ Mondragón Castro Héctor. Gineco Obstetricia para Enfermeras, México Trillas. Año 2001, págs. 420-435.

2. Derecho a vivir libremente la orientación sexual deseado, sin temor a sufrir discriminación, coacción ni violencia.
3. Derecho a recibir educación sexual, no-sexista.
4. Derecho a disfrutar de un adecuado nivel de salud sexual.
5. Derecho a gozar del progreso científico y a consentir libremente a la experimentación.
6. Derecho a la privacidad.

Derechos Reproductivos

1. Derecho a adoptar decisiones libres y responsablemente sobre tener o no tener descendencia, sin temor a coacciones, discriminación o violencia, y a decidir el número, espaciamiento y momento para tener hijos.
2. Derechos a tener información y medios adecuados para poder ejercer la toma de decisiones.
3. Derechos de acceder al más alto nivel de salud reproductiva.¹¹

2.4.2 Embarazo. Diagnóstico, signos y síntomas

El embarazo es el proceso que ocurre cuando en una relación sexual se unen las células reproductoras (óvulo y espermatozoide) en su fase de meiosis, lo cual se conoce como fecundación. La gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno; abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por los periodos: embrionario y fetal. La duración normal es de 280 días (40 semanas)

La fecha probable de parto (FPP) se calcula sumando 7 días a la fecha del primer día de la última menstruación y restando tres meses.

Esta fórmula es conocida como la Regla de Nagele.

Por ejemplo: Si la última menstruación de una mujer empezó el 9/10/98, su FPP sería el 9/10/98 más 7 días = 16/10/98 menos 3 meses = 16/07/99.¹²

a) Signos y síntomas de presunción

1. Amenorrea: Más de 10 días desde el día inicial de la menstruación esperada.

¹¹ Ibidem.

¹² Mondragón Castro Héctor. Gineco Obstetricia para enfermeras. México, Trillas. Año 2001, págs. 420-435.

2. Cambios Mamarios:

- Las mamas se agrandan y están hipersensibles, las venas se vuelven cada vez más visibles.
- Los pezones se oscurecen y aumentan de tamaño.
- Para la primera mitad del embarazo es posible obtener calostro.
- Aparecen tubérculos de Montgomery, que son pequeñas elevaciones en la areola primaria.
- Aparición de la areola secundaria.

3. La vagina cambia de coloración (signo de Chadwick) Hacia la tonalidad azulosa y la pared vaginal está congestionada.

4. A veces aparecen estrías abdominales, en mamas, abdomen y muslos debido al estiramiento, rotura y atrofia del tejido conectivo profundo de la piel.

5. Náusea y vómito: Se presentan casi siempre por las mañanas, suelen desaparecer de manera espontánea cerca del final del primer trimestre.

6. Avivamiento (sensación de movimiento en el abdomen) Ocurre entre las 16 y 20 semanas de gestación.

7. Poliaquiuria.

8. Fatiga.¹³

b) Signos y síntomas probables:

1. Agrandamiento del abdomen: Cerca del final del tercer mes, puede sentirse el útero debajo de la pared abdominal, encima de la sínfisis pubiana.

2. Cambio en forma, tamaño y consistencia del útero:

- El útero aumenta de tamaño, se alarga y disminuye su grosor conforme avanza el embarazo.
- Signo de Hegar, el segmento inferior uterino se reblandece 6-8 semanas después del primer día de la última menstruación.

3. Cambios en el cuello uterino:

- A las 6-8 semanas de gestación el cuello uterino está considerablemente blando.
- Signo de Goodel: Se identifica por la blandura del cuello uterino.
- Si hay inflamación o neoplasia del cuello uterino durante el embarazo es posible que no pierda su consistencia.

¹³ Ibidem.

4. Contracciones intermitentes del útero (signo de Braxton Hicks):
Contracciones palpables que ocurren a intervalos irregulares.
5. Peloteo: Hundimiento y rebote del feto en el líquido amniótico circundante en reacción a un golpe repentino en el útero.
6. Delineación del feto a través del abdomen: Palpación abdominal en la segunda mitad del embarazo.
7. Pruebas hormonales positivas de embarazo.¹⁴

c) Signos y síntomas positivos:

1. Latido cardiaco fetal: Suele escucharse entre las 16-20 semanas de gestación.
2. Es posible sentir los movimientos fetales después de las 20 semanas de gestación.
3. Visualización del feto por medio del ultrasonido.
4. Datos ecosonográficos (después de las 8 semanas de gestación)

2.4.3 Generalidades del diagnóstico del embarazo.

El diagnóstico de embarazo se hace más o menos fácil con los síntomas referidos por la embarazada y los signos detectados por el LEO. Sin embargo, dada la condición es difícil hasta que el crecimiento uterino es evidente se requiere la ayuda de los métodos auxiliares de diagnóstico. Durante el estado gravídico ha sido clásico subdividir los síntomas y signos del embarazo en preventivos, probables y positivos, los dos primeros aparecen en las etapas tempranas, mientras que los últimos lo hacen más tardíamente.¹⁵

2.4.4 Modificaciones anatomofisiológicas durante el embarazo

1.- Útero:

El aumento de volumen uterino durante el embarazo comprende estiramiento y notable hipertrofia de las células musculares existentes.

- Aumento en el tamaño de las células musculares uterinas, hay incremento de tejido fibroso, elástico, vasos sanguíneos y linfáticos.
- El agrandamiento y engrosamiento de la pared uterina son más acentuados en el fondo.

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ Kimber Gray - Stackpole. Manual de Anatomía y fisiología, 2ª ed. La Prensa Médica Mexicana. 1992 Págs. 91-98.

- Para el final del tercer mes, el útero está demasiado grande para limitarse a la cavidad pélvica y es posible palparlo por encima del pubis.
- Conforme el útero sale de la pelvis gira un poco hacia la derecha por la presencia del rectosigmoides en el lado izquierdo de la pelvis.
- Para las 20 semanas de gestación el fondo ha llegado a nivel del ombligo.
- A las 36 semanas el fondo está a nivel del apéndice xifoides.
- Durante las últimas tres semanas, el útero desciende ligeramente, el feto se encaja en la pelvis, y la pared del útero se adelgaza.
- Hay cambios en la contractilidad, a partir del primer trimestre hay contracciones indoloras irregulares (Contracciones de Braxton Hicks) En las últimas semanas del embarazo, estas contracciones se vuelven más intensas y regulares.
- Hay aumento progresivo en el aporte sanguíneo del útero durante el embarazo.

2.- Cuello uterino:

- Presenta reblandecimiento acentuado y cianosis por la vascularidad, edema, hipertrofia e hiperplasia de las glándulas cervicales.
- Hay un tapón de moco muy espeso que obstruye el conducto cervical.
- Las erosiones del cuello uterino, representan una extensión de las glándulas endocervicales en proliferación y del epitelio cilíndrico endocervical.¹⁶

3.- Ovarios:

- La ovulación cesa durante el embarazo, se suspende la menstruación de folículos nuevos.
- Un cuerpo lúteo funciona durante las primeras fases del embarazo. (Primeras 8 semanas) y produce principalmente progesterona.

4.- Vagina y parte exterior:

- Aumento de la vascularidad, hiperemia y reblandecimiento de tejidos conectivos en piel y músculos del perineo y vulva.
- Se observa el signo de Chadwick. Color violeta característico por el aumento de la vascularidad e hiperemia.
- Las paredes vaginales se preparan para el TDP, la mucosa aumenta de grosor, el tejido conectivo se hace laxo y se hipertrofian células musculares pequeñas.

¹⁶ Ibidem.

- Las secreciones vaginales aumentan; el pH es de 3.5 a 6 por mayor producción de ácido láctico a partir del glucógeno del epitelio vaginal por lactobacilos.

5. - Pared vaginal:

- Suelen desarrollarse las estrías del embarazo: ligeramente deprimidas en la piel del abdomen, las mamas y los muslos.
- Línea negra: Puede formarse una línea de pigmentación oscura que va desde el ombligo hasta la sínfisis del pubis siguiendo la línea media.
- Puede ocurrir diastasis de los rectos. Si es grave una parte de la pared uterina anterior queda cubierta solamente por una capa de piel y aponeurosis del perineo.

6. - Glándulas mamarias:

- Son sensibles y con hormigueo en las primeras semanas del embarazo.
- Aumentan de tamaño hacia el segundo mes, hay hipertrofia de los alvéolos mamarios.
- Los pezones crecen, se pigmentan intensamente y son más eréctiles al principio del embarazo.
- Puede expresarse calostro hacia el segundo trimestre.
- Las aréolas se ensanchan y pigmentan intensamente, variando de acuerdo a la complexión individual.
- En la areola se encuentran diseminadas varias elevaciones pequeñas (Glándulas de Montgomery), que son glándulas sebáceas hipertróficas.¹⁷

2.5 Factores predisponentes de embarazo en la adolescencia.

En un principio se creía que el embarazo en la adolescencia ocurría como consecuencia de una debilidad mental o pérdida de la capacidad de juicio, o bien que se buscaba el embarazo como una estrategia para conseguir el afecto de la pareja. También se encontró como un elemento de causa de rechazo a la preocupación exagerada de los padres por la virginidad de la hija. Más tarde se interpretó como la consecuencia directa del mal trato recibido en el hogar y la búsqueda de una independencia ante las obligaciones con los hermanos.

Se señalan también los resultados de algunas investigaciones de tipo psicológico realizadas en la ciudad de México, con adolescentes embarazadas, donde se encontró que prevalecía un patrón fatalista que las caracterizaba.

¹⁷ Martínez, Cortés, Luján. Maravillas de la Biología. Ediciones Pedagógicas 1995. Pág. 86.

Además de que se encontró que entre esas jóvenes predomina el sentimiento de minusvalía y baja autoestima, poca capacidad para expresar sus sentimientos y baja aceptación intrafamiliar. Lo anterior hacía suponer la búsqueda de fuentes externas y finalmente, una tendencia a desarrollar interés por lo prohibido y una tendencia a imitar a otras amigas capaces de afrontar riesgos.

Otros factores son:

- La presencia de la menarquía a edades cada vez más temprana, lo que marca un período más amplio de la mujer expuesta al riesgo de un embarazo.
- El conocimiento sobre fisiología de la reproducción entre las adolescentes es escaso y distorsionado, esto se plantea como un indicador que delimita la posibilidad de tomar decisiones acerca de las relaciones sexuales y sobre la anticoncepción.
- El escaso o nulo conocimiento en materia de anticoncepción, hace que las relaciones sexuales se llevan a cabo sin la debida precaución.
- En el caso de uso de anticonceptivos, los más recomendados por lo general son de baja efectividad, como los métodos naturales.¹⁸
- Las relaciones sexuales entre los adolescentes son por lo general poco frecuentes e imprevistas lo que hace la acción planificada más difícil en cuanto a anticiparse a buscar protección anticonceptiva.

Desde la perspectiva biomédica, el embarazo en la adolescente constituye todo un reto para las instituciones del sector salud. Se ha considerado como un embarazo que ocurre en circunstancias de alto riesgo debido a las complicaciones que trae tanto a la madre como al producto de la concepción.

La promoción de la planificación familiar y particularmente del uso de anticonceptivos ha sido muy incisiva, sobre todo en los grupos de mujeres jóvenes. Se ha fomentado la postergación del primer embarazo hasta después de los 19 años. Así mismo se ha sugerido mantener un período intergenésico que sea mayor a los 18 meses; ya que cuando estas circunstancias no se cumplen, la probabilidad de riesgo aumenta en forma considerable. Cuando el embarazo ocurre a una edad temprana se ha encontrado que los riesgos de presentar enfermedades hipertensivas del embarazo como la Toxemia y la Eclampsia, aumenta en forma considerable principalmente cuando se presenta en mujeres menores de 17 años de edad.

