



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ACTITUD ANTE LA PRESENCIA DE UN EMBARAZO
NO PLANEADO EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE Y
JOVEN DE LA ESCUELA NACIONAL PREPARATORIA No 4
“VIDAL CASTAÑEDA Y NAJERA” TURNO MATUTINO”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:
MARIA PALOMA RIVERA VEGA

DIRECTOR DE TESIS:

PMASE: RAÚL RUTILO GÓMEZ LÓPEZ

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES



MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE, 2004



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



" ACTITUD ANTE LA PRESENCIA DE UN EMBARAZO NO
PLANEADO EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE Y JOVEN DE LA
ESCUELA NACIONAL PREPARATORIA NO. 4 "Vidal Castañeda y
Nájera" TURNO MATUTINO "

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
MARIA PALOMA RIVERA VEGA

DIRECTOR DE TESIS:

PMASE: RAÚL RUTILO GÓMEZ LÓPEZ

AUTORIZACIÓN DE TERMINADO DE TESIS

Vo.Bo.



PMASE. RAÚL RUTILO GÓMEZ LÓPEZ

**Profesor Titular de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Universidad Nacional Autónoma de México**

AGRADECIMIENTOS

- ✠ GRACIAS A DIOS POR LA VIDA, POR TODO LO QUE ME HA DADO Y POR ESTE GRAN LOGRO, GRACIAS,
- ✠ A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO POR LA OPORTUNIDAD DE HABER ESTUDIADO UNA CARRERA EN ESTA INSTITUCIÓN A LA CUAL DEBO MI FORMACIÓN.
- ✠ AL PROFESOR RAÚL GÓMEZ
SON POCAS LAS PALABRAS QUE SE PUEDEN ESCRIBIR PARA AGRADECER TODO EL TIEMPO QUE DEDICO PARA LOGRAR ESTE FINAL, POR TODAS LAS ENSEÑANZAS QUE NOS REGALO, POR TODA LA EXPERIENCIA QUE NOS DIO, POR LA AMISTAD QUE NOS OFRECIÓ; GRACIAS A TODO ESTO; EN ESTE TRABAJO SE VE REFLEJADO TODO EL ESFUERZO Y CONSTANCIA QUE DURANTE 4 AÑOS SE FORJÓ Y QUE GRACIAS A USTED CONCLUYE HOY.
GRACIAS POR MI FORMACIÓN PROFESIONAL.
CON CARIÑO, ADMIRACIÓN Y RESPETO
M. PALOMA
- ✠ A LOS DIRECTIVOS DE LA ESCUELA NACIONAL PREPARATORIA No. 4 "Vidal Castañeda y Nájera, TURNO MATUTINO, POR TODO EL APOYO BRINDADO DURANTE LA REALIZACIÓN DE MI SERVICIO SOCIAL.
- ✠ A LOS PROFESORES DE ORIENTACIÓN VOCACIONAL DE PREPA 4: PROFRA. VICTOR TREJO Y PROFRA. OLGA MENDOZA POR TODAS LAS OPORTUNIDADES BRINDADAS DURANTE TODO EL TIEMPO QUE ESTUVE EN EL PLANTEL. Y LAS FACILIDADES PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA INVESTIGACIÓN.
- ✠ AL PERSONAL MÉDICO POR TODO EL APOYO BRINDADO.
- ✠ AL PERSONAL EN GENERAL DE PREPA 4
- ✠ A LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, ENSEÑANZA Y COMUNICACIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA POR TODAS LAS ENSEÑANZAS ADQUIRIDAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL, PRINCIPALMENTE AL LIC. ANTONIO HERNÁNDEZ Y AL DR. ALEJANDRO SOTOMAYOR.

DEDICATORIA

✧ A MIS PADRES:

HACE TIEMPO TUVE UN IDEAL Y HOY SE HA HECHO REALIDAD; GRACIAS AL APOYO QUE ME BRINDARON DURANTE TODO ESTE TIEMPO EN EL CUAL HEMOS VIVIDO SITUACIONES BUENAS Y MALAS Y AL FINAL HEMOS SALIDO ADELANTE; GRACIAS POR HABER HECHO REALIDAD ESTE GRAN SUEÑO, GRACIAS POR AYUDARME A LLEGAR HASTA DONDE ESTOY, GRACIAS POR SER MIS PADRES.

PARA USTEDES ESTA REALIDAD.

✧ A MIS TÍOS ROSA Y MIGUEL. Y A LA PEQUEÑA ANA

USTEDES MEJOR QUE NADIE SABEN POR TODAS LAS COSAS QUE HEMOS PASADO Y SIEMPRE HAN ESTADO ALLÍ APOYÁNDONOS EN TODO MOMENTO; QUIERO AGRADECERLES TODO EL CARIÑO Y APOYO QUE ME OFRECIERON DURANTE LOS MOMENTOS MÁS DIFÍCILES DE MI VIDA Y POR DEJARME ESTAR CON USTEDES; A USTEDES DE DEDICO ESTA REALIDAD, QUE TAMBIÉN SON PARTE DE ELLA.

✧ A MI HERMANO J. EMMANUEL (f.c.p.a)

HA PASADO EL TIEMPO Y AÚN NO TE OLVIDAMOS PERO TU SIGUES ESTANDO JUNTO A NOSOTROS, CUIDÁNDONOS Y AYUDÁNDONOS A SEGUIR ADELANTE, GRACIAS POR HABER ESTADO CONMIGO AUNQUE HAYA SIDO MUY POCO TIEMPO Y AUNQUE YA NO ESTAS AQUÍ TU RECUERDO ESTA CONMIGO. Y PARA TÍ ESTE LOGRO DONDE QUIERA QUE ESTES.

✧ A MI TITA.

GRACIAS POR TU APOYO Y TUS ORACIONES, POR CUIDARME, ESCUCHARME Y ESTAR CONMIGO, PARA TÍ ESTA REALIDAD.

✧ A MI TÍO FRANCISCO

POR TODO EL APOYO QUE NOS HAZ DADO SIEMPRE

✧ A MIS AMIGOS (GINA, ROSA, ANA DEYSI, ANA YANSEN, JUANITA, LILIANA, JUAN CARLOS Y OMAR).
QUIERO AGRADECERLES TODO EL CARIÑO Y AMISTAD QUE ME BRINDARON DURANTE TODA LA CARRERA,
POR LOS MOMENTOS QUE PASAMOS JUNTOS QUE SERÁN INOLVIDABLES Y QUE LA AMISTAD QUE ALGÚN
DÍA SE DIO NO SE OLVIDE NUNCA, PARA USTED ESTE LOGRO.

✧ A MIS AMIGOS DE TODA LA VIDA (LUZ Y MODESTO):
DEDICO ESTE LOGRO ALCANZADO, GRACIAS AL APOYO Y AMISTAD INCONDICIONAL QUE NOS UNE Y QUE
HACE CADA VEZ MÁS FUERTE NUESTRA AMISTAD Y GRACIAS POR ESTAR CONMIGO SIEMPRE.

✧ AL C.D. RAFAEL FLORES Y A LA C.D. GEORGINA BALITISTA:
GRACIAS POR TODO EL APOYO Y LA AMISTAD QUE SE DIO DURANTE EL TIEMPO QUE ESTUVIMOS JUNTOS,
PARA USTEDES ESTE LOGRO.

✧ A LA FAMILIA ALVAREZ SUÀREZ
POR TODO EL APOYO BRINDADO DURANTE MI FORMACIÓN PROFESIONAL

✧ A TÍ QUE SIEMPRE ESTARÁS EN MÍ.
A TÍ QUE FUISTE Y SERÁS SIEMPRE MI RAZÓN DE SER.

¶ CON CARIÑO Y RESPETO
MARÍA PALOMA

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA.....	3
1.1 Planteamiento del problema.....	3
2. JUSTIFICACIÓN.....	3
3. OBJETIVOS.....	4
3.1 General.....	4
3.2 Específico.....	4
4. HIPÓTESIS.....	4
5. MARCO TEÓRICO.....	5
5.1 Derechos sexuales y reproductivos.....	5
5.2 Embarazo en la adolescencia.....	12
5.2.1 Diagnóstico del embarazo.....	13
5.2.1.1 Datos epidemiológicos.....	13
5.2.1.2 Definición de los riesgos en el embarazo.....	13
5.2.2 Complicaciones.....	15
5.2.2.1 Durante el embarazo.....	15
5.2.2.2 Maternas.....	15
5.2.2.3 Neonatales.....	16
5.2.3 Caso clínico.....	16
5.3 Repercusión biopsicosocial.....	22
5.3.1 Factores que inciden en el problema.....	22
5.3.1.1 Determinantes.....	23
5.3.1.2 Predisponente.....	23
5.3.1.2.1 Personales.....	23
5.3.1.2.2 Familiares.....	23
5.3.1.2.3 Sociales.....	24
5.3.2 Percepción y actitudes ante un embarazo.....	25
5.3.2.1 Con respecto al embarazo.....	26
5.3.2.2 Con respecto a la experiencia del embarazo.....	26
5.3.2.3 Respecto a la maternidad.....	27
5.3.2.4 Evolución del embarazo.....	27
5.3.3 Consecuencias psicosociales.....	27
5.3.3.1 Inmediatas.....	28
5.3.3.1.1 Miedo a la familia.....	29
5.3.3.2 Mediatas.....	29
5.3.3.3 A largo plazo.....	29
5.3.3 Sociales.....	30
5.4 Planificación Familiar.....	32
5.4.1 Historia.....	32
5.4.2 Consejería.....	35
5.5. Situación actual en México.....	37
6. METODOLOGÍA.....	41
6.1 Tipo de diseño.....	43

6.2 Población.....	43
6.2.1 Tamaño de la Muestra.....	43
6.2.2 Forma de asignación de estudios.....	43
6.3 Criterios de selección.....	43
6.4 Variables.....	44
6.5 Indicadores.....	44
6.6 Técnica de recolección de datos.....	44
6.6.1. Observación.....	44
6.6.1 Entrevista.....	44
6.7 Procesamiento de datos.....	44
6.8 Recursos.....	44
6.8.1 Recursos humanos.....	44
6.8.2 Recursos materiales.....	44
6.8.3 Recursos financieros.....	44
7.DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.....	45
8.CONCLUSIONES.....	54
9.PROPUUESTAS.....	55
10.BIBLIOGRAFÍA.....	56
11.ANEXOS.....	58

INTRODUCCIÓN

Se define actitud como: "predisposición adquirida (aprendida) relativamente estable de valorar (y actuar) la realidad (todo) un sector o un objeto hiperconcreto".

La actitud de los adolescentes cambia según la situación que estén viviendo en su momento pero ante un embarazo no planeado es una circunstancia en la cual su panorama cambia totalmente.

Los y las adolescentes forman una parte considerable de la población mundial, representan entre el 20 y el 25% del total de la población.

Los cambios en la adolescencia influyen en la toma de decisiones; es en esta etapa donde experimentan el inicio de la vida sexual; experimento que puede traer consecuencias como un embarazo, problema que año con año aumenta a pesar del supuesto exceso de información que existe y que lleva a los y las adolescentes en ocasiones a tomar decisiones inadecuadas como puede ser un aborto.

En esta investigación lo que se pretende es conocer la manera de afrontar esta situación, conocer si existe indiferencia e irresponsabilidad ante este problema; afirmando o negando dichos calificativos por los mismos adolescentes.

Este trabajo esta constituido de la siguiente manera:

En el capítulo I, se presenta la metodología de la investigación, desarrollando los puntos que lo componen de la siguiente manera: Introducción, fundamentación, planteamiento del problema, justificación, objetivos de la investigación e hipótesis.

En el capítulo II se hace mención al marco teórico de las variables en estudio, fundamentando con ello el problema planteado y la hipótesis. Haciendo énfasis en los derechos sexuales y reproductivos, embarazo en la adolescencia definiendo los siguientes puntos: Diagnóstico del embarazo, complicaciones durante el embarazo, maternas y neonatales y un caso clínico.

Repercusión biopsicosocial incluyendo los factores que inciden en el problema como son: factores determinantes, predisponentes, personales, familiares y sociales; en este apartado también se hace mención a la percepción y actitudes ante un embarazo precoz, a las consecuencias psicosociales como son: inmediatas, mediatas y a largo plazo y consecuencias sociales, se hace mención a la planificación familiar incluyendo la historia y características para una buena consejería y finalmente se menciona sobre la situación en México de embarazos en adolescentes.

En el capítulo III, se presenta tipo y diseño de la investigación, determinación de la estrategia de la misma, criterios de selección de los participantes, variables e indicadores, técnica de recolección de datos, se describe también la instrumentación estadística, contemplando la forma en que se procesa la información, así como la presentación de los cuadros y gráficas y finalmente los recursos humanos, materiales y financieros.

En el capítulo IV, se describen los resultados obtenidos así como la comprobación o negación de la hipótesis, conclusiones y recomendaciones a las que se llegó.

Y finalmente se mencionan las referencias bibliográficas que contienen libros, revistas y artículos que se hayan revisado y citado para la realización de la tesis.

En los anexos se incluye el instrumento de recolección de datos así como el consentimiento informado para la realización de esta investigación.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA

Los cambios psíquicos por los que atraviesa un adolescente (rebeldía, ambivalencia, necesidad de independencia, confusión ante su imagen corporal, búsqueda de identidad y aislamiento) se suman a los cambios que implica un embarazo, motivo por el cual se producen temores, miedos, desequilibrios emocionales y confusión de identidad en forma de presiones, somatizaciones, intentos de aborto y fantasías de autodestrucción.

1.1 Planteamiento del problema

Al conocer por los cambios por los que pasa una adolescente ante un embarazo y su pareja; lleva al siguiente planteamiento del problema:

¿Cuál es la actitud de la población adolescente y joven, ante la presencia de un embarazo no planeado?.

2. JUSTIFICACIÓN

La mayor parte de los Embarazos no Planeados es debido al desuso de algún método anticonceptivo y al encontrarse en esta situación, un factor importante es la falta de información sobre los riesgos que trae consigo un embarazo a muy temprana edad así como las consecuencias que pudieran seguir durante el embarazo, parto y puerperio.

En México, el embarazo no planeado en adolescentes y jóvenes es un fenómeno de repercusión nacional con mayor incidencia en Oaxaca, Puebla y Estado de México.

El 91% de los adolescentes del Estado de México según datos de la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica de 2000 no uso ningún método anticonceptivo, lo cual representa un alto riesgo, no solo para quedar embarazadas, sino para contraer alguna Infección de Transmisión sexual. Otro problema que suele presentarse es la falta de apoyo tanto económico como moral por parte de la familia en especial de los padres.