¹⁸ Sharon J. Reeder, Luigi Mastroianni Jr. Enfermería Materno-Infantil. 15ª edición, Ed. Mexicana. Págs. 510-518.

Otro de los factores de la mortalidad y morbilidad materna-infantil son el estado nutricional y de salud, inadecuados.

El comportamiento sexual a edades tempranas y particularmente las relaciones sexuales, conllevan un fuerte contenido de rebeldía,¹⁹ lo cual dificulta llevar a cabo los cuidados prenatales.

Desde el punto de vista de los reportes de algunos investigadores, las causas mencionadas por las que los jóvenes tienen relaciones sexuales son las siguientes:

- Como una manera de expresión de la carencia de factores afectivos.
- Como rebeldía ante los padres.
- Por imitar a las amigas.
- Para obedecer a un chantaje por parte de la pareja.

Algunas de las complicaciones más comunes en el embarazo en jóvenes menores de 19 años son:

- Niños prematuros
- Abortos
- Toxemia
- Anemia
- Desproporción céfalo-pélvica, trabajo de parto prolongado

Otro de los riesgos de la conducta sexual de los adolescentes es la ocurrencia de enfermedades de transmisión sexual entre ellas el SIDA.

2.6 Repercusiones psicosociales del embarazo en la adolescente.

El desarrollo psicosocial del adolescente es el proceso que lleva a que el niño dependiente se convierta en un adulto autosuficiente, si bien las metas son iguales en todas las culturas, el proceso actual es único para cada sociedad y cada edad.

Para los adolescentes es un largo y fatigoso proceso con muy poca relación con la maduración física, sin un comienzo ni terminación claros, lleno de opciones y metas futuras poco claras.

Cualquiera que sea la cultura la adolescente está marcada por 3 etapas específicas: emancipación o sometimiento de la dependencia en los padres; formación de una identidad en los campos del autoconcepto sexual; intelectual

¹⁹ Ibidem.

y moral y un papel funcional en determinar áreas como la vocacional, estilo de vida propio y formación de familia.

Una consecuencia de la tendencia actual a tener relaciones sexuales en esta etapa del desarrollo, es el extraordinario aumento de embarazos no deseados.

En Estados Unidos se registran más de un millón de partos anuales entre las adolescentes. De hecho, cada año, 127 de cada 1000 adolescentes se embarazan (Alan Gottma Institute, 1990) 4 de cada 5 no están casadas.

Una de las causas de índices tan altos de embarazos no deseados es el desconocimiento de los hechos básicos y concernientes a la reproducción entre los jóvenes. En países como Inglaterra, Suecia y Países bajos, que cuentan con exhaustivos programas de educación sexual, los índices son mucho menores, (Hechtman 1989), aunque los porcentajes de relaciones sexuales en este grupo son más o menos iguales a los de Estados Unidos. Otra explicación de los embarazos no deseados es la tendencia del adolescente a creer que "a mi no me sucederá nada malo". Este sentido de invulnerabilidad los ciega ante la posibilidad de un embarazo (Quadre y otros, 1993)

Una tercera causa del elevado índice de embarazos en Estados Unidos puede ser la modelación y la imitación, por ejemplo, una investigación (EAT, 1992) reveló que las hermanas menores de madres adolescentes, están más expuestas a embarazos. En parte quizá debido a que se limitan a imitar el comportamiento de sus hermanas mayores.

Sin importar las causas del embarazo entre las adolescentes, las consecuencias pueden ser devastadoras. El futuro de una joven madre soltera, está en riesgo, sobre todo si no cuenta con el apoyo de sus padres o si vive en la pobreza, tiene menos probabilidades de graduarse de la enseñanza media, de mejorar su nivel económico, de casarse y no divorciarse, que una joven que pospone la procreación. Además, los hijos de adolescentes tienden a tener un bajo peso al nacer, lo cual se acompaña de deficiencias del aprendizaje y de problemas posteriores en la escuela, de enfermedades infantiles y de problemas neurológicos (Furstenberg, Book - Gunn y Chase Lanzadle, 1989)²⁰

2.7 Sistema de apoyo educativo

Orem 1980. El modelo de Orem asume que el hombre tiene la habilidad innata del autocuidado, es decir, que contribuye en forma continua con su propia salud

²⁰ Charles G. Morris, Albert A. Maisto. Psicología. 10ª ed, México. Psicología.

y bienestar. Su modelo enfatiza la responsabilidad individual y pugna por la prevención y educación para la salud como aspectos claves de la actividad de la enfermera universal, se enfoca a los procesos vitales y al mantenimiento de la estructura y función humana.

Modelo de Enfermería: Servicio humano diseñado para superar las limitaciones del hombre en sus acciones de autocuidado por razones relacionadas con la salud.

Definición de enfermería: Los actos de enfermería se derivan de juicios sobre las razones por las que el paciente precisa asistencia de enfermería, es decir por las necesidades de autoayuda terapéutica del paciente para poder conservar su vida y su salud.

Persona: El hombre es un todo integrado que funciona biológica, simbólica y socialmente.

Salud: Estado de integridad o totalidad del individuo, sus partes y modos de funcionamiento.²¹

Medio: Subcomponente del hombre que junto a él comprende un sistema integrado relacionado con el autocuidado. En el caso de las adolescentes embarazadas es importante retomar a Orem porque la acción de autocuidado que tiene que desarrollar está bajo dos enfoques hacia ella misma y su producto, que por su edad presenta un déficit de autocuidado que la llevó al embarazo y que de adquirirlos a través del sistema de apoyo educativo.

2.8 Modelo de enfermería de Dorotea Orem.

Se entiende por autocuidado, una contribución constante del individuo a su propia existencia, su salud y su bienestar continuos. "El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos realizan a favor de sí mismos par mantener la vida, la salud y el bienestar".²²

Clasifica las necesidades (objetivos) de autocuidados REQUISITOS en tres categorías:

Requisitos universales: Son los comunes a todos los seres humanos:

- El aire
- El agua
- La alimentación

²¹ Vidales Delgado, Ismael. Orientación vocacional, 6ª ed. Trillas, pág. 96-98.

²² Análisis y Evaluación de los modelos conceptuales de Enfermería. Philadelphia; USA: Davis Company 1995, Foviselt, Yaquelin.

- La eliminación
- La actividad y el descanso
- La soledad y la interacción social
- La prevención de accidentes
- Fomento del funcionamiento humano ²³

Requisitos para el desarrollo: Favorecen el proceso de la vida y la maduración o mitigan sus efectos.

Requisitos en caso de desviación de salud: Orem los ha definido en los siguientes términos.

La enfermedad y las lesiones no sólo afectan estructuras específicas y mecanismos fisiológicos o psicológicos, sino también al funcionamiento humano íntegro. Cuando el funcionamiento integrado está seriamente afectado, el poder agente del individuo queda seriamente deteriorado, temporal o permanentemente. La evidencia de una desviación de la salud conduce a la necesidad de determinar qué se debe hacer para restituir la normalidad. Buscar y participar en los cuidados médicos de las desviaciones de la salud son acciones de autocuidado. El dolor, el malestar y la frustración derivados de los cuidados médicos también crean los requisitos para que el autocuidado proporcione alivio. Si las personas con desviaciones de la salud pueden ser competentes en el manejo de un sistema de autocuidados, también deben ser capaces de aplicar a sus propios cuidados los conocimientos médicos pertinentes.

Orem concibe que los sistemas de enfermería se forman cuando las enfermeras utilizan su capacidad para prescribir, planificar y proporcionar cuidados a individuos o grupos llevando a cabo acciones para:

- 1.- Actuar compensando los déficit
- 2.- Guiar
- 3.- Enseñar
- 4.- Apoyar
- 5.- Proporcionar un entorno para el desarrollo.

Esta teoría ha alcanzado un mayor nivel de aceptación por la comunidad de enfermería norteamericana y canadiense que los trabajos de otras teóricas.

Ha demostrado su eficacia en la práctica especialmente en el nivel de atención primario ya que las enfermeras que trabajan con el marco conceptual del autocuidado, desarrollan un mayor respeto por los individuos y favorecen su participación en el cuidado de su salud.

²³ Alfaro LeFeure, Rosalinda. Aplicación del proceso de Enfermería. 3ª ed. España Mosby, 1996.

Se ha implantado con éxito en las consultas independientes de enfermería, a pacientes con diabetes, enterostomizados, transplantados renales, enfermos con diálisis, embarazadas y puérperas, niños hospitalizados, enfermos terminales...

En la educación se ha introducido en muchas escuelas (Georgetown, Illinois, Washington...) como base central de los planes de estudios. En la investigación ha proporcionado un marco conceptual que ha generado trabajos sobre los criterios de resultados, la evaluación de enfermería.²⁴

En España está suscitando un marcado interés, se estudia en todas las Escuelas y en algunas de ellas el autocuidado y sus déficit impregnan la filosofía del Centro, asimismo las enfermeras que trabajan en los Centros de Salud la están empezando a aplicar, animados por los resultados que se describen en EE.UU.²⁵

2.9 Proceso de Atención de Enfermería en la adolescente embarazada.

El PAE es el método de enfermería que tiene por objeto brindar los cuidados individualizados al paciente considerándolo como persona íntegra en todas sus esferas física, mental, espiritual y económica y no-solo el problema de salud sino al individuo y su entorno.

De esta forma se asegura el cuidado con calidad a fin de mejorar las condiciones de cuidado no sólo como persona en su contexto sino como constituyente de una familia y ésta de una sociedad.

El LEO es la pieza clave en la coordinación del cuidado de los pacientes para mantener una buena salud y detectar las necesidades desde el enfoque holístico.

Objetivo del PAE

Es aplicar el método para la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones de Enfermería, tanto en la madre como en el producto formulando un plan de alta para el seguimiento en el hogar.

²⁴ Alfaro, Lefeure Rosalinda. Aplicación de Proceso de Enfermería, 3ª ed. España, Mosby 1996.

²⁵ Ibidem.

Definición: es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individual centrado y la identificación y tratamiento de la respuesta a la atención de los problemas reales y potenciales.²⁶

PROCESO DE ENFERMERÍA EN EL EMBARAZO

Patrones funcionales: (Valoración focalizada)

- Percepción y cuidado de la salud:

De edad entre 13 y 17 años, mujeres, fértiles, con una solvencia económica aparentemente estable, su habitat cuenta con todos los servicios, no zoonosis, toxicomanías negadas.

- Nutrición y metabolismo:

Su dieta consiste entre los 3/7 carne de res, 7/ huevo, 7/7 lácteos, 5/7 pastas y harinas, no meriendas, solo desayunos y comidas.

- Eliminación:

Orinas de color amarillo claro, sin concentración en olor, miccionando de tres a cuatro veces al día.

- Autopercepción:

Se sienten un poco diferentes físicamente pues su cuerpo en tan poco tiempo ha cambiado, teniendo trastornos muy rápidos y que saben tendrán en un lapso de 32 a 36 semanas.

- Tolerancia al estrés:

Por el embarazo se encuentran irritables, apáticas, hablando en un 80% de estas mujeres, pues no cuentan con el apoyo familiar o el de su pareja.

- Rol de relaciones:

89% son primigestas, con una VSA desde los 13 años, sin método de control por el momento.

- Sueño y descanso:

Presentan alteración del sueño por la postura de dormir a la que las obliga el bebé a dormir, y que para algunas es incómoda, y el resto que es de un 45% por los signos y síntomas que un embarazo lleva en la duración de éste, hasta su término.

u

²⁶ Foviselt, Y. Análisis y evaluación de los modelos conceptuales de enfermería. Filadelfia, USA: Davis Compani 1995.

- Cognoscitivo perceptivo:

El 70% de estas mujeres no sabe que irá a pasar con su vida postparto, pues nunca han sido madres y les será muy difícil adaptarse a la situación, pues estamos hablando de una muestra de edad promedio de 15 años, (adolescencia)

- Valores y creencias:

El 90% son de religión católica, lo cual afecta un poco su moral espiritual pues no son casadas, por la iglesia y el resto no pertenece a ninguna religión o secta.

Etapas del Proceso de Atención de Enfermería

1. Recolección de datos

Recolección de datos generales

2. Diagnósticos de Enfermería en el embarazo

- Alteración del bienestar en relación con: náuseas - vómitos secundarios a elevación de los niveles de estrógenos, disminución de la glucosa en sangre, o disminución de la motilidad gástrica.
- Alteración del bienestar en relación con: presión en el esfínter del cardias por el agrandamiento del útero.
- Estreñimiento de origen colónico en relación con disminución de la motilidad gástrica y presión del útero en el colon inferior.
- Intolerancia a la actividad en relación con fatiga y disnea secundaria a la presión del útero agrandado en el diafragma y al aumento del volumen sanguíneo.
- Alto riesgo de alteraciones de la mucosa bucal en relación con encías hiperémicas secundarias, a los niveles de estrógeno y progesterona.
- Miedo con relación a la posibilidad de tener un niño imperfecto.
- Alto riesgo de infección con relación a secreciones vaginales secundarias a los cambios hormonales, infección de vías urinarias.²⁷
- Alto riesgo de lesión con relación a síncope de hipotensión secundaria a estancamiento venoso periférico.
- Alteración del bienestar en relación con estreñimiento y aumento de la presión en el útero agrandado.
- Alto riesgo de alteraciones del concepto de uno mismo con relación a los efectos del embarazo en los patrones biopsicosociales.

²⁷ Carpenito L.J. Manual de Diagnóstico de Enfermería. Edit. Interamericana, 4ª edición, 1991.

- Alto riesgo de alteraciones de la maternidad-paternidad (madre, padres), en relación con (ejemplos) déficit de conocimiento, embarazo no deseado, impotencia o sentimientos de incompetencia.
- Alto riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud en relación con conocimiento insuficiencia de (ejemplos) los efectos del embarazo en los sistemas corporales (cardiovascular, tegumentario, gastrointestinal, urinario, pulmonar, musculoesquelético)

Panorama psicosocial.

Sexualidad - función sexual. Unidad familiar (cónyuge, hijos) Crecimiento y desarrollo del feto. Requisitos nutricionales, riesgo de fumar, ingesta excesiva de alcohol, abuso de drogas, ingesta excesiva de cafeína y excesivo aumento de peso, signos y síntomas de las complicaciones (hemorragia vaginal, calambres, diabetes gestacional, edema excesivo, preeclampsia), preparación para el parto (clases, referencias impresas)²⁸

²⁸ Carpenito L.J. Manual de diagnóstico de enfermería. Edit. Interamericana, 4ª edición, 1997.

Diversidad de asistentes con arreglo a cada cultura

Idoneidad étnica del contenido de los servicios

Actitudes que fomentan la diversidad cultural

Cuidado orientado a cada cultura

Instalaciones en cercanía razonable

Personal suficiente para envío a especialistas adecuados

Continuidad en la asistencia sin deficiencias

Servicios disponibles

Precios razonables

Servicios asequibles

"Cobertura" completo de la asistencia y los beneficios obstétricos

Atención gratuita para los pobres con cobertura total

Métodos de financiamiento de la asistencia que puedan pagar los pacientes

Asistencia obstétrica de buena calidad, para todos

Instalaciones adecuadas desde el punto de vista arquitectónico, para los pacientes.

Servicios accesibles

Servicio de transporte

Acción disciplinaria contra cualquier persona negligente o no calificada, o deficiencia en las instalaciones

Calidad en los servicios

Medición periódica de la calidad de la asistencia (auditorías)

Personal adiestrado con revisión periódica de sus conocimientos

Ausencia de normas de elegibilidad o de expulsión de grupos de pacientes

Asistencia adecuada para la mujer, que toma en consideración valores y tendencias; prácticas flexibles de natalidad

Instalaciones seguras que permitan una experiencia adecuada de la mujer y la familia, en la procreación.

Fuente: Ibidem.

Planeación de los Cuidados

Explique los signos de peligro que debe comunicar inmediatamente al personal sanitario de atención primaria:

- Cualquier sangrado vaginal
- Tumefacción de la cara o de los dedos de las manos
- Cefalea grave o continua
- Oscurecimiento o visión borrosa
- Irritabilidad muscular (o convulsiones)
- Dolor abdominal o epigástrico
- Vómitos persistentes
- Escalofríos o fiebre
- Disuria
- Diarrea
- Calambres
- Cambios en el aspecto del exudado vaginal
- Pesadez o presión pelviana
- Contracciones
- Escape de líquido por la vagina
- Disminución brusca de los movimientos fetales durante el último trimestre
- Haga hincapié en la importancia de dejar de fumar, de beber alcohol y de utilizar drogas ilegales, incluyendo opiáceos, barbitúricos, anfetaminas, PCP, cocaína, marihuana y benzodiazepinas
- Haga hincapié en la importancia de evitar cualquier fármaco sin receta, incluyendo aspirina y gotas nasales, sin consultar con el médico, y de drogas de prescripción de las que se pueda abusar
- Explique la necesidad de un chequeo en el sanatorio de atención primaria antes de viajar
- Explique los métodos de aliviar las náuseas, las hemorroides y/o las venas varicosas
- Explique la importancia de las precauciones contra la toxoplasmosis (p. Ej., evitando la cría de gatos)
- Haga hincapié en la importancia de los cuidados ambulatorios progresivos
- Explique la necesidad de evitar ejercicios excesivamente peligrosos.²⁹

²⁹ Ibidem.

- Explique la necesidad de mantener una buena mecánica corporal cuando se agache, levante peso o camine.
- Explique la necesidad de descansar periódicamente con las piernas elevadas
- Recomiende el reposo cuando sienta fatiga
- Explique la necesidad de evitar el empleo de ropas apretadas, especialmente sobre extremidades inferiores
- Explique la necesidad de beber una cantidad de líquido adecuado (hasta 3,000 ml/día), a menos que esté contraindicado
- Haga hincapié en la importancia de una dieta bien equilibrada. Evitar alimentos procesados o "chatarra"
- Explique la necesidad de llevar un sostén bien ajustado
- Explique la conveniencia de utilizar sólo zapatos de tacón bajo, porque con los de tacón alto, se produce lumbago o equilibrio inestable con los de tacón alto
- Haga hincapié en la importancia de mantener hábitos intestinales normales con una ingestión adecuada de líquidos, ejercicio razonable y dieta rica en fibra
- Cuando sea necesario, se pueden tomar laxantes suaves como zumo de ciruela, leche de magnesia, sustancias productoras de bolo o ablandadores de heces
- Evite el empleo de preparados de aceite no absorbible y cualquier otro fármaco sin receta sin consultar con el médico
- Haga hincapié en evitar el coito cuando exista riesgo de aborto espontáneo o parto prematuro
- Comente las consideraciones especiales sobre cuidados en madres trabajadoras

- Higiene Sexual

El desarrollo sexual humano se tiene, con la diferenciación sexual y se extiende hasta la senectud. La adolescencia es uno de los periodos críticos en esta secuencia dinámica y forma el punto esencial entre la expresión sexual temprana y la madura.

- Higiene personal

De ella dependerá la aceptación personal y los demás para sublimizar el ego.³⁰

³⁰ Ibidem.

2.9.1 Ejecución de cuidados

Para sobreponerse a los cambios físicos, psicológicos, psicosociales y en el estilo de vida.

- Indicar a la paciente sobre las causas de la fatiga y ayudarla a planear un programa con suficientes descansos.
 - a) La fatiga durante el primer trimestre se debe al aumento de progesterona y los efectos que ésta tiene sobre los centros del sueño.
 - b) La fatiga del tercer trimestre se debe principalmente al peso adicional que se debe soportar.
 - c) Se necesitan aproximadamente 8 horas de descanso en la noche. Es posible que la dificultad para dormir sea por un exceso de fatiga durante el día.
 - d) Es posible que la dificultad para dormir sea por un exceso de fatiga durante el día.
 - e) En los últimos meses, dormir de costado en un cojín pequeño bajo el abdomen puede favorecer el descanso.
 - f) Es importante descansar durante el día en lapsos de 15 a 30 minutos frecuentes.
 - g) Siempre que sea posible se debe trabajar sentada y con las piernas elevadas.
 - h) La paciente debe evitar estar de pie por mucho tiempo, sobre todo durante el 3er. trimestre.

Ayudarla a planear suficiente ejercicio.

- a) En General el ejercicio durante la gestación, debe ser el correspondiente al que hacía antes de estar embarazada.
- b) Están prohibidas las actividades o deportes que conllevan al riesgo de lesiones físicas (esquiar, conducir un vehículo para nieve, etc.) Durante la preñez puede reducirse la resistencia para el ejercicio.
- c) Las clases de ejercicios para embarazadas que se concentran en dar tono y estiramiento, mejoran las condiciones físicas, aumentan la autoestimación y brindan apoyo social al estar dentro de un grupo.

Instruir a la paciente sobre la importancia que tiene una buena nutrición para ella y el feto, hacerla que planee una nutrición diaria adecuada.

- a) La necesidad de proteínas, vitaminas A, D, E y complejo B, Calcio, Fósforo y Hierro.
- b) Especificar la función importante de estos nutrientes para ella y el feto.
- c) Los requerimientos calóricos diarios con cerca de 300 calorías adicionales a las de antes del embarazo.
- d) Según el estilo de vida, cultura, ingresos y forma de comer, ayudar a la paciente a planear menús diarios que incluyan:
 - Cuatro raciones de alimentos que contengan proteínas.
 - Cuatro raciones de leche o productos lácteos.
 - Tres raciones de cereales.
 - Una ración e frutas y vegetales ricos en vitamina C.
 - Dos raciones de vegetales de hojas verdes.
 - Una ración de otras frutas y verduras.
- e) El aumento de peso promedio es de 12 Kg, cerca de un Kg en el primer trimestre, 5.5 en el segundo trimestre, y 5.5 en el tercer trimestre.
- f) Las adolescentes necesitan nutrimentos adicionales para satisfacer sus propias necesidades de crecimiento, además de las del embarazo.
- g) Evaluar cuidadosamente la ingestión dietética de las mujeres pasadas de peso o con peso insuficiente.
- h) La ingestión de cafeína debe limitarse a 3 tazas de café o su equivalente en cafeína diarias. Las investigaciones sobre la relación de a ingestión de cafeína con defectos congénitos aún no son concluyentes.
- i) Debe restringirse la ingestión de alcohol, no se ha establecido ninguna ingestión de alcohol segura. La organización MARCH OF DIMES recomienda no beber alcohol durante la gestación.
- j) No se debe fumar por el riesgo de aborto espontáneo, muerte fetal, bajo peso al nacer y muerte neonatal ya que aumenta directamente con la intensidad del tabaquismo durante el embarazo.³¹

Hablar sobre los métodos de lograr satisfacción sexual durante la gestación.

- a) No hay contraindicaciones para el coito o masturbación hasta lograr el orgasmo siempre y cuando las membranas estén íntegras, no tengan antecedentes de parto prematuro y el embarazo actual no tenga

³¹ Ibidem.

ninguna complicación. Ha habido informes de que se ha desencadenado el trabajo de parto con el orgasmo en embarazos, tres semanas antes del parto.

- b) La actividad sexual puede cambiar en frecuencia debido a la fatiga de la madre, molestias físicas, pérdida de interés, o dificultad para encontrar posiciones cómodas para el coito. Ciertas mujeres experimentan mayor actividad sexual durante el segundo trimestre.
- c) La paciente puede considerar molesta la penetración profunda.
- d) Las posiciones con la mujer arriba o de lado suelen ser más cómodas en la segunda mitad del embarazo.