Es por eso que esta investigación pretende averiguar que actitud tienen los(as) adolescentes y jóvenes ante esta situación.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

- Describir la actitud de indiferencia o interés de los y las adolescentes y jóvenes ante la presencia de un Embarazo no Planeado.

3.2 Objetivos Específicos

- Determinar el tipo de actitud que presentan los adolescentes y jóvenes ante la presencia de un Embarazo no Planeado.
- Identificar los factores de riesgo del Embarazo no Planeado en adolescentes y jóvenes.
- Dar a conocer las medidas preventivas para evitar un Embarazo no Planeado; proporcionadas por los adolescentes.

4. HIPÓTESIS

∩ H1 La actitud que tienen los adolescentes y jóvenes es de indiferencia ante un Embarazo no planeado.

∩ H0 La actitud que tienen los adolescentes y jóvenes es de interés ante un Embarazo no planeado

5. MARCO TEÓRICO

5.1 Derechos Sexuales y Reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos se refieren a todos lo relacionado con la vida sexual y reproductiva y son parte de los derechos humanos.

La salud sexual y reproductiva de las personas implica que todos somos capaces de tener una vida sexual y satisfactoria y segura y que tenemos la capacidad para reproducirnos y la libertad para decidir si lo hacemos o no, en qué momento queremos tener hijos y cuantos queremos. Aquí esta implícito el derecho de tomar estas decisiones de manera libre, informada y responsable, teniendo acceso a la información y los medios para hacerlo. Estos son los derechos reproductivos.

Los derechos sexuales suponen que las personas no sean violentadas en su sexualidad, que pueden decidir en que momento y con quién tener relaciones coitales. (GIRE,2002).

La sociedad mexicana aprende y vive la sexualidad cargada de prejuicios, mitos y culpa. Religiosos, políticos, empresarios, profesionales de la salud y la educación, así como cualquiera de nosotros hemos recibido enseñanzas con algún contenido negativo sobre la sexualidad. De hecho, todas las sociedades cada grupo social depende de la concepción que se tenga de la sexualidad, de tal modo que si la concibe como una fuerza instintiva que debe estar al servicio de la reproducción, se consideran malas aquellas conductas que no tengan como finalidad el reproducirse. (CORONA, 1998).

En este contexto cultural, la intimidación sexual de los jóvenes aparece como riesgosa e ilegítima en sí mismo. La supuesta promiscuidad de la juventud, el embarazo adolescente, la transmisión de infecciones de transmisión sexual como el SIDA, se han convertido en punta de lanza contra el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes, bajo la consideración de que no son capaces de ejercer una sexualidad de manera libre y responsable.

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994; señaló, con respecto a los adolescentes, que los países deben asegurar que los programas y las actitudes de los proveedores de servicios de salud no limiten el acceso de los adolescentes a los servicios apropiados y a la información sobre infecciones de transmisión sexual, abusos sexuales y métodos anticonceptivos. Estos servicios deben salvaguardar los derechos de los adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento basados en una información correcta, y respetar los valores culturales y las creencias religiosas. En este contexto, los países deberían eliminar, los obstáculos jurídicos, normativos y sociales que impiden el suministro de información y servicios de salud reproductiva a los adolescentes. Así mismo, recomendó a los países proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación, la información y

la asistencia en materia de salud reproductiva y reducir considerablemente el número de embarazos entre los adolescentes.

Los países firmantes de esta Convención, entre los que se encuentra México, se comprometieron a prestar apoyo a actividades y servicios en materia de educación sexual integrada para los jóvenes, con la asistencia y orientación de sus padres y en consonancia con la Convención sobre, los Derechos de la Niñez, haciendo hincapié en la responsabilidad de los varones en cuanto a su propia salud sexual y su fecundidad, ayudándoles a ejercer esa responsabilidad.

Hoy se sabe que el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos conlleva una falta de control sobre del propio cuerpo que genera, a su vez, comportamientos sexuales de riesgo, articulados a una visión negativa de la sexualidad. No podemos pasar por alto el abuso sexual, la violencia y el hecho de que más de la mitad de las relaciones sexuales (coitales) de personas de entre los 15 y 20 años no se utilizan métodos anticonceptivos lo cual trae como resultado los embarazos no deseados. Por ello es necesario que nos liberemos de una sexualidad cargada de culpa, que sólo la limita a las relaciones coitales (Introducción del pene en la vagina) y procreativas. La sexualidad es parte integral de la personalidad de todo tipo de ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades básicas como el deseo de contacto, el placer y la ternura, que nos lleva a conocer otros rincones del placer que van más allá del acto coital. Nos damos cuenta de la importancia que tiene la sexualidad `para el desarrollo pleno de las personas, permite corresponder porque tiene que ser un derecho humano, ya que es una facultad y una libertad fundamentales, sin las cuales no se puede vivir como ser humano digno.

Los derechos sexuales y reproductivos no están separados de los derechos civiles, políticos y sociales, pues ellos implican el derecho a la vida digna, a la libertad individual, a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión, de opinión y de expresión, a la equidad, información y educación, al cuidado de la salud, a tener acceso a los beneficios del progreso, a la privacidad o intimidad, a vivir libre de violencia. Por tanto, los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos y significan libertades y responsabilidades personales.

Para poder ejercer el derecho a decidir sobre la sexualidad y la reproducción se debe contar con tres condiciones básicas:

1. Con un Estado laico que respete las diversas formas de ser y de pensar, y que garantice su distinción, los servicios adecuados de difusión de derechos y desarrollo de servicios de educación y salud.
2. Con la participación activa de la población con conciencia de derechos y capacidad de presionar a las instituciones públicas para que construyan las condiciones que hagan posible el ejercicio de estos derechos.

3. Con una cultura del respeto a los derechos humanos, y a los valores éticos que no indican cómo debemos vivir y cómo debemos tratarnos unos a otros.

5.2 Interpretación de los derechos humanos en el campo de la sexualidad y la reproducción.

1.1 Derecho a la vida (*La mujer tiene derecho a evitar un embarazo que ponga en peligro su vida*).

Este derecho lo tienen por igual hombres u mujeres, pero en materia de derechos sexuales y reproductivos, se relacionan particularmente con el derecho de las mujeres a no morir por causas evitables relacionadas con el embarazo o parto.

Esto implica que:

La mujer tiene derecho a no poner en riesgo o peligro su vida por razones de embarazo.

1.2 Derecho a la libertad y seguridad (*Cualquier intervención médica relacionada con la salud sexual y reproductiva debe ser autorizada por la persona a la que se le va a aplicar*).

Tanto los hombres como las mujeres tienen derecho a decidir si tienen relaciones sexuales o no, con quién y con qué frecuencia.

Esto implica que:

⌘ Nadie puede ser forzada o forzado por otra persona (ni siquiera por su cónyuge) a tener relaciones sexuales.

⌘ Todos y todas tenemos derecho a expresar nuestra preferencia sexual y a elegir el compañero(a) sexual.

⌘ Ninguna mujer puede ser forzada a tener un embarazo o un aborto, ni a ser sometida a una intervención sin su consentimiento libre e informado.

1.3 Derecho a la igualdad y a estar libre de toda forma de discriminación (*No hay trabajos "para hombres" ni trabajos "para mujeres", todas las labores dentro y fuera del hogar deberán ser compartidas por hombres y mujeres en condiciones de igualdad*).

Todos los seres humanos, hombres y mujeres, merecen un trato respetuoso.

La discriminación consiste en tratar igual lo que es distinto, y en tratar distinto lo que es igual. La igualdad no significa uniformidad.

Esto implica que:

- ⌘ Los hombres y las mujeres deben tener las mismas posibilidades de educarse y trabajar.
- ⌘ A ninguna mujer se le puede exigir prueba de embarazo para acceder a un empleo o concursar para una beca, etc.
- ⌘ Ninguna mujer podrá ser despedida de su trabajo o establecimiento educativo por estar embarazada.
- ⌘ Ninguna persona requiere autorización del cónyuge o compañero(a) para planificar con cualquier método (incluyendo la OTB y la vasectomía).

1.4 Derecho a la privacidad (Los y las jóvenes al igual que todas las personas tienen derecho a que se respete su intimidad).

Todas las personas tienen derecho a que se respete su intimidad. Los prestadores de servicios están obligados a guardar el secreto profesional.

Esto implica que:

La información que el personal de salud obtiene, relacionada con la vida sexual y reproductiva de una persona debe mantenerse en reserva y es parte de la vida privada de la o el paciente.

1.5 Derecho a la libertad de pensamiento (*La libertad de pensamiento sobre salud sexual y reproductiva no debe verse limitada por las ideas de tipo religioso, filosófico o cultural*)

En lo relacionado con su vida sexual y reproductiva, toda persona tiene derecho a pensar y obrar libremente.

Esto implica que:

Ni la religión, ni partido político, ni la cultura deben limitar a la persona en su forma de pensar o actuar frente a su vida sexual y reproductiva.

1.6 Derecho a la información y a la educación (*Los padres juegan un papel fundamental en el proceso educativo y deben brindar a sus hijos e hijas información oportuna y adecuada sobre los temas relacionados con la sexualidad y la reproducción*)

Toda persona, hombre o mujer desde temprana edad tiene derecho a ser educado(a) y debe tener igual acceso a información oportuna y adecuada sobre los servicios y métodos de regulación de la fecundidad, infecciones de transmisión sexual y todo lo que se relacione con la vida sexual y reproductiva.

Esto implica que:

- ⌘ Todas las personas deben ser educadas y preparadas para asumir con responsabilidad las consecuencias de su conducta sexual y reproductiva.
- ⌘ Los y las niños(as) y adolescentes, tienen derecho a que se les brinde información y se les vincule a programas de prevención de embarazos no deseados, maltrato, abusos y todo lo relacionado con el ejercicio de su sexualidad.
- ⌘ Las adolescentes embarazadas tienen derecho al apoyo especialmente de su familia, la comunidad y el estado, a que se les brinde la información necesaria sobre su cuidado personal de sus hijos(as).

1.7 Derecho a optar por contraer matrimonio o no, y a formar o no formar una familia. (La decisión de casarse o de vivir en pareja debe ser tomada con plena libertad).

Toda persona, hombre o mujer tiene derecho a elegir si se casa o no se casa, cuándo y con quién.

Esto implica que:

- ⌘ Ninguna persona, por ninguna razón puede ser obligada a contraer matrimonio
- ⌘ Ninguna persona está obligada a permanecer casada ni unida a alguien con quien ya no es feliz.

1.8 Derecho a decidir si se tienen hijos o no y cuándo tenerlos (La decisión sobre el número de hijos debe tomarse libre y responsablemente es decir, tener en cuenta las posibilidades de brindarle mayor bienestar)

Toda persona, hombre o mujer, debe tener a su alcance la más amplia información y servicios relacionados con los métodos modernos, seguros y aceptables para regular la fecundidad incluida la anticoncepción de emergencia.

Esto implica que:

- ⌘ Cualquier persona, hombre o mujer, tiene derecho a elegir libremente el número de hijos que quiere tener y el espaciamiento de los mismos
- ⌘ No se requiere la autorización del cónyuge o el compañero sexual para planificar ni para elegir el método, cualquiera que este sea.

1.9 Derecho a la atención y protección de la salud (Los y las usuarios (as) de los servicios de salud reproductiva tienen derecho a exigir que la calidad de tales servicios sea óptima.

Toda persona tiene derecho a disfrutar de una vida sexual satisfactoria, libre de riesgos y a desarrollar su vida y relaciones de pareja en buenas condiciones.

Esto implica que:

Toda persona tiene derecho a la calidad más alta posible en la atención de la salud sexual y reproductiva.

1.10 Derecho a los beneficios del progreso científico (*El progreso científico no debe atender contra la dignidad de las personas*).

Toda persona tiene derecho a beneficiarse de los avances de la ciencia y el progreso tecnológico.

Esto implica que:

Toda persona puede disponer de métodos modernos, seguros y aceptables para regular su fecundidad y a estar informada sobre ellos.

1.11 Derecho a la libertad de reunión y participación política (*La organización de grupos que compitan los mismos intereses (mujeres, jóvenes, homosexuales, etc.) es importante para el reconocimiento, la obtención y afirmación de los derechos sexuales y reproductivos*).

Todas las personas tienen derecho a asociarse para promover el reconocimiento y ejercicios de los derechos sexuales y reproductivos y por ende el disfrute de una adecuada salud sexual y reproductiva.

Esto implica que:

Todas las personas tienen derecho a organizarse en busca del respeto, libre ejercicio y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

1.12 Derecho a no ser sometido a torturas y maltratos (*En relaciones de pareja debe primar la igualdad, la libertad y el respeto recíproco entre sus integrantes*)

Toda persona tiene derecho a una vida libre de violencia.

Esto implica que:

- ⌘ Toda persona tiene derecho a no ser agredida (física ni verbalmente) por su compañero(a) sexual, ni por ninguna otra persona.
- ⌘ Nadie puede ser forzada(o) a tener relaciones sexuales.

LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS SON EL MARCO ETICO PARA GARANTIZAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. (PROFAMILIA,2002)

5.1.2 Derechos Reproductivos

Los derechos reproductivos están contemplados en el Art.4º de la Constitución Política Mexicana, que dice:

“Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...”

La Ley General de Salud y la Ley General de Población deben ser observadas en toda la República y determinan la normatividad general respecto de la salud reproductiva y la planificación familiar. La primera hace énfasis en el derecho a la salud y la segunda en la regulación de los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional. Ambas leyes se sustentan en el derecho constitucional emanado del Art.4º citado en el párrafo anterior.

- ❖ La puesta en práctica de la política de salud reproductiva y planificación familiar forma parte del Programa de Reforma del Sector Salud (1995-2000) y se desarrolla específicamente en el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (1995-2000). Las acciones de dicho programa se basan en los lineamientos de las normas oficiales vigentes en la materia, en lo que a nuestro interés concierne, la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993).
- ❖ Por su parte, el Reglamento de la Ley General de Población regula la aplicación de la política de población y, en lo que nos interesa en particular, los derechos reproductivos, en su Sección II “Planificación Familiar”. El actual interés estatal por regular el volumen de la población nacional es el objetivo que da sentido a que la planificación familiar y la atención de la salud reproductiva formen parte de las políticas de población. (GIRE, 2002).

5.2 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se define a la adolescencia como un período durante el cual el individuo progresa desde la aparición de los caracteres sexuales secundarios hasta la madurez sexual; los procesos psicológicos se desarrollan desde niño hasta adulto, es un estado de transición entre la dependencia socioeconómica total a una relativa independencia. Es una etapa en la vida de la mujer en la que ocurren cambios físicos, biológicos y emocionales, que dan lugar a una modificación en la recuperación misma de la gestación, en su evolución y culminación. Los límites de edad van de los 10 a los 19 años.