Ayudar a la paciente a planear su trabajo remunerado.

- a) Por lo general no hay motivo para dejar de trabajar a menos que se presenten complicaciones o que el lugar de trabajo represente algún peligro para el feto.
- b) Es deseable evitar los esfuerzos físicos intensos y obtener suficiente descanso.
- c) Aplicar mecánica corporal adecuada.
- d) Evitar sustancias tóxicas como hidrocarburos, clorados, plomo, benceno, tolueno, pesticidas, mercurio y sustancias radiactivas.
- e) Investigar la política acerca del embarazo y prestaciones para la embarazada, en el lugar de trabajo.
- f) Planear servicios de guardería si la madre piensa seguir trabajando.

Disminuir al mínimo las molestias más frecuentes del embarazo.

Mareos matinales: Puede haber náusea, a veces acompañada de vómito, casi siempre por las mañanas, pero puede aparecer por poco tiempo en cualquier momento.

- a) No se conoce la causa, se cree que los cambios hormonales son el factor causal. La duración de los mareos matinales refleja la duración de la producción elevada de gonadotropina coriónica humana (HCG) Los trastornos emocionales y la hipoglucemia parecen ser factores contribuyentes; desaparecen espontáneamente después del primer trimestre.³²

³² Ibidem.

- b) Comer carbohidratos secos con pan tostado o galletas de soya suele aliviarlos.
- c) Da buenos resultados hacer comidas pequeñas y frecuentes.
- d) Evitar los alimentos de difícil digestión, grasosos y de olor fuerte.

Poliquiuria:

- a) Causa: presión del útero agrandado sobre la vejiga.
- b) Evolución: suele ceder de manera espontánea para el segundo o tercer mes que es cuando el útero pasa a la cavidad abdominal, vuelve a presentarse en las últimas semanas con el encajamiento.

Pirosis:

- a) Causa: presión sobre el estómago por el útero agrandado y disminución en la motilidad gástrica provocan un reflujo de contenido gástrico hacia la parte inferior del esófago y la sensación de ardor.
- b) Son útiles las comidas pequeñas y frecuentes, de fácil digestión.
- c) Los antiácidos locales como los geles de hidróxido de aluminio descongestionan la mucosa y neutralizan el flujo ácido.
- d) Evitar el bicarbonato de sodio, ya que produce absorción de sodio en exceso y retención de líquidos.

Dolor de espalda:

- a) Causa: el centro de gravedad cambia y para compensarlos se desplazan cabeza y hombros hacia atrás, tórax hacia delante. Esta postura puede producir dolor de espalda, al evolucionar el embarazo. Hay relajación de las articulaciones pélvicas, lo cual agrava el problema.
- b) Resulta útil mantener erguida, con buena postura, evitar la fatiga y los esfuerzos inadecuado.
- c) Debe usarse calzado cómodo, sin tacón y con soportes para el arco del pie.
- d) Quizá resulte útil el uso de faja de maternidad.
- e) Los ejercicios que hacen mecer la pelvis pueden proporcionar alivio o disminuir las molestias.³³

³³ Ibidem.

Estreñimiento.

- a) Causa: Hay disminución del peristaltismo intestinal por la presión que ejerce el útero grávido y por efectos de la progesterona.
- b) Se corrige con la ingestión de abundantes líquidos y de alimentos ricos en fibra.
- c) El ejercicio diario ayuda a corregirlo.
- d) Apegarse a un horario regular para las evacuaciones
- e) Si es necesario administrar laxantes, suelen prescribirse jugos de ciruela, agentes formadores de volumen, ablandadores de heces fecales o leche de magnesia. El aceite mineral obstaculiza la absorción de vitaminas liposolubles.

Molestias respiratorias.

- a) Causa: El útero agrandado ejerce presión sobre el diafragma.
- b) Hay alivio espontáneo con el encajamiento. (Sensación de que disminuye la distensión abdominal al descender el feto hacia la pelvis) o con el nacimiento del producto.
- c) Proporcionar alivio mediante la posición de Fowler intermedia con almohada.
- d) Se obtiene cierto alivio con buena postura y con mantenerse erguida.
- e) La ingestión de comidas pequeñas y frecuentes evita que el estómago lleno ejerza presión excesiva.

Venas varicosas.

Pueden presentarse en extremidades inferiores, vulva, pelvis y ano.

- a) Causa: entre los factores contribuyentes están predisposición hereditaria, presión del útero grávido sobre grandes venas y estar de pie por lapsos prolongados.
- b) Descanso frecuente sentándose o acostándose con las piernas en alto.
- c) Para las várices en las piernas, usar medias elásticas y evitar la ropa ceñida.
- d) Para las várices en vulva, descansar a intervalos regulares con un pequeño cojín debajo de la cadera para elevar la pelvis.
- e) Para várices anales (Hemorroides).
 1. Evitar el estreñimiento.³⁴

³⁴ Ibidem.

2. Aplicar compresas frías.
3. Evitar estar de pie o sentada por períodos prolongados; descansar en decúbito dorsal.
4. Las varices se resuelven totalmente o en gran parte después del parto.

Calambres en las piernas.

- a) No se conoce causa: Fatiga, trastornos circulatorios provocados por el útero grávido, disminución en la absorción de calcio.
- b) Pueden ser útiles los descansos frecuentes con las piernas en alto.
- c) La frecuencia de los calambres puede disminuir con una ingestión adecuada de calcio.
- d) Para alivio inmediato, jalar los dedos de los pies hacia arriba en tanto se aplica presión a la rodilla de manera de enderezar la pierna.

Edema maleolar y de la pierna:

- a) Causa: El útero grávido ejerce presión que impide la circulación venosa y linfática.
- b) Descansar a menudo con las piernas en alto.
- c) Concomitante con edema facial y de manos puede ser signo de trastorno hipertensivo del embarazo.

Exudado vaginal.

- a) En el embarazo es frecuente el aumento de exudado vaginal. Es importante una higiene esmerada.
- b) El exudado verdoso, amarillento, fétido o sanguinolento puede indicar infección u otra complicación: consultar al médico en caso de esto.

Mamas hipersensibles e irritación del pezón

- a) Usar sostén que brinde soporte adecuado y que sea de la talla correcta.
- b) Lavar mamas y pezones con agua limpia y sola.
- c) Se pueden preparar los pezones para la lactancia haciéndolos rodar entre los dedos índice y pulgar tres veces al día y secarlos con una toalla áspera todos los días.³⁵

³⁵ Ibidem.

- d) Las cremas a base de lanolina ayudan a reducir la irritación que ocasiona el calostro y el roce de la ropa.

Reducir la ansiedad y prepararse para el trabajo de parto.

Hacer que la paciente o la pareja expongan sus percepciones y esperanzas acerca del trabajo de parto y el parto.

- Entrenar a la paciente y a los familiares que vengán a estar presentes en el parto.
- Sala de partos.
- Posición ginecológica.
- Tipo de anestesia, si es necesario.

Alentar a la paciente a que asista a clases de educación para el parto.

Hacer que la paciente o la pareja conozcan el área de parto y el personal.

Conversar sobre la utilidad de los ejercicios respiratorios como instrumento para enfrentar el parto, animarla a que los practiquen y utilice.

Hacer que la mujer sepa cuando debe presentarse al centro de parto u hospital. (Primigrávida, cuando las contracciones se presentan cada 5 a 10 minutos; multigrávida, cuando las contracciones sean regulares)

2.3.5 Valoración de los cuidados de Enfermería

Problemas	Fact. Relación	Objetivos	Actividades
Déficit de comunicación intrafamiliar	Interacción familiar	Comentará el tipo de comunicación con sus padres	Formación de grupos de apoyo sobre experiencias vividas
Déficit de conocimiento en salud reproductiva	Uso inadecuado de métodos anticonceptivos	Comunicará sus dudas y preguntas sobre el tema	Formación de grupos de apoyo sobre experiencias vividas
Déficit de conocimiento general	Nivel académico bajo, medio, incompleto	Vigilar las oportunidades de enseñanza aprendizaje que se presenten	Información sobre oportunidades escolares, técnicas y profesionales

Familias: nuclear Extensa, funcional y disfuncional	Madres s/esposo Matrimonios disfuncionales	Provocar el acercamiento familiar	Terapias familiares o grupales
Déficit de valor por sí mismo	Desapego de padres y hermanos por ser la mayor	Valorar el autoestima de sí misma	Terapias familiares o grupales

2.8 Métodos de Planificación familiar en la adolescente

Aunque hasta el momento existen infinidad de métodos anticonceptivos para el control de la natalidad en general y después de educar y enseñar a la adolescente el uso de cada uno de estos métodos, se le recomendará por su amplia protección y 98% de eficacia el condón masculino o femenino, ya que para su coarta edad y para evitar cambios hormonales tempranos que afecten la función reproductiva, es el más conveniente.

Métodos de Barrera

Como su nombre lo dice son métodos que van a crear un cierto obstáculo para que los espermatozoides no logren llegar a fecundar al óvulo.

➤ Condón:

Es una vaina delgada y flexible, hecha de látex o de alguna fibra animal; hay dos tipos: el masculino y el femenino.

➤ Condón femenino:

Consiste en una funda con dos anillos que se ajusta a la vagina, el extremo interno se ajusta en el orificio cervical, la funda cubre la vagina y se extiende hasta afuera para cubrir los genitales externos.

Debe ser introducido y retirado con cuidado y para evitar rupturas o derrames del contenido, se retira inmediatamente después del coito, puede ser introducido hasta ocho horas antes del coito y se debe usar uno nuevo para cada relación sexual que se deseen tener.

➤ Condón masculino:

Es una funda flexible, fina, hecha de goma (látex) o membranas naturales. Impide que los espermias entren a las vías reproductoras de la mujer.

Su presentación es una envoltura individual, enrollado, revestido por un lubricante especial. Éste se debe aplicar cuando el pene está erecto. Se toma de la punta presionándola para hacer vacío y ésta a su vez sirva como reservorio para los espermias expulsados durante la eyaculación. Después se desliza por el pene desenrollándolo a su vez "no antes", el arillo debe quedar lo más cerca posible de la base del pene para que quede más fijo. Se debe de revisar que la bolsa que contiene el condón no esté rota o tenga algún rastro de lubricante antes de abrirla, así como la fecha de caducidad.

Si el condón presenta alguna pinchadura o desgarramiento no se deberá utilizar.

Ofrecen un 98% de fiabilidad si se utiliza correctamente, son fáciles de conseguir, son desechables y protegen de las enfermedades de transmisión sexual como el SIDA.

Ventajas:

- Se vende libremente y sin receta médica
- Tamaño único
- Previene enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH.
- No tiene contraindicaciones.
- No se han realizado pruebas sobre las sensaciones de la pareja.

Desventajas:

- Puede causar eritema por alguna alergia a la vez.
- Inconvenientes por la pareja, por el tiempo en que se lo ponen (interrupción de la relación sexual).
- Reduce la sensibilidad.³⁶

³⁶ Ibidem.

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación: Descriptiva, transversal, observacional.

Descriptiva: Estudio que reseña el comportamiento de las variables de la muestra, pretende describir en función de un grupo de variables.

Transversal: Estudio que se mide en una sola vez la o las variables involucradas. La comparación de los valores de la o las variables de cada unidad se hace entre subgrupos.

Observacional: Estudio en el cual el investigador solo puede describir o medir el fenómeno estudiado; por tanto, no puede modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso.

3.2 Universo:

Adolescentes primigestas que acuden al Hospital No. 26 Dr. Carlos Calero Elorduy.