La gestación genera estrés; la mujer es más vulnerable debido a la inmadurez, tiende a sufrir soledad y suele sentirse acosada ante su futuro; la vida familiar es inestable, se pierde la autoestima y la maternidad se afronta con inseguridad, ya que se trata de un embarazo no deseado. Los productos de las madres adolescentes se encuentran entre la población de alto riesgo de abuso físico negligencia en los cuidados de la salud, mala nutrición, retardo en el desarrollo, problemas escolares y delincuencia juvenil, existe un rechazo a su nacimiento

Existen factores de riesgo social como la separación de los padres, alejamiento o fracaso escolar, factores económicos, una mal entendida autonomía, que los conduce a buscar un nuevo núcleo familiar. Dentro de los factores de riesgo gestacional están las relaciones sexuales tempranas, la promiscuidad, hacinamiento, abandono, ignorancia, pérdida de la autoridad paterna, influencia de los compañeros, baja condición socio económica, imitación de los patrones de conducta de otros países, el abuso del alcohol y las drogas y las relaciones paterno filiales insatisfechas y carentes de afecto.

La etapa de la adolescencia difícilmente puede ser definida con exactitud, ya que es una época de la vida con grandes cambios físicos, hormonales, intelectuales y psicológicos, siempre coincide con la pubertad, cuya edad de aparición es variable.

El primer servicio de ginecología para niñas y adolescentes fue establecido en el año de 1940 en Praga por R. Peter. Posteriormente en la década de 1950, John Huffman de Estados Unidos de Norteamérica y Sir John Dewhurst de Inglaterra se iniciaron en la tarea de crear esta disciplina en sus respectivos países, culminando con las publicaciones de Dewhurst en 1963 llamada *Gynaecological disorders of infants and children* y en 1968 la de Huffman intitulada *Gynecology o Childhood and Adolescence*, siendo estas dos obras de la lengua inglesa las piedras angulares que iniciaron la inquietud de crear una subespecialidad para este grupo de pacientes. (VAZQUEZ, 1999)

5.2.1 Diagnóstico del Embarazo

5.2.1.1 Datos epidemiológicos

El impedimento para reconocer el embarazo o negarlo es mayor en el grupo de las adolescentes de 13 a 15 años de edad que en el de 16 a 18. No sólo interviene la ignorancia, sino diversos aspectos emocionales relacionados, por una parte, con el estado de confusión de la paciente y por otra, con un gran descuido de la familia por el mundo de sus hijos y gran desinterés hacia la salud de los mismos. De hecho, en los casos donde el embarazo se detecta en forma temprana no sólo se debe a la sinceridad de las jóvenes, sino a que provienen de familias donde alguno de los miembros se interesa, dialoga con ellas y les brinda su apoyo.

5.2.1.2 Definición de los riesgos en el embarazo

Cuando se esta ante la presencia de un embarazo, el médico o el equipo de salud interesado en el caso debe establecer claramente la edad ginecológica de la paciente para definir tentativamente el riesgo del mismo.

Se entiende por **Edad Ginecológica** la edad que resulta de la diferencia entre la edad cronológica de la paciente en el momento del parto y la del inicio de su menarquia.

Otros grupos sostienen que carece de importancia decisiva la edad ginecológica, aún en las menores de 15 años de edad, siempre y cuando en el momento en que se produce el embarazo las jóvenes hayan completado su desarrollo somático, independientemente de si esto se logra cerca de la menarquia.

La sospecha de embarazo en una adolescente debe existir siempre que ésta deje de menstruar después de haberse establecido la menarquia y un ritmo menstrual, y se tenga conocimiento de que la adolescente ha iniciado su vida sexual mediante relaciones coitales o juegos sexuales que ocasionan la eyaculación del compañero sobre su cuerpo. Esta sospecha debe aumentar cuando la joven ha sido puntual en la presencia de su ritmo de menstruación.

Es fácil detectar los síntomas que deben obligar a pensar en la gestación: fatiga, astenia, adinamia, náuseas (especialmente durante las primeras horas de la mañana), aumento de la micción urinaria, tensión mamaria, crecimiento de las mamas y signos de pigmentación de la areola y aparición de los tubérculos de Montgomery. Frecuentemente hay rechazo al alimento, síndrome de gastritis o colon irritable. Asimismo, con frecuencia es fácil observar lipotimias, carácter irritable, gran labilidad emocional, cefaleas, calambres en muslos y diferentes dolores osteoarticulares y otros difusos y de difícil interpretación en varias partes del cuerpo. Hay, en gran número de estas jóvenes, evidencia de depresión.

La mayoría de estos síntomas disminuye a partir del segundo trimestre de embarazo (14 semanas).

La exploración clínica comprueba además de los signos ya mencionados en las mamas, un leve cloasma, hiperpigmentación de la línea alba y con frecuencia cierta cianosis en los genitales externos. La palpación del abdomen comúnmente es suficiente para comprobar el embarazo. La exploración del útero permite apreciar cambios en su consistencia (se hace más blando y su forma cambia al de un pequeño globo). Después de 12 semanas de gestación, mediante la exploración abdominal el útero se puede palpar ligeramente arriba de la sínfisis púbica. Una auscultación cuidadosa de la región permite escuchar el latido cardíaco fetal con un ritmo de 120 a 180 latidos por minuto. Los primeros movimientos fetales o "pataleos" se aprecian a partir de las 14 a 20 semanas de gestación.

Para fines diagnósticos, las modernas pruebas de laboratorio suelen ser de gran utilidad, especialmente las basadas en la medición de anticuerpos monoclonales y gonadotropinas coriónicas.

Cuando se tiene el **Diagnóstico Clínico y de Laboratorio**, a la gestante no le queda más de dos opciones: continuar con el embarazo o abortar. Si ha tomado la decisión de continuar la gestación, pese a tener otros deseos (no puede haber otra alternativa más que la de seguir con el embarazo) es deseable que la joven adopte el grupo de medidas que en medicina se entiende por **Atención Prenatal** mismo que tiene por finalidad orientar, guiar y vigilar la salud de la madre y su producto durante las 40 semanas de gestación.

Una buena **Historia Clínica** debe incluir entre los antecedentes familiares de la joven, los de vida y funcionamiento familiar para definir el apoyo emocional que le será brindado a la joven; antecedentes de enfermedades venéreas, infectocontagiosas de interés al caso y relacionadas con la obstetricia.

En los **Antecedentes Personales** se incluyen con claridad el desarrollo físico y emocional, los hábitos y la calidad de alimentación, edad ginecológica e historia escolar y social.

Aunque pueda considerarse ofensivo, deben recabarse datos de adicciones a drogas y alcohol de la pareja, registrándose el tiempo de la adicción y el tipo y la cantidad de la droga consumida (aunque sea de uso esporádico).

Toda **Exploración Física** que se practique a la joven debe ser completa, respetando las costumbres éticas y culturales de la región geográfica en cuanto a patrones de atención médica.

En la **Exploración Física**, cobra importancia la buena apreciación del proceso de crecimiento y desarrollo físico usando de preferencia los

indicadores de Tañer, la pelvimetria y la exploración pélvica son indispensables y no podrá excluirse por razón alguna la revisión del útero y anexos con el objeto de constatar el buen estado de las estructuras y definir la edad gestacional.

Las **Pruebas de Laboratorio** relacionadas con el proceso obstétrico y las pruebas de rutina deben efectuarse.

Se recomienda incluir, siempre que sea posible, pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (sífilis, gonococia, clamidiasis y virus de la inmunodeficiencia humana) sobre todo si la gestante o el adolescente padre del producto tiene antecedentes de promiscuidad. (DULANTO, 2000)

5.2.2 Complicaciones

5.2.2.1 Complicaciones durante el embarazo

Las consecuencias que conlleva el embarazo en adolescentes se pueden dividir en complicaciones médicas correlacionadas con el tiempo de inicio y la calidad de los cuidados prenatales y la adhesión que se consiga de la madre a los servicios de salud; la edad cronológica es también importante sobre todo en las pacientes menores de 16 años; las complicaciones médicas no tienen una relación directa con la paridad ni con el nivel socioeconómico de la adolescente a excepción de que ésta afectase el contacto con centros de cuidados médicos prenatales.

5.2.2.2 Complicaciones maternas

Concentración baja de ferritina sérica, procesos infecciosos del tipo de enfermedades de transmisión sexual donde sobresalen factores etiológicos como *Gardnerella vaginalis* y el virus del papiloma humano, infecciones de vías urinarias, lo cual podría ser responsable de la mayor incidencia de amenaza de parto pretérmino que se tiene en este tipo de pacientes, vía de resolución del embarazo por operación cesárea, frecuencia de sangrado transvaginal, principalmente en el primer y tercer trimestre de la gestación, pobre ganancia de peso, probabilidad de padecer enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.

Otras complicaciones pueden ser exposición temprana del cuello uterino a agentes carcinogénicos como traumas, secreciones y procesos infecciosos, puede predisponer a una mayor incidencia de cáncer cervical.

5.2.2.3 Complicaciones neonatales

El embarazo en la mujer adolescente se ha asociado con mayor frecuencia de parto prematuro (menos de 37 semanas de gestación) y de neonatos con bajo peso al nacer (menos de 2,500 gramos).

Factores como la inmadurez fisiológica de la madre, la raza, el sexo del recién nacido, el bajo peso y pobre ganancia ponderal de la madre, la condición social de pobreza, el abuso de ciertas sustancias tóxicas, la presencia de enfermedades infecciosas y sobre todo, el estrés y el inadecuado control prenatal que están íntimamente ligados a la madre adolescente.

Estos niños tienen un mayor riesgo de morbimortalidad, principalmente secundario a los problemas de prematuridad y bajo peso al nacer, lo cual podría estar causado por la misma inmadurez biológica de la madre y potenciado por las condiciones socioeconómicas que se podrían reflejar en cuanto a una alimentación deficiente y las complicaciones médicas citadas como más frecuentes en este grupo Poblacional. (VAZQUEZ,1999)

5.2.3 Caso Clínico

Paciente de 14 años de edad, primigesta que acude por vez primera a la consulta obstétrica con embarazo de edad gestacional incierta, debido a que no recuerda con certeza fecha de última menstruación; clínicamente y por estudio ultrasonográfico el embarazo correspondía a 18-19 semanas de gestación

- Antecedentes heredo-familiares: abuela materna muerta por cáncer cervicouterino. Padre portador de Diabetes Mellitus tipo II.
- Antecedentes personales no patológicos. Estado civil: soltera. Escolaridad: 5 primaria. Nivel socioeconómico: bajo. Número de parejas sexuales: una de 17 años adicto a solventes.
- Antecedentes personales patológicos: enfermedades exantemáticas propias de la infancia (rubéola, varicela y sarampión).
- Antecedentes ginecoobstétricos: menarca a los 12 años de edad. Ritmo menstrual: 30-60 X 4-7. Inicio de vida sexual a los 13 años. Método de planificación familiar previo: ninguno. Fecha de última menstruación: no recuerda.

Durante la consulta inicial se refiere embarazo del segundo trimestre de 18 a 19 semanas clínicamente, producto único vivo con frecuencia cardíaca fetal de 144 latidos por minuto.

Al tacto vaginal se percibe cerviz posterior formado y cerrado, así como leucorrea amarilla fétida no pruriginosa; el resto de la exploración física y signos vitales se reportan dentro de parámetros normales. Se realiza toma de citología cervico-vaginal. Se solicitan interconsultas a los servicios de psicología, nutrición, infectología, trabajo social, educación para la

reproducción y exámenes básicos de laboratorio para embarazo. Se envía a toma de muestra para cultivo de secreciones cervicovaginales, determinación de la concentración de ferritina sérica y tamiz de glucosa. Dentro de los exámenes de gabinete se pide ultrasonido obstétrico.

La paciente acude a cuatro consultas subsecuentes al servicio de obstetricia durante su gestación. El embarazo cursó con infección de las vías urinarias secundaria a *E.coli* por lo cual recibió el manejo pertinente. La citología cervicovaginal fue clasificada como clase II de Papanicolaou. El cultivo cervicovaginal resultó positivo y se integró el diagnóstico de cervicovaginitis secundaria a *Gardnerella vaginalis* para lo que se prescribió tratamiento específico. A la semana 27-28 de gestación ameritó manejo farmacológico a base del tipo de betamiméticos por cursar con amenaza de parto pretérmino que se calificó un índice tocolítico de Boumgarten de 4, evolucionando satisfactoriamente. También se le realizó diagnóstico de anemia microcítica hipocrómica con una hemoglobina de 10mg/dl y una concentración de ferritina sérica de 20 g/dl, debido a lo cual se indicó ingesta de hierro oral durante todo el embarazo, lo cual fue realizado en forma irregular por la paciente. Así mismo debido a que se sospecha clínicamente retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU) se solicitaron ultrasonidos seriados confirmando esta sospecha, por lo cual se realiza monitorización cardíaca fetal en forma periódica a partir de la semana 32 de gestación. En esta ocasión se integra el diagnóstico de enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo clasificada como leve.

A las 35-36 semanas de gestación acude al servicio de urgencias con trabajo de parto en fase activa, por lo cual se interna a la unidad tocoquirúrgica y posteriormente se atiende nacimiento vía vaginal con aplicación de fórceps electivo debido a alteración emocional materna. Se obtiene producto único vivo masculino de 2,150g, calificado con Apgar de 7 al minuto y 8 a los cinco minutos y un Silverman Andersen de 2; debido a la edad gestacional y peso se envía a la unidad de cuidados intermedios del recién nacido. Como complicación durante el parto se observó un desgarró de tercer grado incompleto, el cual se repara satisfactoriamente; posteriormente se coloca DIU postplacenta y es egresada al inicio del puerperio mediato con lactancia al seno materno y estudio colposcópico al finalizar el puerperio.

La población del Instituto Nacional de Perinatología el 96.45% de las mujeres embarazadas sólo han tenido una pareja sexual, tomando en cuenta esta aseveración llama la atención la incidencia tan alta en cuanto a enfermedades consideradas de transmisión sexual e infecciones cervicovaginales que se han podido observar; alrededor del 30% de la población cursa con infección por virus del papiloma humano (VPH), la cual es generalmente una enfermedad subclínica, ya que al someter a estudio colposcópico a toda las pacientes en etapa postpuerperal, es como se encuentra esta elevada incidencia, la cual al revisar la literatura es considerada como muy variable dependiendo si se está hablando de una

enfermedad latente, subclínica o manifestaciones francas. La paciente cursó con una infección por VPH de tipo subclínico, la que fue detectada en su revisión colposcópica de rutina posterior al parto. Es pertinente hacer notar que la citología cervicovaginal realizada durante el embarazo únicamente reportó proceso inflamatorio y cambios de metaplasia; por estos hallazgos es que la paciente fue sometida a tratamiento médico específico a base de crioterapia con bióxido de carbono y se encuentra actualmente bajo seguimiento según las normas establecidas en la Coordinación para este tipo de pacientes. Durante la gestación a la paciente se le diagnóstico cervicovaginitis secundaria a *Gardnerella vaginalis* por lo cual ameritó tratamiento médico; en la literatura se cita que la incidencia de vaginosis bacteriana en población oscila entre el 10-25% existiendo una incidencia del 64% las mujeres portadoras de enfermedades de transmisión sexual. En la población del Instituto se encontró que la frecuencia de vaginosis bacteriana fue del 18% y el germen responsable encontrado con mayor frecuencia fue como en el caso, el de *Gardnerella vaginalis*. Asimismo, el 13.32% de las pacientes cursan con vulvovaginitis micótica, estos hallazgos probablemente se pueden relacionar a los hábitos higiénicos frecuentemente deficientes en la población y una posible causa puede ser la promiscuidad sexual que se ha observado en las parejas de las adolescentes embarazadas.

Se cita en múltiples publicaciones que la paciente adolescente embarazada acude tardíamente a control médico, frecuentemente por el desconocimiento de la paciente cuanto esto es debido al miedo de reconocer el embarazo ante sus familiares y su entorno, por lo cual trata de ocultar el mismo en un afán de retrasar o esquivar los problemas sociales que se avecinan. Generalmente este tipo de pacientes y su pareja no tienen un conocimiento adecuado del sistema de salud al cual pudiesen acudir en forma tardía a la Institución se suma la frecuente problemática de recordar en forma cierta la fecha de la última menstruación estos dos fenómenos son regularmente encontrados dentro de la población adolescente, donde existe una alta incidencia de embarazos de edades gestacionales inciertas debido a un desconocimiento de la última menstruación pero también a que los ciclos menstruales en estas pacientes son irregulares de tipo opsoamenorrea, debidos frecuentemente a ciclos anovulatorios originados por un eje hipotálamo-hipófisis-ovario aún inmaduro. En nuestra población el 54% de pacientes acuden durante el segundo trimestre, no obstante este fenómeno observado, el grupo poblacional de adolescentes crea una gran adhesión a la Institución que vigila su embarazo, lo cual se demuestra claramente al observar que el 35.33% de las pacientes tienen 9 o más consultas prenatales y que cerca del 82% han acudido en 4 ocasiones o más a su revisión médica, esto quizás pudiera no concordar con algunas otras publicaciones, es por eso que este evento debe ser multi e interdisciplinaria y no solo dirigida a ella y al feto si no también a su pareja y su entorno familiar.

En cada consulta debe hacerse hincapié en la necesidad de ampliar el período intergenésico, para lo cual se debe dar asesoramiento en cuanto a los métodos disponibles de planificación familiar que se pudiesen emplear en cada una de las pacientes en forma individual; no obstante las pacientes que no cuentan con una pareja estable, en múltiples ocasiones refieren que ellas no reiniciarán vida sexual y que por tanto no ameritan método alguno de control de la natalidad, ante lo cual es menester el hacerles ver las ventajas y la necesidad que si no hay una contraindicación específica, ellas deben egresar del hospital posterior a su parto con algún método, el cual deben utilizar el mayor tiempo posible y que su próxima gestación debe ser planeada; para esto se debe citar a la paciente en forma periódica y reforzar los consejos en cuanto a la planificación familiar. Al indicar qué método es el idóneo para cada paciente debemos tener en cuenta la posible alimentación neonatal al seno materno.

El método anticonceptivo más socorrido es el dispositivo intrauterino (T-Cu 380 A) el cual representa el 96.47% de los métodos utilizados, poniendo énfasis en que aunado a éste es aconsejable la utilización del condón masculino de látex, principalmente en las pacientes que no posean una pareja estable. El porcentaje de pacientes que acepta algún método de planificación familiar es del 92%; solo hay que hacer la observación que aunque el primer paso se ha dado a este respecto se deben dar los pasos siguientes que son tan importantes como el primero y son el que continúe su revisión; ya que la literatura cita que los adolescentes utilizan muy poco u ocasionalmente algún método de planificación, y que es por esto que el 50% de los embarazos en las mujeres adolescentes se dan en los 6 primeros meses de iniciada su vida sexual y que además el 30% repiten nuevo embarazo en el lapso de un año y hasta el 50% en los dos años siguientes al evento obstétrico. Este alto porcentaje de embarazos no planeados trae como consecuencia una alta fecundidad en las madres adolescentes, marcando el inicio de lo que se ha llamado "deprivación transmitida", que no es otra cosa que la pobre perspectiva social, económica y cultural que la adolescente ofrece a su hijo.

Se habla de que existen complicaciones innatas del embarazo en las mujeres adolescentes. Desde el punto de vista fisiológico esto es aceptado cuando las mujeres cursan con una adolescencia inicial (menores de 16 años), lo cual se comenta puede ser debido a la inmadurez biológica de la paciente; aunque existen estudios que sugieren que estas complicaciones podrían deberse a factores diferentes a la inmadurez *per se*. Por ejemplo la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo pudiese tener una mayor asociación a la paridad (primigesta), a un control prenatal deficiente que a la propia edad materna. La patología no infecciosa más frecuentemente observada en las pacientes, es la presencia de anemia microcítica hipocrómica que se dio en el 6.6% de las pacientes cabe mencionar la gran incidencia de deficiencia en las concentraciones séricas de ferritina observadas en este tipo de pacientes que ocurrió en el 96.5% de la población. Se cree que esto ocurre por diversos factores, quizás por malos hábitos

nutricionales y el acudir tardíamente a su control prenatal; pero llama la atención esta baja concentración de ferritina sérica a pesar de que estas pacientes en su gran mayoría no pertenecen a un nivel de pobreza importante, lo que orilla a suponer que la propia adolescente juega un papel esencial en la génesis de este tipo de anemia.

En la evolución del embarazo la paciente curso con infección de vías urinarias, lo cual es una complicación frecuente en este tipo de pacientes se encontró una incidencia del 18.66%, lo cual complica aún más el embarazo pues es bien conocida la asociación entre trabajo de parto pretérmino que se sitúa en el 4.6% otros factores que se han asociado con parto pretérmino es el desarrollo puberal en sí, además de procesos infecciosos a otros niveles como cervicovaginitis que también pueden ocasionar directamente parto pretérmino o indirectamente a través de propiciar ruptura prematura de membranas.

A pesar de tener la paciente en el caso clínico carga genética para diabetes mellitus ésta no se presentó durante el embarazo; en forma general la presencia de esta alteración metabólica es muy baja en el grupo de adolescentes embarazadas.

La paciente cursó con diagnóstico de probable retardo del crecimiento intrauterino por lo que amerita vigilancia estrecha; no obstante llegó al servicio de urgencias con trabajo de parto en fase activa y un embarazo pretérmino, sin posibilidades de realizar uteroinhibición en forma afectiva, por lo cual se deja evolucionar y se atiende nacimiento por vía vaginal. Es bien sabido que la prematuridad y el bajo peso al nacer son las dos y más serias complicaciones que se han reportado en los hijos de madres adolescentes; es así que hubo una incidencia del 13.7% de bajo peso al nacer ($< 2,500\text{g}$), a pesar de los cuidados otorgados a estas madres; existen estudios que demuestran que mujeres de 16 años o menores tienen dos veces mayor riesgo de tener hijos con bajo peso y casi tres veces más posibilidades de muerte neonatal tardía (28 días de vida), comparados con neonatos de madres de mayor edad. Esto pudiese estar dado por factores psicosociales, pero como ya se menciona puede estar influenciado por los procesos infecciosos o la inmadurez fisiológica de la madre, lo cual es controversial. Existen múltiples estudios que reportan la asociación entre un inicio temprano de vida sexual y un parto pretérmino de hecho están ligados también a consumo de tabaco, alcohol y drogas, así como a infecciones de transmisión sexual. Es también conocido que las adolescentes tienden más a un consumo alimenticio desbalanceado, lo cual cobra importancia, ya que es bien conocida la asociación que hay entre pobre ganancia de peso materno y bajo peso al nacer y todo esto puede estar agravado por la ya multicitada tendencia de la adolescente a recurrir tardíamente a su control prenatal. Otras de las complicaciones frecuentes reportadas en la literatura mundial en adolescentes embarazadas, son las cromosomopatías y las malformaciones fetales, las

cuales están ligadas a diversos factores como son tabaquismo, consumo de drogas (por la embarazada y/o su pareja) deficiente suplementación del ácido fólico. En las pacientes la frecuencia de malformaciones fue del 3.3% y la mayoría debida a defectos de cierre del tubo neural, por lo cual se sugiere en este tipo de pacientes la suplementación con ácido fólico.

La vía de nacimiento ha sido ampliamente cuestionada en este grupo de pacientes, ya que las adolescentes por cursar con un desarrollo incompleto de la pelvis ósea son más lábiles a experimentar desproporción fetopelvianas que las lleva a un mayor índice de operación cesárea; esto se a dicho que es especialmente cierto en pacientes de 16 años. El 50% de los nacimientos se llevó a cabo vía abdominal; resulta interesante el analizar este hecho, ya que las indicaciones que con mayor frecuencia se encontraron son las siguientes: en primer lugar el 26.66% fueron electivas, probablemente debidas a factores de tipo psicoemocional, seguidas por desproporción feto-pèlvica con un 20% y se cita como tercera causa a la falta de progreso en el trabajo de parto con un 16% una gran proporción de estas dos últimas indicaciones pudiesen estar influenciadas por la inmadurez anatómica y/o fisiológica de estas adolescentes (16 años y menores); en cuanto a la incidencia de baja reserva fetal, ésta fue responsable del 13.33% de las operaciones cesáreas.

Un punto importante en el manejo de la adolescente embarazada son las secuelas producidas por la gestación. Como bien se sabe toda mujer debería completar su desarrollo y crecimiento previo a embarazarse. El desarrollo psicológico (psicosocial y cognoscitivo) continúa madurando durante la adolescencia tardía y el inicio de la edad adulta. Durante esta época la adolescente desarrolla su propia identidad y comienza a separarse de la familia; el embarazo y la paternidad alteran estos procesos; dependiendo de la actitud tomada por los adolescentes dichos procesos se acelerarán o retrasarán. Así mismo pueden haber graves secuelas sobre el desarrollo físico, psicosocial y cognoscitivo, cabe destacar que poco se conoce sobre las secuelas físicas a largo plazo en estas madres adolescentes. (AHUED,2000).

5.3 REPERCUSIÓN BIOPSIICOSOCIAL

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

Por otra parte, en las sociedades urbanas las consecuencias sociales del embarazo, como la feminización de la pobreza, suelen ser graves. Es necesario destacar que la edad materna es un factor de riesgo obstétrico y postnatal menor que el factor clase social.

Dicho de otro modo, el ámbito en el que crece la adolescente tiene mayor impacto sobre su embarazo que la edad cronológica. (MADDALENO,1995)

Han transcurrido más de 30 años desde que este problema se empezó a estudiar con el objeto de encontrar las diferentes implicaciones biológicas, emocionales y sociales que convergen en él.

El embarazo indeseado en la adolescencia es un problema de carácter médico y social. En primer instancia, compromete el presente y el futuro psicosocial de la joven madre y el de su producto; después, el del padre del hijo, y finalmente, el de la familia de la joven.

En la adolescencia, el embarazo inoportuno debe entenderse como una grave consecuencia de origen multifactorial de la experiencia del ser adolescente y las circunstancias que forman el existir del adolescente en relación con la cultura y el medio social donde vive y desarrolla su crisis de identidad.

Cuando se acepta la idea de que el *embarazo en adolescentes es un problema biopsicosocial*, aparecen los excelentes trabajos sobre prevención del embarazo.

El embarazo adolescente se considera un problema social cuando interrumpe el desarrollo humano que propone como proyecto de vida la adolescencia de las sociedades urbanas. (DULANTO,2000)

5.3.1 Factores que inciden en el problema

Se habla de *Factores determinantes y predisponentes* que concurren en el problema del embarazo en adolescentes. Entenderlos es crear conciencia de la multifactorialidad de la génesis del mismo y facilitar su comprensión.

5.3.1.1 Factores determinantes

1. Tener relaciones sexuales sin haber adoptado medidas anticonceptivas adecuadas (por desconocimiento, temor a su uso, dificultad de cualquier tipo para acceder a ellas, o simplemente negación a tomar las medidas anticonceptivas por propia y consciente determinación).
2. Violación

5.3.1.2 Factores predisponentes

Esto rara vez actúan solos y si lo hacen, no tienen la fuerza de condicionamiento como para ocasionar que una persona se embarace; por lo general, actúan vinculados en forma sincrónica durante una época, pero también puede actuar unos tras los otros en forma pertinente hasta lograr condiciones en quien los sufre que faciliten el involucrarse en la problemática; estos factores se dividen en personales, familiares y sociales.

5.3.1.2.1 Factores personales

Estos factores de carácter individual inciden en ambos sexos y son los siguientes:

1. Abandono escolar
2. Autoestima baja
3. Falta de confianza en sí mismo
4. Sentimientos de abandono y desesperanza
5. Problemas emocionales, de personalidad o ambos
6. Carencia de afecto (ésta puede ocurrir con frecuencia desde etapas tempranas de la vida y se sostiene con persistencia)
7. Incapacidad para planear un proyecto de vida
8. Inicio temprano de relaciones sexuales
9. Consumo de sustancias tóxicas que causan adicción
10. Desinterés para asumir actitudes de prevención
11. Necesidad de afirmar su identidad de género

Factor individual que incide en el sexo femenino: menarquia temprana.

5.3.1.2.2 Factores familiares

Los factores familiares predisponentes inciden en ambos sexos.