Muestra: Convencional conformada por 250 adolescentes que asistieron durante 2 meses a la consulta.

3.3 Criterios de selección de muestra:

Embarazadas de 13-17 años que asistieron al consultorio de ginecología del hospital y accedieron a la entrevista y a la educación prenatal.

3.4 Técnica e instrumento de recolección de datos:

Técnica: Entrevista estructurada a las adolescentes embarazadas en el consultorio ginecológico.

Instrumento: Cuestionario elaborado de acuerdo a los indicadores de variables el que se describe a continuación.

El cuestionario quedó integrado en 5 apartados:

- Datos de identificación, número de preguntas 7.

- Educación sexual, número de preguntas 6.
- Aspectos psicológicos, número de preguntas 4.
- Aspectos sociales, número de preguntas 7.
- Salud reproductiva, número de preguntas 4.

3.5 Descripción de la investigación

En la consulta externa en los turnos matutino y vespertino se detectaron las adolescentes embarazadas, para enviarlas al servicio de ginecología, en donde se constató la edad, si correspondían a menores de 18 años, se les entrevistó para solicitarles, llenar el cuestionario correspondiente.

Posteriormente, en la Consulta externa de Prenatal se realizaron diferentes intervenciones de enfermería y se valoró la aplicación de las medidas de prevención de riesgo con base en la exploración integral. El seguimiento se hizo de acuerdo al calendario de citas programadas durante las cuales se les dio apoyo educativo.

En el hospital General "Dr. Carlos Calero Elorduy", predomina el ingreso de adolescentes embarazadas de 13 a 17 años y es la edad promedio de riesgo que corresponde al 14.61% donde la mayoría es hija de familia con dependencia económica de los padres, que cursan la primaria, como corresponde a la edad de 13 años, y las subsiguientes cursan la secundaria acorde con la edad. Proceden de familias tanto funcional como disfuncional.

3.6 Procesamiento estadístico de los datos

El vaciado de los datos de los cuestionarios aplicados a las embarazadas adolescentes, se realizó en forma manual y la computación se hizo mediante paloteo.

El resumen de los datos se realizó en frecuencias absolutas y frecuencias relativas de las variables cualitativas y cuantitativas, y de estas últimas se calculó las medidas de tendencia central y las medidas de desviación, con estos datos se elaboraron los cuadros de distribución de frecuencia y las gráficas correspondientes.

Una vez elaboradas las tablas se procedió a la descripción e interpretación de los datos.

La prueba de hipótesis se hizo de acuerdo a los resultados.

3.7 Organización de la investigación

Recursos Humanos	Un LEO
Recursos materiales	Un consultorio de ginecología
Recursos Financieros	Un departamento de Planificación Familiar \$15,000

4. RESULTADOS

4.1 Descripción e interpretación de datos.

Respecto a la edad el 52% (130) corresponden a los 13 años; 8.4% (21) a los 14 2% (5), a los 15 1.2% (3), a los 16 36.4% (91) a los 17.

La edad promedio de las adolescentes embarazadas es de 14.61 con una desviación de 1.87 y un coeficiente de variación de 12.80%.

Llama la atención la edad de 13 años para el inicio del embarazo en niñas que apenas cursan de la pubertad a la adolescencia y que generalmente están concluyendo la primaria o el inicio de la secundaria, la gravedad del problema es tanto la gestación en una mujer en proceso de crecimiento como los múltiples factores de riesgo para la salud de ambos. (Cuadro No. 1)

Con respecto a la ocupación de las adolescentes el 80.8% (202) se dedican a labores domésticas, el 6% (215) son comerciantes y el 13.2% (33) empleadas.

Dada la edad de las adolescentes no tienen la posibilidad de obtener un trabajo remunerado, dificultando con ello la terminación de la escolaridad para hacerle frente a sus nuevas responsabilidades por que dada su preparación sólo pueden ser subempleadas en trabajos informales. (Cuadro No. 2)

Por lo que hace a la escolaridad de las adolescentes el 13.6% (34) no terminaron la primaria, el 84% (21) no terminaron la secundaria, el 36.4% (91) están con preparatoria incompleta, el 38.4% (96) tienen primaria completa y el 3.2% (8) terminaron la secundaria.

Con respecto a la edad comparada con la escolaridad, la población tiene los estudios mínimos correspondientes, algunas incompletos. Como consecuencia de lo anterior hay una fuerte competitividad al intentar ingresar en el mercado laboral, debido a la situación de desventaja por el nivel educativo bajo y el embarazo, lo que complica su situación de independencia para resolver los gastos que genera la realidad del embarazo. (Cuadro No. 3)

Por lo que toca a la religión de las adolescente el 83.6% (209) son católicas, el 8% (20) mormones y el 8.4% (21) testigos de Jehová. Desde la perspectiva actual, donde las creencias religiosas han perdido fuerza, como apoyo a los principios éticos por lo que la religión parece no influir en la responsabilidad en la actitud sexual de las adolescentes, ni tampoco para realizar las actividades de sexo protegido y sobre todo establecer metas profesionales o laborales sin la interferencia de un embarazo. (Cuadro No. 4)

Con respecto a la familia de procedencia de las adolescentes el 28.8% (72) procede de una familia nuclear funcional, el 21.2% (53) nuclear disfuncional, el 27.2% (68) procede de familia extensa funcional y el 22.8% (57) de una familia extensa disfuncional.

Casi el 50% de las familias de las adolescentes son disfuncionales por lo tanto el apoyo de los miembros de la familia es deficiente o carece de él. En el caso de las adolescentes embarazadas, es fundamental el afecto para su autoestima porque aún cuando no vivas juntos con las familias lo más importante es que sientan que es aceptada y puedan apoyarla en esta situación. (Cuadro No. 5)

De acuerdo al número de hermanos que tienen las adolescentes el 6.4% (16) tienen de 1 a 3, el 22.4% (56) de 4 a 7 y el 71.2% (178) son de 8 o más.

En promedio las familias de la adolescente están constituidas por 7.05 hijos, con una desviación de 1.68 y un coeficiente de 25.25%, es decir que casi las tres cuartas partes de la población procede de familias numerosas de 8 ó más miembros. Desafortunadamente cuando la familia es grande y si suma lo disfuncional, algunos de los hijos se les resta atención o se les delegan responsabilidades de padre o madre, sin el apoyo emocional, lo que causa frustración y obliga a la búsqueda de otras perspectivas. (Cuadro No. 6)

De acuerdo al lugar que ocupa dentro del núcleo familia las adolescentes, el 3.2% (8) ocupa un lugar único, el 67.2% (168) el mayor, el 1.2% (3) el intermedio y el 28.4% (71) son las menores.

De las familias con 8 ó más hijos, las dos terceras partes son los mayores y se infiere que les atribuyen responsabilidades como por ejemplo el cuidado de los hermanos pequeños o bien obedecer a todos los adultos, cuando son las menores deben por eso la necesidad de buscar afectos fuera del hogar, que las compromete en la mayoría de las ocasiones a contraer un compromiso más grande como lo es el embarazo. (Cuadro No. 7)

De acuerdo a la comunicación que existe con la familia de origen de las adolescentes el 4.4% (11) mencionan que existe mayor comunicación con el padre, el 28.4% (71) dicen que con su madre, el 3.2% (8) con sus hermanos, el 0.8% con sus abuelos y el 63.2% (158) con tíos (as). Casi dos terceras partes refieren mejor comunicación con tíos (as), la comunicación como parte fundamental para el comportamiento y actitudes de los adolescentes dentro de una sociedad debería de existir al 100% con la madre y no sólo en un 28.4%, como se da a conocer en el cuadro anterior. (Cuadro No. 8)

En cuanto a la protección de la primera relación sexual el 8.4% (21) refiere que fue protegida, el 30% (75) sin protección, el 25.2% fue por decisión propia y el

3.2% (8) dice que fue por seducción, el 30% (75) exterioriza que fue una sensación agradable y el 3.2% (8) que fue desagradable.

Generalmente dada la inmadurez, inician la actividad sexual por primera vez como una forma de obtener seguridad o la independencia, copiando los patrones de conducta de los adultos, sin la responsabilidad de protección que ésta implica. Como se expresa en el cuadro, el 25.2% fue por decisión propia como para experimentar, reafirmando la curiosidad a lo desconocido. Además el 30% mencionan que fue sin protección y agradable. (Cuadro No. 11)

Con relación a como consideran la educación sexual recibida el 46.8% (117) señalan regular y el 20% (50) mencionan que fue mala. De la educación recibida en la escuela el 16.4% (11) dice que fue regular, el 8% (20) recibió muy buena educación de amigos y el 8.89% (22) menciona que fue excelente por otras personas.

Más de 2/3 partes de las adolescente indican que la educación sexual recibida fue regular o mala, lo cual deja sin información adecuada a esta población vulnerable ante el despertar de su desarrollo psicosexual.

La educación es un proceso de carácter social, por dos razones fundamentales: por que el hombre es por naturaleza social, a través de sus tendencias gregorias y sociales, porque todo el fenómeno educativo en sus dos formas espontánea y sistemática, se desarrollan en el ancho campo a la sociedad de todos los hombres. Por lo anterior se concluye que toda persona tiene derecho a dar y recibir educación siempre y cuando ésta sea la adecuada y a la persona indicada. (Cuadro No. 9)

De acuerdo a la edad de la primera relación sexual, el 12.4% (31) tienen 13 años, el 23.2% (58) corresponde a los 14 años, el 25.2% (63) tiene 15 y el 39.2% (98) tienen 16. Con respecto a la primera relación sexual todas refieren que iniciaron a la edad que quedaron embarazadas.

Esto obedece a diversos factores, uno de ellos es la educación sexual desde etapas más tempranas, es decir desde la infancia, las adolescentes necesitan una atención con esmero y cariño especialmente en el hogar y con sus familiares más cercanos. (Cuadro No. 10)

Por lo que hace a cómo fue la primera relación sexual el 8.4% (21) refiere que fue con protección, el 30% (75) sin protección, el 25.7% fue por decisión propia, el 3.2% (8) dice que fue por seducción, el 30% (75) exterioriza que fue una sensación agradable y el 3.2% (8) que fue desagradable. Generalmente dada la inmadurez, inician la actividad sexual por primera vez como una forma de obtener seguridad o la independencia, copiando los patrones de conducta de

los adultos en la relación sexual, sin la responsabilidad que ésta implica, como se expresa en el cuadro anterior el 25.2% fue por decisión propia como para experimentar, reafirmando la curiosidad a lo desconocido por que el 30% respectivamente menciona que fue sin protección y agradable. (Cuadro No. 11)

De acuerdo a por qué fue desagradable la primera relación sexual en las adolescentes el 3.2% (8) respectivamente dice que por tener sentimiento de culpa, el temor a quedar embarazada y por miedo a la agresión que pueda existir por parte de los padres. Esto refleja la condición subvalorada de las mujeres que sólo se consideran objeto sexual desde la etapa adolescente. Por otro lado, el embarazo las conduce a enfrentarse con una realidad más allá de sus capacidades. Edad que en forma simultánea se suma a la experiencia de la maternidad, para lo cual no están preparadas. (Cuadro No. 12)

En cuanto a si el embarazo fue planeado el 100% (250) dijeron que no lo fue. En general se piensa que la adolescente actúa sin planear el embarazo, por la falta de visión de la responsabilidad que implica aceptar la relación sexual sin compromiso para la pareja porque lo hacen sin pensar en condiciones o afectación de la salud integral, el proceso de identificación en la adolescencia y la seguridad en el medio social y familiar inmediato que derivan a una situación de aislamiento o promiscuidad para sobrevivir. Sin embargo ante la desprotección familiar, surge el deseo de tener algo propio. (Cuadro 13).