1. Familia disfuncional: ausencia de figura paterna estable y modelos promiscuos de conducta
2. Hacinamiento y promiscuidad
3. Formas de vida familiar

4. Crisis existencial del núcleo familiar por problemas emocionales, económicos y sociales
5. Enfermos crónicos en la familia
6. Madre con antecedentes de embarazo adolescente
7. Antecedentes de una hermana adolescente embarazada
8. Normas en el comportamiento y actitudes sexuales de los adultos

5.3.1.2.3 Factores sociales

Estos también inciden en ambos sexos y son:

1. Abandono escolar
2. Mal o inadecuado uso del tiempo libre
3. Nuevas formas de "vida" propiciadas por la subcultura juvenil
4. Cambios sociales que dificulten la incorporación laboral
5. Ingresos temprano a la fuerza laboral
6. Cambios sociales en el concepto de estatus de la mujer
7. Condiciones socioeconómicas desfavorables a la familia
8. Marginación social
9. Mayor tolerancia del medio social a la maternidad en la soltería
10. El machismo, como un valor cultural
11. El efecto de los medios de comunicación masiva, en particular la televisión, en el modelado de la conducta sexual (tanto de adolescentes como de adultos) y transmisión de mensajes contradictorios (MADDALENO, 1995)
12. Migración reciente
13. Trabajo no calificado
14. Vivir en área rural
15. Mitos y tabúes acerca de la sexualidad

Habitualmente, las adolescentes no "planean" tener relaciones sexuales y, para no sentirse culpables, necesitan convencerse de que el coito sucedió en forma espontánea e imprevisible por la "pasión del momento".

Las adolescentes embarazadas tienen poca habilidad de planificación en general, lo que les dificulta prever las consecuencias de su comportamiento. Todas las características mencionadas, y el poco conocimiento de los métodos anticonceptivos, así como de su uso, son los determinantes que hacen que los adolescentes no se protejan adecuadamente para evitar el embarazo.

Entre los motivos mencionados más frecuentemente por las adolescentes para explicar su conducta riesgosa figuran la convicción de que "eso no me va a pasar a mí", lo inesperado del momento del coito, desconocimiento sobre métodos anticonceptivos, temor a ser criticados si usan algún método anticonceptivo, y miedo a que los padres se enteren de su intento

5.3.2 Percepción y actitudes ante embarazo precoz

Después de la Segunda Guerra Mundial comenzó un movimiento dedicado a estudiar en profundidad la vida psicológica de la mujer y, por ende, el impacto psicológico del embarazo. Es así como se desarrolló el concepto del embarazo. Las fases de la adolescencia influyen en las actitudes de las adolescentes frente al embarazo y, por tanto, el estudio de la adolescencia temprana, media y tardía ayuda a comprender el embarazo adolescente en su contexto evolutivo, como una “crisis” (en analogía con la crisis de la pubertad y la menopausia). Una crisis que se superpone a la crisis de la adolescencia. Las fases de la adolescencia influyen en las actitudes de las adolescentes frente al embarazo y, por tanto, el estudio de la adolescencia temprana, media y tardía ayuda a comprender el embarazo adolescente en su contexto evolutivo.

En la adolescencia temprana, las transformaciones biológicas y hormonales producen la primera menstruación y la capacidad de procrear. Hay un aumento consiguiente de la curiosidad y el instinto sexual que, en interacción con las pautas familiares y culturales, resulta en conflictos e interdicciones de la relación heterosexual.

Todo se acompaña de un gran interés (narcisista) por el propio cuerpo, interés asociado a menudo con el miedo al daño físico.

Durante la adolescencia media viven el fenómeno de la “pérdida de los padres como figuras omnipotentes y nutrientes” (con la consiguiente pérdida de la niñez dependiente, nutrida y protegida). Se da un período de duelo por esas pérdidas y la búsqueda de gratificación fuera de la familia de origen, en el grupo de pares y, durante la adolescencia tardía, en la intimidad heterosexual. Hay también durante esta fase un nuevo acercamiento a la familia desde una perspectiva de madurez, y el grupo de pares comienza a tener menos influencia. El embarazo es un período de crisis que abarca profundos cambios somáticos y psicosociales con un incremento de la emotividad, y la acentuación de conflictos no resueltos en etapas más tempranas del desarrollo.

En el caso particular de la adolescente embarazada, la crisis del embarazo se da simultáneamente (o poco después) que la crisis puberal. El hecho de que haya desequilibrio en un momento evolutivo favorece la intervención terapéutica. (DULANTO, 2000)

La actitud que asume la embarazada está estrechamente ligada al desarrollo psicoafectivo alcanzado hasta el momento de recibir el diagnóstico de embarazo. Esta actitud tiene que ver con el nivel socioeconómico y desde luego con la formación personal que en su familia se le ha dado.

La actitud de las jóvenes frente a su embarazo, se rescata el hecho de que esta actitud no ha de depender sólo de la edad cronológica y la subetapa de la adolescencia en que se encuentran, sino esencialmente de la madurez emocional alcanzada, y en esto cuentan además los valores relacionados con la cultura, moral y religión que estas jóvenes han internalizado.

5.3.2.1 Actitud con respecto al embarazo

En general, las jóvenes que se embarazan en la adolescencia más elevada de trastornos emocionales. En este grupo es más la negación del embarazo y de los trastornos emocionales. El foco de preocupación es el propio cuerpo y la separación de la madre. En muchas niñas menores de 15 años el embarazo precoz a menudo es la respuesta contrafóbica a la dependencia (nunca satisfecha de la madre).

Durante la adolescencia media se destaca el afianzamiento de la propia identidad, de la feminidad. Es característica la marcada competencia con la madre (por la atención o el afecto del padre), el embarazo se relaciona con la expresión de erotismo, es común una gran variación del estado anímico que oscila entre la depresión (pérdida de los padres) y el nuevo estadio de enamoramiento (basado en la atención narcisista). Durante la adolescencia media la joven está confundida: en un momento se siente aislada, no querida, rechazada, y al minuto se siente popular, dinámica y entusiasmada. Por ende, en un mismo día el embarazo puede ser visto como una amenaza peligrosa o como una condición que brinda madurez y oportunidades.

En la adolescencia tardía la joven estará absorbida por el tema de las relaciones interpersonales. El embarazo será un intento de consolidar la intimidad y de "atar al novio". Esta es la etapa de consolidación de la identidad: para algunas adolescentes esto se logra con el papel de la madurez joven.

5.3.1.3 Actitud con respecto a la experiencia del embarazo

Durante la etapa temprana la adolescente se encuentra psicológicamente atada a la madre de una manera firme. Está tan preocupada por sus propias necesidades que no es capaz de pensar en el embarazo como un hecho que va a culminar transformándola en madre. En la adolescencia media es común ver una dramatización de la experiencia corporal y emocional, la joven se siente posesiva del feto, que es experimentado como un instrumento poderoso para la afirmación de su independencia de los padres. Como la joven compite con su madre, su actitud es ambivalente; una mezcla de culpa y de orgullo. Es en la adolescencia tardía donde se ve mejor la adaptación al impacto de la realidad (las jóvenes se preocupan mucho por los temas prácticos). Es una etapa de planificación, y muchas se dedican a los placeres de la gestación (nidación).

5.3.1.4 Actitud respecto a la maternidad

En la adolescencia temprana la joven a menudo se encuentra tan ligada a su madre que hasta llega a experimentar celos con respecto a los sentimientos que su hijo podría despertar en su madre (la abuela). No tienen un concepto claro acerca del desarrollo de una vida individual. En forma bastante característica estas madres son incapaces de dibujar un bebé de aspecto realista (persistencia poderosa de la negación). El tema de la maternidad a menudo provoca reacción de depresión y aislamiento está completamente ausente de sus planes.

Durante la adolescencia media, en cambio, la mayoría de las jóvenes desarrollan fantasías ambivalentes acerca de la maternidad. Es así como por momentos idealizan el futuro (la madre perfecta que va a recibir siempre el amor del bebé) pero también se desesperan por la percepción de las responsabilidades que se avecinan.

El hombre es considerado importante, pero más bien como una esperanza en el futuro. Habitualmente es durante la adolescencia tardía cuando la adolescente desarrolla sentimientos maternales y protectores. Una actitud muy frecuente es la búsqueda de afecto y compromiso por parte del hombre, y su establecimiento como futuro compañero.

5.3.2.4 Evolución del embarazo

El curso del embarazo de la adolescente intervienen solo sus características psicológicas sino también las influencias ejercidas por la familia, la sociedad y los grupos de pertenencia. Hay una situación muy frecuente que se repite bajo las circunstancias más variadas el embarazo se produce en algún momento del conflicto dependencia / independencia frente a los padres y, por ende, crea un gran conflicto entre el deseo de ser objeto del amor materno (un ansia pasiva de recuperar a la madre de la infancia) y el de ser madre (del propio bebé y de sí misma), teniendo así la oportunidad de revivir el pasado de un modo distinto.

5.3.2 Consecuencias psicosociales

Para facilitar el estudio de las *consecuencias psicosociales del embarazo en adolescentes* se establece la siguiente clasificación arbitraria, basada en la secuencia en que se presentan durante la gestación:

1. *Inmediatas*: las que surgen en torno a la sospecha y confirmación del diagnóstico del embarazo
2. *Mediadas*: todas aquellas que aparecen durante el curso del embarazo
3. *A largo plazo*: las que se presentan después del parto y la experiencia neonatal

Estas consecuencias no ocurren necesariamente en todos los casos; tampoco es forzosa su presencia en un momento determinado, ya que pueden manifestarse en las distintas etapas propuestas. En ellas también influye el medio cultural y el nivel socioeconómico de las personas comprometidas y la aceptación o no del embarazo.

5.3.3.1 Consecuencias inmediatas

La pareja y particularmente la joven que recibe o confirma el diagnóstico de embarazo por lo general tiene un cuadro súbito de pérdida de autoestima, angustia en diferentes grados y pérdida del estatus social. En los adolescentes aparece una mezcla de diferentes sentimientos, positivos y negativos, respecto de sí mismos, a su función como pareja y hacia el hijo engendrado. En la mayoría se presentan emociones de culpa, vergüenza, devaluación y rechazo que lleva a la futura madre, o a la pareja, a la automarginación y el silencio.

El rechazo por parte del grupo de amigos proviene, más que de los propios adolescentes, de sus familias que, enteradas del embarazo, suelen emitir críticas demoledoras, juicios valorativos descalificadores sobre los jóvenes afectados e impiden hasta donde pueden que la relación de amistad continúe con la espontaneidad acostumbrada. Esta actitud de los compañeros y amigos lastima mucho a los futuros padres, por lo que se refugian en un enclaustramiento voluntario, pero que ya tiene justificación: el rechazo de los pares.

Los factores emocionales; predominan los sentimientos de angustia que conducen a la evasión y a la negación del problema, a la exaltación del pensamiento mágico; a esta actitud también sigue el enclaustramiento que coincide con la aparición de síntomas de ansiedad y posible depresión.

El deterioro emocional que sufre el adolescente ocasiona confusión y favorece la presencia de una parálisis emocional y social que le impide actuar adecuadamente. Quienes viven esta experiencia relatan que sienten y tienen la certeza de que su proyecto de vida y sus incipientes ilusiones quedan frustrados y que todo lo esperado como fruto del periodo existencial que comprende el tránsito adolescente queda suspendido o cancelado y de pronto el destino los obliga a convertirse en adultos.

El cuadro descrito lleva a los adolescentes a demorar el momento de informar del embarazo a sus familias o, inclusive, a la pareja. Lamentablemente, con esta actitud también se pierde el oportuno encuentro con la acción médica prenatal. Cuando la intervención médica se acepte el principio o durante el primer trimestre del embarazo, si la o los adolescentes persisten en la postura de no comunicar a sus familias el problema, se presentarán trastornos psicosociales en diferentes intensidades, los cuales afectarán en distintos niveles.

5.3.3.1.1 Miedo a la familia

La adolescencia gestante y su pareja temen que sus padres y hermanos adopten actitudes de rechazo, repudio, actitudes que varían entre la intolerancia y la tolerancia, múltiples condicionamientos, indiferencia y evasión, así como de agresión y expulsión. No obstante, otro grupo de familias ha mostrado comprensión, el deseo de continuar dando afecto y apoyo, y se ha brindado a compartir con responsabilidad el problema.

La “actitud de aceptar” se queda sólo en palabras dichas de mala gana, pues en la convivencia durante el embarazo, a la familia manifiesta indiferencia hacia la madre con múltiples actitudes, la llena siempre de culpa y la sobre carga de responsabilidades en el marco de un continuo hostigamiento y un clima de recriminación. Este ambiente también afecta al compañero, cuando persiste en brindar apoyo a su pareja durante el proceso de gestación. En el caso de los varones, las respuestas no suelen ser muy diferentes, si bien las familias no se sienten tan agredidas, ofendidas y responsables.

De acuerdo con la experiencia universal, si la familia como grupo tiene una actitud comprensiva o al menos se cuenta con el apoyo de algunos de los padres y hermanos como personas dispuestas a dar comprensión, afecto, apoyo y con la voluntad de ayuda para los comprometidos, el embarazo podrá progresar de manera normal y los factores psicosociales que incidan en perjuicio tendrán menor oportunidad de manifestar en plenitud.

5.3.2.2 Consecuencias mediatas

Las repercusiones psicosociales mediatas pueden presentarse incluso si se cuenta con un apoyo familiar bien establecido. Afectan fundamentalmente a la madre, aunque en alguna medida también tocan al compañero. Una vez establecido el embarazo, gran parte de lo que suceda dependerá de la conciencia social que tengan del problema y de las normas con que la comunidad no solamente los califique sino que los acepte.

Las principales consecuencias psicosociales mediatas se refieren fundamentalmente a la deserción escolar lo cual significa menos capacitación para el trabajo con la consecuencia a largo plazo de falta de oportunidades de obtener una mejor remuneración y, en concreto, el impedimento de una mejor realización social.

5.3.2.3 Consecuencias a largo plazo

Las consecuencias a largo plazo del embarazo adolescente se refieren principalmente a la vida de relación con la pareja y la familia, a las dificultades del ingreso o reingreso al campo laboral, la búsqueda de un matrimonio

estable y de un adecuado desempeño social y, finalmente pero no menos importante, la relación y atención del hijo.

En las adolescentes embarazadas, la depresión crónica que suelen sufrir por su pérdida de estatus, de la actividad social con sus pares, del alejamiento de los amigos, de las posibilidades de triunfo (al menos a corto plazo), la experiencia del parto para muchas de ellas y, más que nada, su profunda soledad y pérdida del objeto amoroso y afectivo (el compañero), se manifiestan en diversos trastornos emocionales como estados de ansiedad, graves, problemas de labilidad emocional, sentimientos de incompetencia y minusvalía, además de complejos de culpa y autodevaluación, los cuales conducen a conductas autoagresivas y destructivas y, muy ocasionalmente, al suicidio.

5.3.2 Consecuencias sociales

Las repercusiones sociales de un embarazo en la adolescencia varían de acuerdo con la cultura, la educación, el nivel escolar, el grado de desarrollo socioeconómico y las diferentes legislaciones que hay en cada país para la protección del menor.