De acuerdo a si pensó en el aborto al saberse embarazada el 47.6% (119) dijo que si, y el 52.4% (131) que no. El embarazo en las adolescentes, en general es un evento inesperado, sorpresivo y en la mayoría de los casos no deseado, es por eso que algunas adolescentes llegan a pensar en la idea de abortar, pero le supera el compromiso maternal y factores que establece con el nuevo ser, como se menciona anteriormente con un 47.6%, aún cuando pesa más el sentido de identidad a través de la maternidad como un sentido de pertenencia ante la devaluación en su autoestima y como mujer. (Cuadro No. 14)

De acuerdo a qué sentimientos despertó en las adolescentes el embarazo, el 14.4% (36) dijo que angustia, el 10% (20) culpabilidad, el 30.4% (76) ansiedad, el 36.8% (92) rechazo, y el 8.4% (21) irritabilidad.

En los momentos que se conoce el embarazo, situación que aunque cambia con el tiempo en un inicio es inevitable para las adolescentes desarrollar reacciones múltiples como la angustia propia del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad. En un principio se creía que el embarazo en la adolescencia ocurría como consecuencia de una debilidad mental o pérdida de la capacidad de juicio, o bien que se buscaba el embarazo

como una estrategia para conseguir el afecto de la pareja. También se encontró como un elemento de causa de rechazo a la preocupación exagerada de los padres por la virginidad de la hija. Más tarde se interpretó como la consecuencia directa del mal trato recibido en el hogar y la búsqueda de una independencia ante las obligaciones con los hermanos. (Cuadro No. 15)

Con respecto a que si considera tener los recursos suficientes para ser independiente el 100% (250) de las adolescentes embarazadas no cuentan con recursos como metas propias además la deserción escolar lo que limita la posibilidad de ser independiente, dificultando con ello al terminación del ciclo escolar y elevar su nivel académico para incorporarse al mercado laboral. (Cuadro No. 16)

De acuerdo a qué es más importante en la vida de las adolescentes, el 30.4% (76) dijo que ella misma, el 36.8% (92) contestó que su hijo, el 10% (25) sus padres y el 22.8% (57) que otros.

El autoestima de las adolescentes en esta etapa es central, ya que el adolescente muestra una extraordinaria sensibilidad en relación con el concepto de sí mismo y alcanzar su identidad. El 36.8% que menciona que lo más importante es su hijo, es porque lo considera parte de ella misma y ha tomado conciencia de la responsabilidad que ha adquirido. (Cuadro No. 17)

De acuerdo a si tiene valor su persona en la toma de decisiones en la vida de su hijo, el 28.4% (71) dijo si y el 71.6% no.

El proceso de desarrollo físico psicosexual de las adolescentes, les permite ser capaces de examinar sus propios pensamientos, formular hipótesis, diferenciar lo posible de lo probable y planificar. En el área afectivo-social las adolescentes deben lograr un desprendimiento de su núcleo familiar, alcanzar la autonomía y, además dirigir y controlar su conducta de acuerdo a su propia escala de valores, para el bienestar de su hijo y de sí mismas. Sin embargo los adultos con los que conviven no les dan la oportunidad de decidir acerca de su propio hijo. (Cuadro No. 18)

Con respecto a si las parejas de las adolescentes se interesan en la salud de ellas y sus hijos, el 10% (25) indicó que sí, el 49.2% (123) que a veces y el 40.8% (102) dijo que no.

El embarazo en una pareja de jóvenes es un evento inesperado, sorpresivo que en ocasiones orilla al joven a actuar por su inmadurez con cierto grado de irresponsabilidad sin asumir el compromiso contraído. (Cuadro No. 19)

De acuerdo a sí cuenta con el apoyo de sus padres, el 78.4% (196) dijo que si, y el 21.6% (54) que no. El apoyo ofrecido a estas jóvenes se orienta a largo plazo,

a lograr una maternidad competente, buena salud para la madre y el hijo, no interrupción de actividades escolares, vida familiar estable, evitar embarazos fuera del matrimonio y ayudar a una madurez real, física y psicológica, un punto crucial para lograr la labor del LEO en el convencimiento de los padres para aceptar las nuevas condiciones de sus hijas y apoyarlas en su nuevo rol. (Cuadro No. 20)

En cuanto a qué tipo de apoyo le proporcionan los padres a las adolescentes, el 78.4% (196) respectivamente dijo que casa y económico y el 21.6% que moral.

Las adolescentes que reciben apoyo de casa y económico por parte de los padres son las consideradas como hijas de familia. El resto las que viven o reciben apoyo económico por parte de su pareja, son las que señalaron que reciben apoyo moral, lo que puede resultar insuficiente para las necesidades de la adolescente, y la responsabilidad que tiene ante su hijo. (Cuadro No. 21)

Con respecto a si las adolescentes reciben crítica por el embarazo, el 26% (65) dijo que si por parientes y vecinos y el 88.4% (221) dijo que no por amigos y parientes.

La crítica para destacar aspectos negativos es la primera manifestación del ser humano ante los eventos que salen fuera de lo establecido y aceptado socialmente. Esto desencadena para las adolescentes mayor angustia de su inmadurez, lo que de inmediato se manifiesta por alejamiento o cambio de actitud, sin embargo por los resultados de este estudio encontramos que las adolescentes son poco criticadas, lo cual les permite que confíen en sí mismas y pueden acercarse a pedir ayuda a los parientes y amigos que las rodean. Los amigos continúan solidarios en circunstancias adversas. (Cuadro No. 22)

De acuerdo a si las adolescentes cuentan con trabajo, el 19.5% (48) dijo que si y el 80.5% (202) que no.

Por el nivel educativo de las adolescentes, es imposible que lleguen a introducirse al mercado laboral, es por eso que desempeñan labores en donde sólo reciben una remuneración poco significativa por desempeñar trabajos informales. (Cuadro No. 23)

En la pregunta de si cuentan con servicio médico las adolescentes encontramos que el 99.2% (248) dijo que si y el 0.8% (2) que no. En comparación al ingreso al servicio médico casi el total de las adolescentes cuentan con servicio médico por diversas razones que son: firma de pagaré, orden superior o hija de trabajadora y como son menores de edad tampoco pueden contar con un trabajo que se les ofrezca los beneficios que marca la Ley Federal de Trabajo. (Cuadro No. 24)

Según la opinión sí el embarazo modificó el rumbo de vida de las adolescentes el 88.4% (221) dijo que sí y el 11.6% (29) que no.

El embarazo en la adolescente es siempre crítico ocurre en un contexto porque pone de manifiesto falla en la estructura social, familiar de los servicios de salud y de la educación sexual que se imparte en las instituciones.

Todo esto se hace complejo por los sentimientos de culpa generados tanto en la adolescente como en sus familiares; por tanto en la fase culminante, y una vez conocida la notificación de embarazo, se desencadena una conflictiva psicosocial grave, con consecuencias personales en la propia adolescente y sociofamiliar a nivel de la familia de origen y entorno inmediato. (Cuadro No. 25)

Con respecto a como es el ingreso al servicio médico del ISSSTE para las adolescentes, el 0.8% (2) dijo que por ser trabajadora eventual, el 4% (10) por ser esposa del trabajador, el 22.4% (56) son hijas de madre trabajadora, el 30.4% (76) firman pagaré y el 42.4% (106) por orden superior. En este resultado tomamos en cuenta que toda adolescente embarazada tiene cierta preferencia para que se le otorgue atención médica por derecho. (Cuadro No. 26)

De acuerdo a la pregunta de si las adolescentes se consideraban sanas antes del embarazo, el 100% (250) dijo que sí. La etapa de la adolescencia es el período de desarrollo y crecimiento acelerado, que por su propio ritmo demanda atención especial, sin embargo al embarazarse la mujer los requerimientos se incrementan y el organismo responde con alteraciones psicosociales y en algunos casos físicas que conllevan a enfermedades. (Cuadro No. 27)

En cuanto a las consultas a las que asistieron las adolescentes durante el embarazo, el 21.2% (53) dijo que a ninguna consulta, el 31.6% (79) solo a una, el 34.4% (86) entre 2 y 5, y el 12.8% (32) entre 6 y 8 consultas. Uno de los mayores riesgos del embarazo en la adolescencia es que solo el 12.8% (32) tuvo una asistencia puntual a las citas con el médico que permitieron llevar un buen control del embarazo, con la participación que brindó el LEO permitió llevar a cabo las indicaciones hacia el cuidado en su estado general, en el crecimiento y desarrollo intrauterino del producto hasta el término de la gestación, la cual es fundamental en la prevención del riesgo y que el parto se presente sin ninguna complicación. (Cuadro No. 28)

Con relación a si las adolescentes modificaron su dieta durante el embarazo, el 100% (250) dijo que sí. En general existe la creencia de la necesidad de mayor

aporte de alimentos, una alimentación excesiva ocasiona trastornos de aumento de peso en la embarazada y en la motilidad intestinal, el curso del embarazo se ve afectado por la E, H, A, G y la macrosomía del producto hace que éste sea distócico. Por otra parte si el aporte de nutrimentos no es suficiente ante las demandas del producto los efectos en la madre pueden ocasionar un estado de anemia, toxemia, parto prematuro, etc. (Cuadro No. 29)

De acuerdo a cómo fue la modificación de la dieta de las embarazadas, el 35.6% (89) come por 2, el 34.4% (86) todo se le antoja y el 30% (75) come entre comidas. Sin embargo durante este período, la mujer se vuelve más emotiva, no tiene apetito y con frecuencia tiene vómitos repetidos. Por lo contrario a partir del 4to. mes de gestación aumentan las necesidades nutritivas, debido a ello es conveniente orientar sobre la alimentación adecuada durante el segundo período, de manera que solo aumente un kilo por mes. (Cuadro No. 30)

En cuanto a si durante el embarazo recibieron apoyo educativo las adolescentes y de parte de quienes: el 10.4% (26) indicaron fue el padre, el 31.6% (99) la madre, el 10.4% (26) su pareja, el 75.6% (189) amigas, el 17.2% (43) por parientes, el 14.4% (36) por el médico y el 38.4% (96) por la enfermera.

Conforme a lo anterior, las adolescentes embarazadas requieren una amplia información dado que sus condiciones de salud afectan también al producto, las distintas formas de educación informal y formal van a determinar las actitudes, aspectos y las actividades de autocuidado en este aspecto entrarán en acción el plan de cuidados y la educación que proporcionará el LEO. (Cuadro No. 31)

De acuerdo a si saben las adolescentes que después de los 40 días del parto pueden quedar embarazadas, el 99.2% (248) dijo que si, y el 0.8% (2) que no. Acción conocida respecto a la aplicación de los métodos anticonceptivos propios para su condición de adolescentes y puérperas, de modo que se apliquen aquellos que no inhiben la lactancia materna y no afecten su salud reproductiva como es el caso del DIU, Depoprovera o Myccrogrim, esto exige la vigilancia estrecha y al mismo tiempo el apoyo educativo posnatal, permitiendo que la adolescente participe en el autocuidado de la salud reproductiva. (Cuadro No. 32)

Con respecto a los medios de planificación familiar que conocen las adolescentes, el 35.6% (89) refiere que hormonales, el 30.4% (76) mecánicos, el 44.4% (111) naturales, y el 38.40% (96) definitivos.

Los métodos anticonceptivos son utilizados por las mujeres en edad reproductiva para controlar su fertilidad, son conocidas por la mayoría de las adolescentes. Sin embargo la población de este estudio desconoce la forma de concertar con la pareja el uso de ellos. Por tal motivo requiere de amplia información para evitar el embarazo y tenga una experiencia placentera, ya que la timidez es una limitante. (Cuadro No. 33)

De acuerdo a los cuidados que las adolescentes deben conocer para el cuidado del Recién Nacido, el 100% (250) alimentación, el 100% (250) higiene, el 112% (250) vacunación y el 100% (250) atención médica.