La intensidad con que el embarazo incida en la vida de la adolescente depende de la aceptación o el rechazo que reciba, de acuerdo con la cultura y tradición del grupo social al que pertenece, de si hay o no apoyo e involucramiento familiar para la afectada. Indiscutiblemente, la familia es el factor que puede orientar el futuro en una forma positiva o permitir que éste no tenga ya sentido para la joven. Las posibilidades de éxito social de los jóvenes involucrados en el embarazo se encuentran en las conductas de protección inteligente de los padres con los hijos, así como en las actitudes de responsabilidad que les ayuden a asumir para resolver su problema con creatividad y voluntad personal, no invalidándolos.

En comunidades menos complicadas que las grandes metrópolis en que gran parte de la población habita, las madres adolescentes viven calvarios que les cobran, con creces, "la falla" de juventud, la poca comprensión que se les tiene las convierte en el chivo expiatorio de sociedades puritanas que, con base en una concepción equivocada de preceptos religiosos, constantemente la señalan y estigmatizan como ejemplo de desvergüenza y pecado y, por tanto, indignas de cualquier clase de ayuda.

En el medio marginado la embarazada tiene una aceptación social mucho más digna y humana, pues es vista y considerada con mayor respeto por el grupo que, en la mayoría de los casos, acaba por aceptar al hijo como un miembro más del clan.

Ante la comunidad masculina, por último, este percance es pasado por alto, por lo que la joven encuentra compañero y ella puede incorporarse sin problemas a su grupo. Sin embargo, las zonas marginadas también son más propicias para que las jóvenes que mantienen una conducta promiscua al final se conviertan en la “mujer fácil de la comuna”.

Las adolescentes o la pareja, que llegan al final del embarazo y el producto que logra sobrevivir, enfrentan el grave problema de la supervivencia juntos, pues por lo general se encuentran ante la inexperiencia materna que no le permite desarrollar su papel de manera adecuada. A esto se suma la soledad y la actitud de su propia familia ante el problema, como se mencionó antes, ya que, a estas alturas, el compañero generalmente ya se desentendió por completo de ella y del hijo. (DULANTO,2000)

5.4 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

5.4.1 Historia

El marco histórico permite conocer la evolución de la anticoncepción, basada en la necesidad de espaciar la reproductividad, que a pesar de no haber sobre población, las mujeres necesitaron reducir el número de hijos por la escasez de alimentos y desde épocas inmemorables buscaban la manera de no embarazarse continuamente.

En el siglo XVI a.C., en el papiro egipcio de Ebers se hace referencia al uso de tapones vaginales con fines anticonceptivos hechos con dátiles y acacias triturados, mezclados con miel y algodón. Otros tapones utilizados estaban formados por las sustancias más diversas: estiércol de elefante y cocodrilo, mercurio con plomo, diversos tipos de semillas, grasa animal, esponjas, cáscaras de limón, trapos, hojas, y una especie conteniendo goma arábiga, que por medio de fermentación producía ácido láctico, sustancia con cierto poder espermicida.

Posteriormente, en el siglo IV a.C., Hipócrates fue un precursor de los modernos dispositivos intrauterino, ya que descubrió el efecto anticonceptivo que se derivaba de la colocación de un cuerpo extraño en el interior del útero humano, con un tubo de plomo para insertar presarios u otros objetos. En la antigüedad se utilizaban pequeñas piedras o huesos que insertaban dentro del útero de los camellos hembras para que estos animales no se preñasen durante la travesía de las caravanas.

Sorano, en el siglo II a.C. fue mucho más explícito en sus descripciones anticonceptivas, detallando fórmulas y primitivos preservativos, y lo que quizás es más importante, estableciendo una clara distinción entre la contracepción y el aborto.

En Grecia y Roma se utilizaban los intestinos, vejigas o peritoneo de animales (generalmente ovejas y cochinos) como condones para evitar el paso del semen a la cavidad uterina, también se describen de seda o lino. (precisamente con este material, Falopio describe un preservativo en el siglo XVI, con la finalidad de evitar el contagio venéreo. Falopio pasó a la posteridad no por su innovación anticonceptiva profiláctica, sino por haber descrito las trompas que llevan su nombre). Así también se conocía que la lactancia materna confería cierto grado de seguridad como anticonceptivo natural

Coitus Interruptus la Biblia menciona el Pecado de Onàn, Génesis capítulo 38.9, haciendo notar que el coito interrumpido fue utilizado para evitar la concepción.

En 1872 se utilizó el caucho para la fabricación de preservativos, llegándose a producir en Gran Bretaña 1.200,000 unidades, y en 1958 en

Estados Unidos se produjeron 600 millones de condones. También comenzaron a hacerse de goma y en la primera mitad de este siglo de látex. Actualmente su utilización se difundió principalmente para evitar las enfermedades de transmisión sexual.

El nombre de "condón" proviene de un médico inglés, Condom, el cual, tras la invención del preservativo, tuvo que cambiar de nombre por imperativos sociales.

Para otros fue Condom, un médico francés, quien con su invento, intentó frenar, en el siglo XVII, la gran fecundidad de su monarca Carlos II de Francia.

En 1830 aparecieron diversos dispositivos mecánicos (presarios cervicales, endocervicales, capuchones, etc.) cuya utilización no se hallaba exenta de peligros.

El caucho continúa siendo utilizado para los métodos de barrera y en 1838 se fabrica la primera "tapa cervical" (diafragma) por un ginecólogo alemán, F.A. Wilde, pero el primer diafragma fue diseñado por el médico alemán C.Hasse quien lo describió en un artículo en 1880 bajo el seudónimo de Wilhelm P.J.Mensinga, el cual se popularizó rápidamente en Alemania y Holanda.

También en 1880 Lungren realizó el primer procedimiento de esterilización tubárico después de una operación cesárea.

Desde entonces se han descrito más de 100 técnicas diferentes de intervenciones quirúrgicas para esterilización femenina definitiva.

La vasectomía se inicia a principios de este siglo con Sharp (1930), pero no es sino hasta 1963 que Poffenberger publica 2,000 casos de vasectomías voluntarias efectuadas de 1956 a 1961, con excelentes resultados. Para 1983 se habían efectuado más de 32.931,000 vasectomías en todo el mundo.

La abstinencia de la relación sexual durante parte del ciclo menstrual ha sido practicada a través del tiempo como acto religioso, tabú o intento fortuito para evitar la concepción, sin embargo, fue sólo en 1928 que el uso del método obtuvo base científica, cuando el Dr. Knaus, en Australia, observó que la ovulación tiene una relación fija con el siguiente período menstrual que ocurre en 14 días aproximadamente antes de su comienzo. En 1930 el Dr.Kyusaku Ogino, en Japón formuló una opinión similar. Antes de ese tiempo, el conocimiento sobre el ciclo menstrual y la fertilidad era vago y con frecuencia errado, ya que se asoció la menstruación con la ovulación, considerando que el período más fértil del ciclo seguía inmediatamente después de la menstruación.

En 1909, Richard Richter fue el primero en notificar los efectos anticonceptivos del anillo intrauterino fabricado de tripa de gusano de seda. En el decenio de los 50's, Oppenheimer en Israel notificó buenos resultados. En 1929, Ernest Grafenberg fabricó un dispositivo con aleación de plata, fabricado en Alemania, con gran aceptación en ese y otros países. La utilización del cobre en este tipo de dispositivo comenzó en 1969 con Zipper, en Chile.

En el año de 1970 se inició la fabricación de DIU's medicados o bioactivos, con iones de cobre y plata, o con hormonas como la progesterona, incrementándose la eficacia anticonceptiva y reduciéndose los efectos secundarios.

La temperatura basal fue tomada en cuenta. En 1868 fue Squire quien notificó sobre el descenso de la temperatura corporal durante el período menstrual y su elevación antes de la misma. La importancia de esta elevación no fue reconocida sino hasta 1928, cuando Von de Valde la asoció con la actividad del cuerpo lúteo, pero es hasta 1947 que V.Ferin formuló la hipótesis de que esa elevación podría utilizarse para señalar el momento inoportuno para la relación sexual, con el fin de evitar el embarazo.

La historia de los anticonceptivos hormonales orales es fascinante, y gran parte de la producción de los hormonales se realizó en México, gracias a que el Químico Rusell E.Marker utilizó una planta llamada "diòscorea barbasco", que florecía en la ribera de los ríos de Orizaba y Córdoba, en Veracruz. Pero el biólogo americano Gregory Pincus (1903-1967), basado en la inhibición de la ovulación que los progestágenos producían en las conejas (hecho conocido desde 1937), presenta los primeros resultados en investigación en humanos en 1955, siempre con la utilización de dosis muy altas para nuestro concepto actual Gregory Pincus fue quien se encargó de coordinar los estudios clínicos y lograr un total de 8,133 ciclos de anovulación, con lo que la FDA de EE.UU, en 1959 otorgó la patente de ENOVID que contenía 9.85mg de noretinodrel y 0.15mg de mestranol por tableta, como agente anticonceptivo con lo que se hizo oficial el nacimiento de la "píldora".

Al principio del decenio de los 50's se desarrollaron las primeras progestinas inyectables, pero es hasta la década de los 60's que se iniciaron los ensayos clínicos con fines anticonceptivos, conocidos como los inyectables de primera generación con alta eficacia pero con algunos efectos colaterales secundarios, como el sangrado intermenstrual. Aún así, más de 600,000 mujeres en América Latina los utilizaron en la década de los 70's.

En 1995, después de una investigación de casi 20 años, aparece en México el contraceptivo inyectable de segunda generación, eficaz, de aplicación mensual, con menos efectos secundarios y menor incidencia de sangrado intermenstrual, así como temprano retorno a la fertilidad al suspender el tratamiento.

Con respecto a la anticoncepción subdèrmica (implantes), éstos fueron introducidos recientemente, sin embargo las investigaciones se iniciaron en 1969 con el desarrollo de un reservorio de silàstico que contiene un progestàgeno (levonorgestrel) para uso subdèrmico, el cual fue aprobado por la F.D.A en EE.UU. en 1984.

En la actualidad se encuentra en fase de investigación y estudio de múltiples programas de anticoncepción, tanto femeninos como masculinos, como son las vacunas, los análogos hormonales y el Gossypol, que es quizá el único anticonceptivo para uso en hombres, que inhibe la formación de espermatozoides. Sin embargo, un panorama muy interesante y grande se vislumbra para un mejor futuro de la anticoncepción hormonal en ambos sexos. (DAZZA, 2000).

La Planificación Familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos.

La calidad de servicios de planificación familiar; se define en términos de la forma en que los individuos y las parejas reciben atención por el Sistema de Planificación Familiar. Esta definición incorpora seis elementos: variedad de métodos anticonceptivos disponibles para la decisión información que se proporciona a los usuarios, mecanismos de seguimiento para favorecer la continuidad del uso de los métodos anticonceptivos y, un conjunto apropiado de servicios de salud que incluyen los de planificación familiar.

El ejercicio de este derecho es independiente del género, la edad y el estado social o legal de las personas.

5.3.2 Consejería

La consejería en Planificación Familiar debe incluir un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y los usuarios potenciales y activos, mediante el cual se brinden a los solicitantes de métodos anticonceptivos, elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la selección del método más adecuado a sus necesidades individuales y así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva. En parejas infértiles o estériles debe acompañarse de referencia oportuna a unidades médicas en caso necesario.

La consejería debe proporcionar información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas, para esclarecer las dudas que pudieran tener sobre los métodos anticonceptivos en cuanto a:

- ✖ Sus características
- ✖ Efectividad anticonceptiva
- ✖ Indicaciones
- ✖ Contraindicaciones y precauciones
- ✖ Forma de administración
- ✖ Lineamientos generales para la prescripción
- ✖ Duración de la protección anticonceptiva
- ✖ Seguridad, efectos colaterales y conducta a seguir
- ✖ Necesidad de seguimiento, evaluación y reforzamiento de la protección anticonceptiva
- ✖ Cuando proceda, información sobre el costo

La consejería debe hacer énfasis en la correlación entre los atributos y limitaciones de los métodos anticonceptivos, con las necesidades y características individuales y de pareja de los posibles aceptantes. Se debe poner especial atención en la seguridad, efectividad y duración de la protección anticonceptiva de cada uno de los métodos, así como de sus características, forma de uso, necesidades de seguimiento y participación activa y comprometida de los usuarios, para lograr la efectividad del método seleccionado.

La consejería debe dar particular atención a los siguientes grupos e individuos: a) adolescentes; b) usuarios que solicitan métodos de anticoncepción permanente; c) individuos que presentan limitaciones físicas o psíquicas que pueden afectar su capacidad de decisión, y d) en el posparto y postcesàrea cuando el recién nacido presente problemas de salud que comprometan su supervivencia.

La consejería debe ser impartida por cualesquiera de los integrantes del personal de salud que hayan recibido capacitación especial (personal médico, de enfermería, trabajo social, u otro personal paramédico, promotores de salud y agentes de salud, comunitaria).

Para realizar una labor eficaz, el consejero debe establecer un diálogo ágil con el usuario potencial, así como observar, hacer preguntas relevantes y escuchar. Asimismo, debe estar bien informado sobre todos los métodos anticonceptivos existentes, aspectos básicos de sexualidad y reproducción humana, incluyendo los lineamientos para la identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, factores de riesgo reproductivo, elementos del entorno sociocultural y familiar y saber transmitir esta información en forma clara y accesible a los usuarios, para lo cual debe auxiliarse de material educativo adecuado.

Debido a que el consejero y el usuario potencial establecen comunicación sobre cuestiones de índole personal, es importante que se preserve el carácter privado y confidencial de la consejería en planificación familiar, para que aliente al solicitante a expresar con absoluta confianza y libertad. El consejero debe imprimir carácter de respeto y privacidad en el trato al usuario, a través de su actitud y del interés mostrado al solicitante, procurando que exista un ambiente de mutua confianza, así como tomar en consideración los mitos, tabúes y creencias sobre los anticonceptivos y hacer las aclaraciones pertinentes con delicadeza y sensibilidad. (NORMA OFICIAL, 1994).

5.5 SITUACIÓN ACTUAL EN MÉXICO

A partir de la segunda mitad de la centuria, la tasa de crecimiento fue en aumento; así, en 1970 se rebasaron los 48 millones. De 1970 a 1990 hubo un incremento de 33 millones y para el período de 1990 a 1995 se sumaron 10 millones, por lo que, al finalizar el siglo, nos hemos convertido en un país con más de 91.2 millones de habitantes, de los cuales 49.2% son hombres y 50.8% mujeres; la diferencia de 1.6 puntos porcentuales representa 1.4 millones de mujeres más que hombres, siendo la cifra total de mujeres de 46.3 millones.