En este caso se puede advertir que aún en ausencia de control prenatal, el total de las adolescentes dicen estar preparadas para asumir el cuidado de la vida de un nuevo ser que necesita de alimentos, abrigo, higiene, etc., para poder subsistir, prueba de lo anterior es que contestamos varias respuestas a la vez. (Cuadro No. 34)

4.2 Comprobación de Hipótesis

De acuerdo con los resultados de las variables apoyo educativo y quienes lo brindaron, se encontró que después de las amigas que informan con conocimientos populares, la enfermera es la que formalmente impartió las sesiones de educación prenatal, del cuidado puerperal y del recién nacido, lo que dio el soporte emocional y la seguridad al participar mediante simulacros en los procesos del trabajo de parto, parto y cuidados al recién nacido.

Los métodos anticonceptivos son utilizados por las mujeres en edad reproductiva para controlar su fertilidad, son conocidas por la mayoría de las adolescentes. Sin embargo la población de este estudio desconoce la forma de concertar con la pareja el uso de ellos. Por tal motivo requiere de amplia información para evitar el embarazo y tenga una experiencia placentera, ya que la timidez es una limitante. (Cuadro No. 33)

De acuerdo a los cuidados que las adolescentes deben conocer para el cuidado del Recién Nacido, el 100% (250) alimentación, el 100% (250) higiene, el 112% (250) vacunación y el 100% (250) atención médica.

En este caso se puede advertir que aún en ausencia de control prenatal, el total de las adolescentes dicen estar preparadas para asumir el cuidado de la vida de un nuevo ser que necesita de alimentos, abrigo, higiene, etc., para poder subsistir, prueba de lo anterior es que contestamos varias respuestas a la vez. (Cuadro No. 34)

CONCLUSIONES

De acuerdo al objetivo de identificar la influencia de la educación sexual y los factores psicosociales de la adolescente embarazada con el apoyo educativo de la salud reproductiva que proporciona el LEO.

Se pudo comprobar parcialmente en el grupo de adolescentes embarazadas que asistieron normalmente a la consulta prenatal en las citas programadas y a las cuales se les impartió la educación sexual, salud reproductiva y cuidados prenatales.

En lo que respecta a los factores psicosociales, la comunicación distorsionada con los padres e integrantes de la familia, limitan la comprensión de las necesidades de las adolescentes. Esto es importante por la media de la población de este estudio corresponde a la edad de 13 años, además en su mayoría son las mayores y les son impuestas tareas de responsabilidad del cuidado higiénico del hogar, el cuidado de los hermanos menores, además de las tareas escolares que lejos de integrarlas las induce a la rebeldía y a pensar en huir del hogar antes de continuar con esa situación.

El mal trato que reciben de los padres las lleva a aceptar un afecto condicionado y a tener relaciones sexuales en donde por su baja autoestima aceptan sin reflexionar las consecuencias de un embarazo no deseado, un matrimonio o tener que quedarse en el hogar sin posibilidad de un futuro mejor.

La educación sexual recibida por los diferentes medios es insuficiente para propiciar el aprendizaje y aplicar los conocimientos en el autocuidado de su salud y el riesgo del embarazo. A esto se suma que la transmisión de valores son incongruentes entre lo que se enseña y lo que se hace, lo que genera la no aceptación de normas instituidas respecto al comportamiento sexual.

PROPUESTA

La educación de la sexualidad en el adolescente se convierte en la actualidad en un elemento indispensable para favorecer un acercamiento sano a través del conocimiento de las transformaciones que su cuerpo tiene en esta etapa de su desarrollo; los cambios que sus sentimientos y emociones tienen respecto de sí y ante las personas que le rodean; en busca de una nueva forma de verse a sí misma y al mundo, y vincularse con él y con sus semejantes.

A los dirigentes del Hospital General "Dr. Carlos Calero Elorduy" No. 26 de Cuernavaca, Morelos, se les plantea la conveniencia de contar con una Plan permanente de Educación Sexual para las adolescentes.

La formación integral del o la joven en esta etapa de su crecimiento personal, permitirá aclarar sus dudas y adquirir seguridad al tomar decisiones, haciendo uso responsable de su libertad.

Plan de Educación sexual en adolescentes

I. sexualidad

- 1.1 La sexualidad como concepto universal
- 1.2 Las sexualidades y las ideologías

II. Reproducción

- 2.1 El sistema reproductor
- 2.2 La respuesta sexual humana
- 2.3 La sexualidad en la adolescencia

III. La formación del género

- 3.1 Identidad de género
- 3.2 Dimensión social del género

IV. Vinculaciones afectivas

- 4.1 Bases biológicas de los fenómenos de vinculación humana
- 4.2 Psicología del amor y el enamoramiento
- 4.3 Sexualidad, matrimonio y familia

V. Educación sexual

5.1 Enfermedades de transmisión sexual y su prevención

5.2 Embarazo en la adolescencia

5.3 Prevención de embarazo no deseado

5.4 Anticoncepción: natural y artificial

VI. Educación de la Sexualidad en la adolescencia.

VII. Terapia familiar

7.1 Comunicación familiar

7.2 El valor de la familia

BIBLIOGRAFÍA

1. ALATORRE Rico y Lucile C. Atkin. El embarazo adolescente y la pobreza. México Gimtrap, 1998.
2. ALFARO, Lefeure Rosalinda. Aplicación del proceso de enfermería, 3ª ed. España, Mosby 1996.
3. Análisis y evaluación de los modelos conceptuales de enfermería. Filadelfia; USA: Davis Company 1995, Foviselt, Yaquelin.
4. BONFIL Paloma y Vania Salles. Mujeres pobres, salud y trabajo. México, Gimtrap 1998.
5. BRUNNER. Manual de la Enfermera. 4ª ed, McGraw - Hill Interamericana, Año 2000.
6. CARPENITO L. J. Manual de diagnóstico de Enfermería. 4ª ed. México, Interamericana, 1997.
7. DICCIONARIO DE MEDICINA, España, Océano Mosby. Año 2003.
8. FOVISELT, Yaquelin. Análisis y evaluación de los modelos conceptuales de Enfermería. Filadelfia, USA: Davis Compani 1995.
9. GROSER, S. De Vecchi. Para comprender al adolescente. 2001, Barcelona.
10. <http://www.aap.org/policy/re9828>
11. <http://www.binasss.sacr/adolescencia/consej.html>
12. <http://www.familiayvida.com.ar/adolescencia/18032002.htm>.
13. <http://www.sunp.es/documen/capitulofehnten>

14. <http://www.edu.do/adoes/embarazoadolescente.html>
15. <http://www.inegi.gob.mx/est/contenido/espa%F1ol/tematicos/mediano/cnt.au>
p.? T=msa108 LC...
16. INEGI. Información Estadística.
17. ISSSTE Departamento Estadístico. Hospital "Dr. Carlos Calero Elorduy"
No. 26. 1990-2001, Cuaderno 28.
18. ISSSTE. Material de uso didáctico Planificación familiar, Atención prenatal, Alimentación durante el embarazo y Cuidados durante el embarazo. Hospital General #26 Dr. Carlos Calero Elorduy.
19. Key Words: pregnancy in adolescence; reproductive health; maternal and child health; public policy; Mexico.
20. KIMBER GRAY - STACKPOLE. Manual de Anatomía y Fisiología. 2ª ed. La Prensa Médica Mexicana, 1992.
21. MARTÍNEZ, Cortés, Luján. Maravillas de la Biología. Ediciones Pedagógicas, 1995.
22. MOLINA R. Sandoval J. Salud sexual y reproductiva, p. 13-30.
23. MONDRAGÓN, Castro Héctor. Gineco Obstetricia para enfermeras. México Trillas, año 2001, pág. 420-435.
24. MORRIS, G. Charles, Albert A. Maisto. Psicología. 10ª ed. Ed. Trillas. México 1999.
25. Pregnancy in adolescence as a public problem: A critical vision *Salud Publica Mex* 1997; 39:137-143.
26. REEDER - Mastroianni, Martín. Enfermería Materno-Infantil, 15ª ed. Harla. Año 1994.

27. REEDER, Sharon J, Luigi Mastroianni Jr. *Enfermería Materno Infantil*. 15ª ed. Mexicana.

28. VIDALES Delgado, Ismael. Orientación Vocacional. 6ª ed. Trillas, 1994.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

HOSPITAL GENERAL No. 26 DR. CARLOS CALERO ELORDUY
 CUERNAVACA, MORELOS

CUESTIONARIO

Las preguntas del presente, no tienen la intención de causar malestar a los pacientes y están en su derecho de no responder, de antemano gracias por su colaboración.

1. Datos de Identificación:

- 1.4 Edad: 13 ()
 14 ()
 15 ()
 16 ()
 17 ()
 18 ()

- 1.5 Ocupación: Labores domésticas _____ Obrera _____
 Comerciante _____ Empleada _____

- 1.6 Escolaridad: Completa Incompleta
- | | | |
|---------------|-------|-------|
| Primaria | _____ | _____ |
| Secundaria | _____ | _____ |
| Preparatoria | _____ | _____ |
| Est. Técnicos | _____ | _____ |

- 1.4 Religión: Católica _____
 Protestante _____
 Cristiana _____
 Evangélica _____
 Mormón _____
 Testigo de Jehová _____

1.5 Familia de procedencia	Funcional	Disfuncional
Nuclear	_____	_____
Externa	_____	_____

1.6 No. de hermanos: _____

1.7 Lugar que ocupa en la familia

2. Educación Sexual:

2.1 Con quién de los miembros de su familia de origen tiene mayor comunicación:

Padre Madre Hermanos Abuelos
Tíos

2.2 Cómo considera la educación sexual que recibiste en el hogar, escuela, amigos y otros familiares.

	Hogar	Escuela	Amigos	Otros familiares
Excelente				
Muy buena				
Buena				
Regular				
Mala				

2.3 La primera relación sexual fue:

_____ Protegida

_____ Sin protección

_____ Por decisión propia

_____ Por

_____ Por seducción

- Agradable
- Desagradable Por qué:
- Sentimientos de culpa
- Temor de embarazo
- Miedo a la agresión de los padres

2.4 Edad de la primera relación sexual:

13 14 15 16 17 18

2.5 Su embarazo fue planeado:

SI NO

2.6 Al saberse embarazada pensó en el aborto:

SI NO Por qué: _____

3. Aspectos psicológicos

3.1 Qué sentimientos despertó en usted el embarazo:

Angustia Ansiedad Irritabilidad
 Culpabilidad Rechazo Indiferencia

3.2 Considera tener los recursos para ser independiente:

SI _____ NO _____ Por qué: _____

3.3 Qué es lo más importante en su vida actual:

Ud. Mismo Sus padres
 Su hijo Otros

3.4 Tiene valor su persona en la toma de decisiones de la vida de su hijo:

SI _____ NO _____

4. Aspectos Sociales

4.1 Su pareja se interesa en la salud de usted y su hijo

SI _____ A veces _____ NO _____

4.2 Cuenta con el apoyo de sus padres:

SI _____ NO _____

4.3 Qué tipo de apoyo recibe:

Casa _____ Económico _____ Moral _____

4.4 Recibe críticas de su actual estado de:

	Crítica	Amigos	Vecinos	Parientes
Si				
No				
No se				

4.5 Cuenta con un trabajo: Si _____ No _____

En caso afirmativo, tiene seguro médico: Si _____ No _____

4.6 El embarazo modificó el rumbo de su vida:

Si _____ No _____ Por qué: _____

4.7 Su ingreso al servicio médico del ISSSTE es por:

- a) Trabajadora
- b) Esposa
- c) Hija de trabajador
- d) Firma pagaré
- e) Por orden superior

5. Salud reproductiva.

5.1 Se consideraba sana antes del embarazo? Si _____ No _____

5.2 Cuándo asistió por primera vez a la consulta gineco-obstétrica?

- 1er. mes 4to. mes
- 2º mes 5to. mes
- 3er. mes 6to. mes

5.3 A cuantas consultas ha asistido:

- 0 1 2-5 5-7

5.4 La dieta en su embarazo se ha modificado: Si _____ No _____

Por qué:

- a) Come por dos
- b) Todo se le antoja
- c) Come tierra, barro o hielo
- d) Come entre comidas

5.5 Durante el embarazo ha recibido apoyo educativo por parte de:

Apoyo Educativo	Si	A veces	No
Padre			
Madre			
Pareja			
Amiga			
Parientes			
Médico			
Enfermera			

5.6 Después de los 40 días del parto, puede quedar embarazada?

Si _____ No _____

5.7 Qué medios conoce para prevenir el embarazo:

Hormonales _____

Mecánicos _____

Naturales _____

Definitivos _____

5.8 Cuáles son los cuidados que necesitará su hijo al nacer:

Alimentación _____

Higiene personal _____

Vacunación _____

Atención Médica _____

CUADRO No. 1
EDAD DE LAS ADOLESCENTES

Edad	F	%
13	130	52
14	21	8.4
15	5	2
16	3	1.2
17	91	36.4
Total	250	100

Fuente: Misma cuadro No. 1.

Promedio	Desviación estándar	Coefficiente de variación
14.61	1.87	12.80%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado a las adolescentes embarazadas

Lugar: Hospital General No. 26 "Dr. Carlos Calero Elorduy"

Fecha: Noviembre 2001.

CUADRO No. 2
OCUPACIÓN DE LAS ADOLESCENTES

Ocupación de las adolescentes	F	%
Labores domésticas	202	80.8
Comerciante	15	6
Empleada	33	13.2
Total	250	100

Fuente: Misma cuadro No. 1.

CUADRO No. 3

GRADO DE ESCOLARIDAD

Escolaridad	Completa		Incompleta		Total	
	F	%	F	%	F	%
Primaria	96	38.4	34	13.6	130	52
Secundaria	8	3.2	21	8.4	29	11.6
Preparatoria	0	0	91	36.4	91	36.4
Total	104	41.6	146	58.4	250	100

Fuente: Misma cuadro No. 2.

CUADRO No. 4

RELIGIÓN A LA QUE PERTENECEN LAS ADOLESCENTES

Religión	F	%
Católica	209	83.6
Mormones	20	8
Testigo de Jehová	21	8.4
Total	250	100

Fuente: Misma cuadro No. 1.

CUADRO No. 5

FAMILIA DE PROCEDENCIA

Familia de Procedencia	Funcional		Disfuncional		Total	
	F	%	F	%	F	%
Nuclear	72	28.8	53	21.2	125	50
Extensa	68	27.2	57	22.8	125	50
Total	140	56	110	44	250	100

Fuente: Misma cuadro No. 2.

CUADRO No. 6

NÚMERO DE HERMANOS

No. de hermanos	F	%
1 - 3	16	6.4
4 - 7	56	22.4
8 - ó más	178	71.2
Total	250	100

Fuente: Misma cuadro No. 1.

CUADRO No. 7
LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA

Espacio que ocupa	F	%
Único	8	3.2
Mayor	168	67.2
Intermedio	3	1.2
Menor	71	28.4
Total	250	100

Fuente: Misma cuadro No. 1.

CUADRO No. 8
COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA DE ORIGEN

Comunicación con la familia de origen	F	%
Padre	11	4.4
Madre	71	28.4
Hermanos	8	3.2
Abuelos	2	0.8
Tíos	158	63.2
Total	250	100

Fuente: Misma cuadro No. 1.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

CUADRO No. 9

COMO CONSIDERAN LAS ADOLESCENTES
LA EDUCACIÓN SEXUAL RECIBIDA EN:

Educación	Hogar		Escuela		Amigos		Otros		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
E							22	8.8	22	8.8
MB					20	8			20	8
B					41	16.4			41	16.4
R	21	4.8	41	16.4	55	22			117	46.8
M	50	20							50	20
Total	71	28.4	41	16.4	116	46.4	22	8.8	250	100

Fuente: Misma cuadro No. 1.

CUADRO No. 10

EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL CON LA EDAD
CRONOLÓGICA

Edad de las adolescentes	Edad de la 1ª relación sexual									
	13		14		15		16		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
13	31	12.4							31	12.4
14			58	23.2					58	23.2
15					63	25.2			63	25.2
16							98	39.2	98	39.2
Total	31	12.4	58	23.2	63	25.2	98	39.2	250	100

Fuente: Misma cuadro No. 1.

CUADRO No. 11
¿CÓMO FUE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL?

1ª Relación sexual	F	%
Protegida	21	8.4
Sin protección	75	30
Por decisión propia	63	25.2
Por seducción	8	3.2
Agradable	75	30
Desagradable	8	3.2
Total	250	100

Fuente: Misma cuadro No. 1.

CUADRO No. 12

¿POR QUÉ FUE DESAGRADABLE SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL?

Primera relación sexual	F	%
Sentimientos de culpa	8	3.2
Temor al embarazo	8	3.2
Miedo a la agresión de los padres	8	3.2
Total	24	9.6

Fuente: Misma cuadro No. 1.

CUADRO No. 13

¿SU EMBARAZO FUE PLANEADO?

Embarazo planeado	F	%
Si	0	0
No	250	100
Total	250	100

Fuente: Mismo cuadro No. 1.

CUADRO No. 14

AL SABERSE EMBARAZADA PENSÓ EN EL ABORTO

Pensó en el aborto	F	%
Si	119	47.6
No	131	52.4
Total	250	100

Fuente: Mismo cuadro No. 1.

CUADRO No. 15

¿QUÉ SENTIMIENTO DESPERTÓ EN USTED EL EMBARAZO?

Sentimientos durante el embarazo	F	%
Angustia	36	14.4
Culpabilidad	25	10
Ansiedad	76	30.4
Rechazo	92	36.8
Irritabilidad	21	8.4
Total	250	100

Fuente: Misma cuadro No. 1.

CUADRO No. 16

CONSIDERA TENER LOS RECURSOS PARA SER INDEPENDIENTE

Independiente	F	%
Si	0	0
No	250	100
Total	250	100

Fuente: Misma cuadro No. 1.

CUADRO No. 17

¿QUÉ ES LO MÁS IMPORTANTE EN SU VIDA ACTUAL?

Importancia en su vida	F	%
Usted misma	76	30.4
Su hijo	92	36.8
Sus padres	25	10
Otros	57	22.8
Total	250	100

Fuente: Misma cuadro No. 1.

CUADRO No. 18

¿TIENE VALOR SU PERSONA EN LA TOMA DE DECISIONES DE LA VIDA DE SU HIJO?

Toma de decisiones	F	%
Si	71	28.4
No	179	71.6
Total	250	100

Fuente: Misma cuadro No. 1.

CUADRO No. 19
¿SU PAREJA SE INTERESA EN LA SALUD DE USTED Y SU HIJO?

Hay interés de su pareja	F	%
Si	25	10
A veces	123	49.2
No	102	40.8
Total	250	100

Fuente: Mismo cuadro No. 1.

CUADRO No. 20
¿CUENTA CON EL APOYO DE SUS PADRES?

Apoyo	F	%
Si	196	78.4
No	54	21.6
Total	250	100

Fuente: Mismo cuadro No. 1.

CUADRO No. 21
¿QUÉ TIPO DE APOYO ES?

Tipo de apoyo	F	%
Casa	196	78.4
Económico	196	78.4
Moral	54	21.6
Total	446	178.4

Fuente: Mismo cuadro No. 1.

* Algunas adolescentes reciben más de un apoyo.

CUADRO No. 22
RECIBE CRÍTICAS DE SU ACTUAL ESTADO

Críticas por su estado	Si		No		No se		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Si			13	5.2	52	20.8	65	26
No	196	78.4	25	10			221	88.4
Total	196	78.4	38	15.2	52	20.8	286	114.4

Fuente: Mismo cuadro No. 1.

* El número de respuestas es mayor al número de encuestados.

CUADRO No. 23
¿CUENTA CON TRABAJO?

Tiene trabajo	F	%
Si	48	19.5
No	202	80.5
Total	250	100

Fuente: Misma cuadro No. 1.

CUADRO No. 24
¿CUENTA CON SEGURO MÉDICO?

Servicio médico	F	%
Si	248	99.2
No	2	0.8
Total	250	100

Fuente: Misma cuadro No. 1.

CUADRO No. 25
EL EMBARAZO MODIFICÓ EL RUMBO DE SU VIDA

Modificó su vida	F	%
Si	221	88.4
No	29	11.6
Total	250	100

Fuente: Misma cuadro No. 1.

CUADRO No. 26
SU INGRESO AL ISSSTE ES POR:

Cómo ingresó al ISSSTE	F	%
Trabajadora	2	0.8
Esposa	10	4
Hija	56	22.4
Pagaré	76	30.4
Orden superior	106	42.4
Total	250	100

Fuente: Misma cuadro No. 1.

CUADRO No. 27
SE CONSIDERABA SANA ANTES DEL EMBARAZO

Estaba sana antes del embarazo	F	%
Si	250	100
No	0	0
Total	250	100

Fuente: Misma cuadro No. 1.

CUADRO No. 28
¿A CUÁNTAS CONSULTAS ASISTIÓ?

No. de consultas	F	%
0	53	21.2
1	79	31.6
2 - 5	86	34.4
6 - 8	32	12.8
Total	250	100

Fuente: Misma cuadro No. 1.

CUADRO No. 29

LA DIETA EN EL EMBARAZO SE HA MODIFICADO

Dieta modificada	F	%
Si	250	100
No	0	0
Total	250	100

Fuente: Misma cuadro No. 1.

CUADRO No. 30

CÓMO FUE ESA MODIFICACIÓN DE LA DIETA

Dieta modificada	F	%
Come por dos	89	35.6
Todo se le antoja	86	34.4
Come entre comidas	75	30
Total	250	100

Fuente: Misma cuadro No. 1.

CUADRO No. 31
DURANTE EL EMBARAZO RECIBIÓ APOYO EDUCATIVO
POR PARTE DE:

Apoyo educativo	Si		A veces		No		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Padre					26	10.4	26	10.4
Madre			79	31.6			79	31.6
Pareja			26	10.4			26	10.4
Amiga	189	75.6					189	75.6
Parientes			43	17.2			43	17.2
Médico			36	14.4			36	14.4
Enfermera	96	38.4					96	38.4
Total	285	114.0	184	73.6	26	10.4	495	198

Fuente: Misma cuadro No. 1.

* Algunas adolescentes reciben apoyo educativo por más de una persona.

CUADRO No. 32

DESPUÉS DE LOS 40 DÍAS DEL PARTO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA

Cuidado en los 40 días	F	%
Si	248	99.2
No	2	0.8
Total	250	100

Fuente: Misma cuadro No. 1.

CUADRO No. 33

QUÉ MEDIOS CONOCE PARA PREVENIR EL EMBARAZO

Planificación familiar	F	%
Hormonales	89	35.6
Mecánicos	76	30.4
Naturales	111	44.4
Definitivos	96	38.4
Total	250	100

Fuente: Misma cuadro No. 1.

* Algunas adolescentes reconocen más de un método de planificación familiar.

CUADRO No. 34

CUÁLES SON LOS CUIDADOS QUE NECESITA
SU HIJO AL NACER

Cuidados del R/N.	F	%
Alimentación	250	100
Higiene	250	100
Vacunación	280	112
Atención médica	250	100
Total	250	100

Fuente: Misma cuadro No. 1.

* La mayoría de las adolescentes contestaron más de una respuesta.