En lo que se refiere al problema concreto de la fecundidad en la población de mujeres adolescentes en México, el porcentaje se ha incrementado de 34% en 1987 a 37% en 1991; hablando en cifras actuales, se calcula que los nacimientos de hijos de madres adolescentes mexicanas son aproximadamente de alrededor de 450 mil al año. Si agregamos al análisis la variable de escolaridad dividiendo a las mujeres en dos grupos, las que no cuentan con una instrucción escolar y aquellas cuyo nivel de instrucción es superior a la secundaria, se observa para las primeras que 60% habían tenido un hijo antes de los 20 años, mientras que tan sólo 10% de las mujeres del segundo grupo fueron madres durante la adolescencia, lo que nos conduce a un total de 37% de mujeres mexicanas que tienen un hijo antes de los 20 años.

Al inicio de la década de los 90's en México, se reportó la existencia de 4.904,000 mujeres con un intervalo de edad de 15 a 19 años, de las cuales 511,000, es decir 10.42% tenían de uno a ocho hijos vivos. Para las adolescentes del grupo de 12 a 14 años de edad que sumaron en total 3.043,000, el 0.38% (12 mil adolescentes) tenían ya de uno a tres hijos vivos, datos que son un argumento contundente de la gravedad del problema que el embarazo adolescente representa, situación que obviamente compromete el estado emocional de la adolescente, condicionando la respuesta de enfrentamiento tanto durante la gestación como en el parto y el puerperio; además, seguramente también se verá implicada su respuesta durante la crianza con las consiguientes consecuencias negativas para el binomio madre-hijo. (VÁZQUEZ, 1995)

Especialistas indican que es urgente tomar medidas , ya que cada año se registran en el país 450mil embarazos en mujeres menores de 20 años, lo que equivale a 16.1% de los nacimientos, y de cada 100 mujeres de 15 a 19 años, 10 tienen un aborto, generalmente practicado en condiciones inadecuadas, causando sangrado e infecciones que pueden producirles la muerte. (OJANGUREN, 2003).

El estado de Veracruz registra 30 por ciento de embarazos de adolescentes, entre ellas niñas de 12 y 13 años, informó hoy el doctor Francisco Medina Amador, director del Hospital General Yanga, que atiende a la población abierta de 28 municipios de la zona centro de Veracruz.

En el 2002, en el Hospital General de Yanga se registraron dos mil 399 eventos ginecológicos de los cuales 719, que equivalen al 30 por ciento, fueron de adolescentes. Datos de la Institución revelaron que se reportaron embarazos de niñas de 12 y 13 años.

Pese a las acciones de la Secretaría de Salud del Estado de Veracruz, dentro del programa de atención a los adolescentes, anualmente el número de jovencitas de entre 14 y 19 años que se embarazan va en aumento, de acuerdo a información del sector salud del estado.

El doctor Francisco Medina Amador, director del Hospital, reconoció la necesidad de una mayor difusión de los programas de planificación familiar entre las adolescentes, ya que cada vez son más los embarazos en jovencitas tanto de la zona rural como urbana.

Agregó que una vez que las madres adolescentes tienen a su bebé se les invita a utilizar algún método de planificación familiar. Algunas aceptan, otras aseguran que se cuidarán y mencionan que lo harán más adelante, otras en cambio deciden por la toma de pastillas o el Dispositivo Intrauterino (DIU).

Según cifras oficiales señalan que en el primer mes del 2003, dicha institución registró 188 partos, de los cuales 56 fueron de menores de edad lo que representa un riesgo para la salud de la madre y el bebé.

El 20 por ciento de los embarazos registrados en el sureño estado de Michoacán corresponden a adolescentes, informó el director del Hospital de la Mujer dependiente de la Secretaría de Salud del estado.

Para José Inés Tapia, la falta de educación sexual y la falta de información sobre métodos anticonceptivos son las principales causas de los embarazos de adolescentes, que muchas veces ponen en riesgo a las madres, dijo.

El experto agregó que la mayoría de las mujeres que acuden a los centros de salud en el estado tienen entre 17 y 19 años de edad y presentan su segundo o tercer embarazo.

En tanto la coordinadora de Derechos Sexuales y Reproductivos (Ddeser), en Michoacán, Anitzel Ramos Velásquez, recalcó que más de mil mujeres mueren al año en México por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto; en la entidad cerca de 35 de ellas fallecen por esta causa anualmente.

Ramos Velásquez mencionó que las principales causas de muerte materna, son la preeclampsia (presión arterial alta), hemorragias, infecciones y abortos provocados, dado que se realizan de manera clandestina, sin condiciones mínimas que garanticen la seguridad de las mujeres.

En México en general y en Michoacán, los embarazos a edades tempranas, especialmente antes de los 18 años de edad, ponen en riesgo la salud de la madre y de los recién nacidos, cuyo peligro de enfermar es mayor respecto a los hijos de madres mayores de 20 años de edad en las mismas condiciones sociales.

La incidencia de embarazos no deseados entre adolescentes sin seguridad social es mayor, en particular en menores de 18 años.

La maternidad temprana también está relacionada con la baja escolaridad; se ha argumentado que el embarazo en la etapa escolar las hace proclives a abandonar la escuela, aunque también se ha demostrado que es el abandono de la escuela por situaciones económicas lo que condiciona la maternidad precoz.

El dato no deja lugar a dudas: hacia finales del siglo XX alrededor del 80 por ciento de los nacimientos originados en madres adolescentes ocurrió en los llamados países en desarrollo. Tienen una gran influencia en esta alta tasa de fertilidad las condiciones económicas y sociales en las que viven los jóvenes (mujeres y hombres) de nuestras naciones.

La pobreza y la educación insuficiente se unen a los factores relativos al campo de la salud. La mala alimentación de la madre, cuando no la desnutrición, repercute negativamente en el estado en que las criaturas nacen, y a la vez tiene consecuencias nocivas en las condiciones de la madre joven. En México correspondió a madres menores de 19 años, mientras que en Mauritania la tasa fue considerablemente mayor: 300 de cada mil casos. Japón, en cambio, tuvo sólo un promedio de cuatro embarazos adolescentes entre mil casos. (OTERO, 2004).

Aún no cumplen la mayoría de edad y en poco tiempo serán madres sin planearlo. Es probable que la noticia cause miedo y angustia: la mayoría no cuenta con apoyo económico y moral de las familias.

En México, el embarazo no deseado en jóvenes es un fenómeno de repercusión nacional, con mayor incidencia en Oaxaca, Puebla y Estado de México. (RUEDA, 2003).

Tan sólo en el Estado de México, especialmente en los municipios metropolitanos hay cerca de 4 millones de mujeres en edad fértil, esto es de entre 15 y 49 años, según datos del Consejo Estatal de Población, organismo gubernamental que reconoce un alto porcentaje de niñas y adolescentes que enfrentan un embarazo desde los 11 años.

El 91% de las adolescentes del Estado de México, según datos de la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica; no uso ningún método anticonceptivo, lo cual representa un alto riesgo no sólo para quedar embarazadas, sino para contraer SIDA. (JIMÉNEZ, 2003).

6. METODOLOGÍA

El presente estudio se inició en el mes de Febrero se terminó en el mes de Septiembre del 2004.

El interés por dicho estudio surge a raíz de los altos índices de embarazos en las adolescentes; aunque existen estudios sobre este tópico estos solo mencionan sobre las cifras y consecuencias, pero muy pocos mencionan el modo de pensar de los y las adolescentes antes de que se encuentren ante dicha situación; por tal motivo se elaboró un protocolo de investigación en el cual se incluyen los puntos que dieron pauta para la elaboración de esta tesis.

Posteriormente se solicitó autorización a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia para la continuación de la investigación

En dicha investigación se llevó a cabo una recopilación de información bibliográfica en los diferentes medios con los que se cuenta como son: Internet, libros y artículos de donde se obtuvo la base de información para la formación y estructuración del Marco Teórico así como del instrumento de trabajo, el cual está constituido por los siguientes apartados:

En el apartado I, está constituido por la ficha de identificación la cual tiene los siguientes datos: sexo, religión, año escolar, edad, turno, promedio, estado civil, ocupación y domicilio .

El apartado II, está relacionado con los aspectos sociodemográficos el cual contiene 5 preguntas.

El apartado III, contiene los aspectos ginecobiológicos en los cuales se incluyen preguntas sobre la vida sexual de los adolescentes y jóvenes, embarazo en la adolescencia y sus consecuencias, planificación familiar, razones para tener relaciones coitales, actitud que tomarían si se encontrarán embarazadas o la pareja estuviera embarazada en el caso de los adolescentes este apartado se compone de 26 preguntas.

Y en el apartado IV, se constituye por los aspectos de actitud ante la presencia de un embarazo no planeado y está compuesto por 13 preguntas en total son 44 preguntas de opción múltiple.

Posteriormente se realizó una prueba piloto a los adolescentes y jóvenes de la Escuela Nacional Preparatoria No. 4 "Vidal Castañeda y Nájera" Turno Matutino, para realizar las correcciones necesarias al instrumento de trabajo.

Se solicitó autorización a los directivos de la Escuela Nacional Preparatoria No.4 para la aplicación del instrumento antes descrito, el cual fue aplicado el día 17 de agosto de 2004

Terminada la recopilación de datos, se realizó una base de datos, ocupando el programa SPSS Versión 9, el cual se utiliza para realizar análisis estadísticos, para confeccionar informes y tablas numéricas realizando posteriormente un análisis de las frecuencias y porcentajes con las que se registran cuantos sujetos en la muestra respondieron a las diferentes opciones o categorías de las variables del estudio, obtenidos de la ficha de identificación.

Para el resto de las preguntas se utilizó la correlación de Pearson cuya función es determinar si existe una relación lineal entre dos variables a nivel intervalar y que esta relación no sea debida al azar (que la relación sea estadísticamente significativa).

La prueba de Pearson en el programa estadístico SPSS, se presenta una matriz correlación, en esta se tienen todas las variables incluidas en el análisis en los reglones y se repiten en las columnas, en el lugar en que se cruza cada par de variables se tiene el coeficiente de Pearson y el nivel de significancia obtenido, además del número de casos, como puede verse en la tabla de resultados, esta organización nos presenta información redundante (la correlación entre la pareja de variables siempre se repite dos veces, se pueden tomar los resultados de cualquiera de las dos). La regla de decisión es: si el nivel de significancia es menor o igual a 0.05, se rechaza la hipótesis nula.

Finalmente se realizó la comprobación de la hipótesis. Y se elaboraron conclusiones las cuales pueden ser verificadas en la tabla de correlación y las sugerencias.

6.1 Tipo de diseño

∞ Tipo de Investigación

Descriptiva, pues se enfoca a personas, grupo o cosa, se conduce o funciona en el presente y se interesa en describir: en esta investigación se estudio a la población adolescente y joven.

∞ Tipo de Estudio

Exploratorio, pues se realiza con miras a consecución de datos fieles y seguros para la sistematización de estudios futuros

6.2 Población

∞ Universo

Población estudiantil de adolescentes y jóvenes de la Escuela Nacional Preparatoria de la Universidad Nacional Autónoma de México

∞ Población

Población estudiantil de Adolescentes y Jóvenes de la Escuela Nacional Preparatoria No.4 "Vidal Castañeda y Nàjera" Turno Matutino

∞ Muestra

Integrada por adolescentes y jóvenes de 5º año de 15 a 20 años de edad, mujeres no embarazadas y embarazadas.

6.2.1 Tamaño de la Muestra

Integrada por 96 adolescentes y jóvenes; hombres y mujeres

6.2.2 Forma de asignación de estudios

Aleatoria (El elemento más común para obtener una muestra representativa es la selección al azar es decir que cada uno de los individuos de una población tiene la misma posibilidad de ser elegido).

6.3 Criterios de Selección

∞ Criterios de Inclusión

Participarán estudiantes de la Escuela Nacional Preparatoria No.4 Hombres y Mujeres de 15 a 20 años del Turno Matutino
Mujeres embarazadas y no embarazadas

∞ Criterios de Exclusión

Estudiantes que no pertenezcan a la Escuela Nacional Preparatoria No.4 Hombres y Mujeres menores de 15 años y mayores de 20 años

∞ Criterios de Eliminación

No se tomarán en cuenta a los estudiantes que no les interese participar Alumnos que estén dados de baja.

6.4 Variables

Por el planteamiento de la hipótesis anterior la presente investigación para titulación se enfocó al estudio de las siguientes variables:

Variable independiente

Actitud

Variable dependiente

Es de indiferencia o interés ante un embarazo no planeado.

6.5 Indicadores

- Derechos sexuales y reproductivos
- Embarazo adolescente
- Repercusión biopsicosocial
- Planificación Familiar
- Situación en México

6.6 Técnica de recolección de datos

6.6.1 Observación

6.6.2 Entrevista

6.7 Procesamiento de datos

La recolección de datos se realizó de la siguiente manera: se realizó la recolección en la cual se definió a la población de interés y se realizó la selección de una muestra, se obtuvieron los datos, se codificaron (asignación de valores a las respuestas), se capturaron y se verificaron, se realizó un recuento es decir se organizaron y ordenaron los datos obtenidos de la muestra y se hizo un análisis donde se utilizaron las pruebas estadísticas y en la interpretación se rechazó la hipótesis nula.

6.8 Recursos

6.8.1 Recursos Humanos

Investigadora asesora
María Paloma Rivera Vega

Director de la Investigación
PMASE. Raúl Rutilo Gómez López

6.8.2 Recursos Materiales

Material de oficina, computadora, impresora, disquetes

6.8.3 Recursos Financieros

Parte de ellos están dados por la ENEO-UNAM (apoyo académico-administrativo) y lo restante será dado por la investigadora.

7. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

ACTITUD ANTE LA PRESENCIA DE UN EMBARAZO NO PLANEADO EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE Y JOVEN

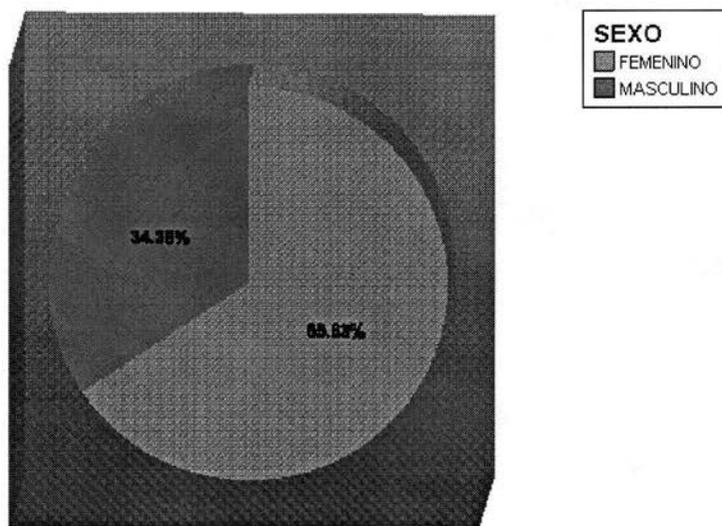
Cuadro No.1 Sexo de los y las adolescentes y jóvenes encuestados

SEXO

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Válidos	FEMENINO	63	65.6
	MASCULINO	33	34.4
	Total	96	100.0

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A 96 ADOLESCENTES Y JOVENES DE LA ESCUELA NACIONAL PREPARATORIA No. 4 "Vidal Castañeda y Nájera", TURNO MATUTINO.

Gráfica No.1 Sexo



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A 96 ADOLESCENTES Y JOVENES DE LA ESCUELA NACIONAL PREPARATORIA No. 4 "Vidal Castañeda y Nájera" TURNO MATUTINO

La muestra se compone de 96 sujetos de estudio de los cuales el 63% son mujeres y el 33% restante son hombres

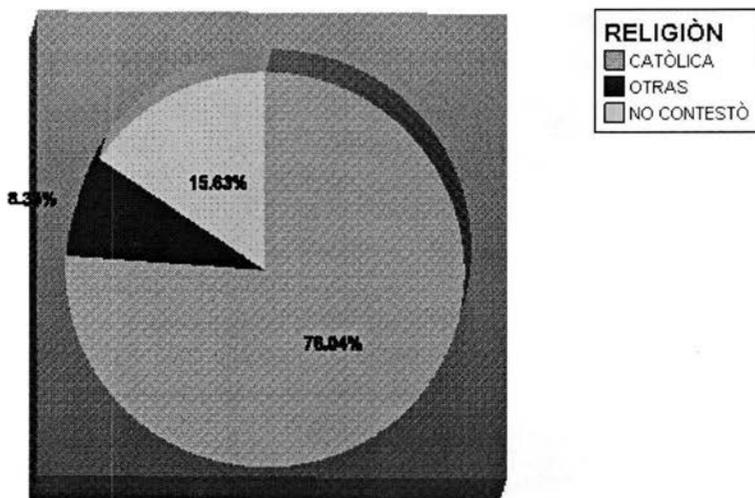
Cuadro No. 2 Religión que profesan los y las adolescente y jóvenes encuestados

RELIGIÒN

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Válidos	CATÒLICA	73	76.0
	OTRAS	8	8.3
	NO CONTESTÒ	15	15.6
	Total	96	100.0

FUENTE: MISMA CUADRO ANTERIOR

Gràfica No. 2 Religión



FUENTE: MISMA GRÀFICA ANTERIOR

Con respecto a la religión el 76% profesa la religión catòlica, el 8% otra religión como: judaismo, mormonismo, raeleanismo y cristianismo y el 15% no contestò

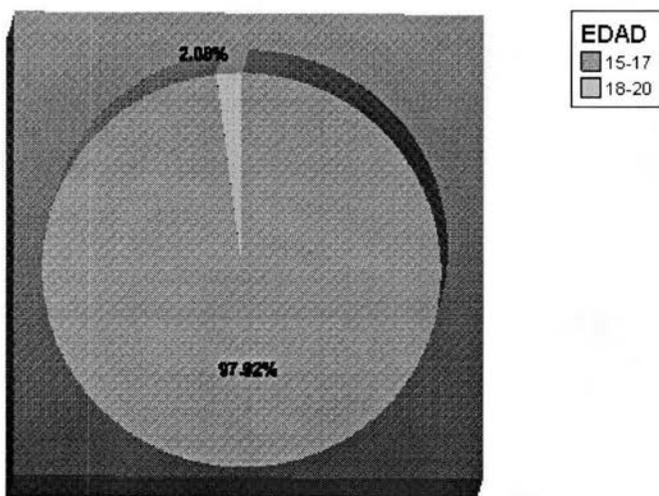
Cuadro No. 3 Edad de los y las adolescentes y jóvenes encuestados

EDAD

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Válidos	15-17	94	97.9
	18-20	2	2.1
	Total	96	100.0

FUENTE: MISMA CUADRO ANTERIOR

Gráfica No. 3 Edad



FUENTE: MISMA GRÁFICA ANTERIOR

EL 97% de los encuestados se encuentra entre el rango manejado de los 15 a los 17 años y el 2% entre los 18 a los 20 años

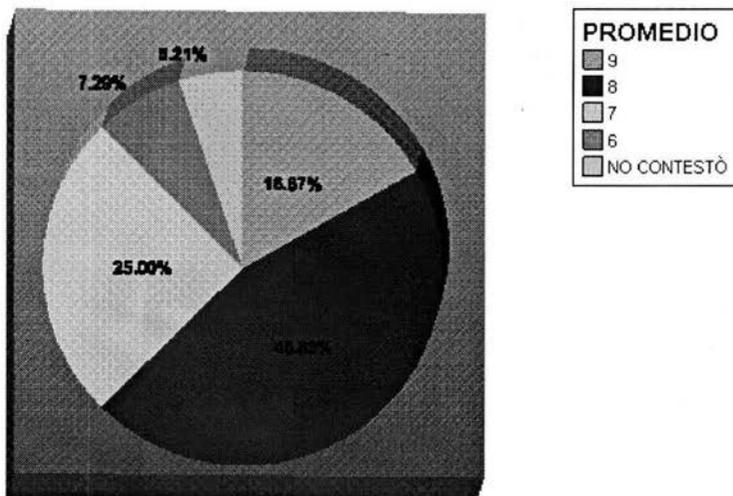
Cuadro No. 4 Promedio del año escolar 2003-2004 de los y las adolescentes y jóvenes encuestados

PROMEDIO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Válidos	96	100.0
	8	8.33%
	7	7.29%
	6	6.25%
	5	5.21%
NO CONTESTÓ	5	5.21%
Total	96	100.0

FUENTE: MISMA CUADRO ANTERIOR

Gráfica No. 4 Promedio



FUENTE: MISMA GRÁFICA ANTERIOR

El promedio de los y las adolescentes y jóvenes que participaron en la investigación es el siguiente: 16% 9, 44% 8, 24% 7, 7% 6 y el 5% no contestó

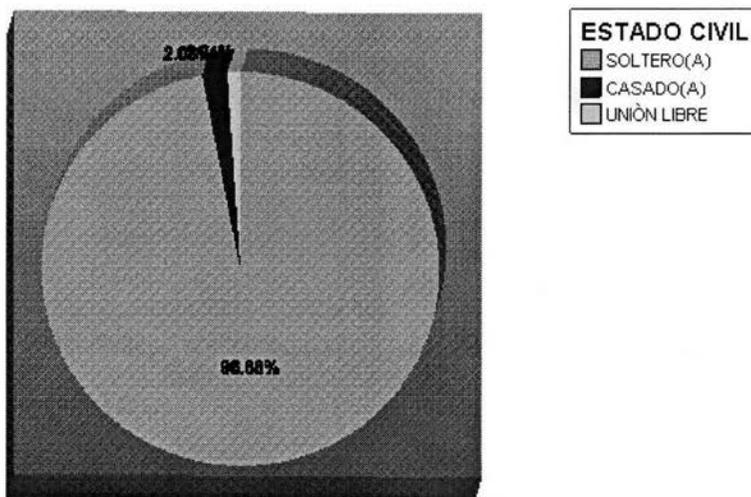
Cuadro No. 5 Estado civil de los y las adolescentes y jóvenes encuestados

ESTADO CIVIL

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Válidos	SOLTERO(A)	93	96.9
	CASADO(A)	2	2.1
	UNIÓN LIBRE	1	1.0
	Total	96	100.0

FUENTE: MISMA CUADRO ANTERIOR

GRÁFICA No. 5 ESTADO CIVIL



FUENTE: MISMA GRÁFICA ANTERIOR

El 93% de los encuestados(as) son solteros(as), 2% casados y el 1% vive en unión libre

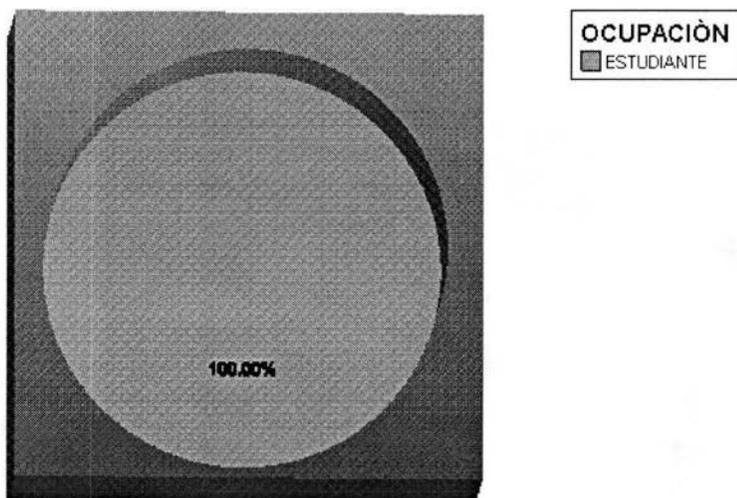
Cuadro No. 6 Ocupación de los y las adolescentes y jóvenes encuestados

OCUPACIÓN

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Válidos	ESTUDIANTE	96	100.0

FUENTE: MISMA CUADRO ANTERIOR

Gràfica No. 6 Ocupaciòn



FUENTE: MISMA GRÀFICA ANTERIOR

**El 100% de la poblaciòn encuestada no tiene alguna ocupaciòn extra
todos(as) son estudiantes**

Descripción de la tabla

Correlación de Pearson moderada (.777) en relación a las consecuencias del embarazo en la adolescencia con una significancia alta (.000), con las consecuencias que trae consigo el embarazo en la adolescencia tiene una correlación.

Correlación de Pearson moderada (.780) en relación a las consecuencias que trae consigo el embarazo en la adolescencia con una significancia alta (.000), con las consecuencias que se pueden presentar en el producto tiene correlación.

Correlación de Pearson moderada (.640) en relación a escuchado, leído o informado sobre Planificación Familiar con una significancia alta (.000), con la relación a los medios de donde se obtuvo información sobre Planificación Familiar tiene correlación.

Correlación de Pearson moderada (.727) en relación con la calificación a la información sobre Planificación Familiar recibida con una significancia alta (.000), con escuchado, leído o informado sobre Planificación Familiar tiene correlación.

Correlación de Pearson moderada (.705) en relación a las consecuencias que conocen que se pueden presentar en el producto con una significancia (.000), con las consecuencias en la madre adolescente tiene correlación.

Correlación de Pearson moderada (.734) en relación a los medios donde se obtuvo información sobre Planificación Familiar con una significancia (.000), con la calificación a la información sobre Planificación Familiar recibida tiene correlación.

Correlación de Pearson moderada (.703) en relación a las gestas con una significancia (.000), con semanas de gestación actual tiene correlación

Resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos; la actitud que presentan frecuentemente los y las adolescentes depende mucho del núcleo familiar, en el cual debe existir la confianza y el respeto suficiente en los integrantes.

Muchas veces la opinión de los amigos influye en la toma de decisiones sin en cambio la indiferencia juega un papel muy importante, como se describió en la tabla de correlación hay mucha relación en la información sobre las consecuencias del embarazo y sobre planificación familiar que tienen los adolescentes y jóvenes pero con respecto a la hipótesis de trabajo la indiferencia predomina pues al conocer tal situación la pareja cambia su actitud, pues lo que era una posibilidad de sentirse adulto y de llamar la

atención principalmente de los amigos se convierte en una situación que simplemente no tenía porque haber pasado por lo tanto se nulifica la hipótesis nula y se aprueba la hipótesis de trabajo. (ver tabla de correlación de Person p.48).

8. CONCLUSIONES

Autosuficiencia, autoestima, asertividad, responsabilidad, comunicación familiar, información y afecto son las características que todo adolescente debe tener para evitar un embarazo no planeado y para sentirse satisfecho de sí mismo. (Ver tabla de correlación de Pearson en la p. 48).

La adolescencia es una etapa en la cual hay una serie de cambios muy importantes anteriormente mencionados; y en la cual hablar sobre un embarazo en esta etapa resulta algo muy delicado, una situación; la cual requiere de mucha responsabilidad.

Generación tras generación la manera de pensar es diferente; pero centrándonos en el tiempo actual y en el tópico que estamos manejando, la actitud de los adolescentes es de indiferencia; lo negativo a esta situación es el modo de pensar, este cambia según la situación que se esta viviendo; años atrás el tener relaciones coitales era considerado algo malo, sin embargo en esta época para los y las adolescentes es algo normal, es decir para ellos al ver a una adolescente embarazada es algo natural, pues no es discriminada y mucho menos señalada y si pertenece a un grupo de amigos muchos menos.

9. PROPUESTAS

El embarazo en la adolescencia es y seguirá un problema que cada vez ira creciendo si no se implementan programas de prevención en los cuales la información que se maneje sea confiable y el personal brinde la confianza suficiente para que los y las adolescentes manifiesten sus dudas y que estos programas se implementados en las instituciones educativas donde la población estudiantil sea principalmente adolescentes y jóvenes, que sea un servicio obligatorio y constante, y sea implementado no solo en zonas urbanas, sino que también se tomen en cuenta las zonas rurales; las cuales son más vulnerables en este tipo de situaciones y tomando en cuenta siempre las necesidades de los y las adolescentes.

Brindar capacitación al personal de salud para un mejor trato a los y las adolescentes para que brinden todo el apoyo con respecto a la información y a la accesibilidad a los métodos anticonceptivos y el respeto a sus derechos sexuales y reproductivos principalmente el derecho a la intimidad.

Formar grupos de adolescentes a los cuales se les de capacitación sobre los temas más comunes e importantes sobre salud sexual y reproductiva para que ellos mismos informen y orienten a otros adolescentes mediante consejería y pláticas informativas, realizando esta actividad en las zonas donde hay poco personal de salud.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AHUED Ahued, José Roberto (2000), "Embarazo en adolescentes", En: Obstetricia y Ginecología Aplicadas, DF.; México: Edit. JGHEditores
- BEHRMAN, Richard (1996), "Problemas relacionados con la sexualidad (embarazo). En: Compendio de Pediatría, DF.; México: Edit:McGrawHill Interamericana
- BURROWS, Raquel (1994), "Variables psicosociales y familiares asociadas en el embarazo de adolescentes". En. Revista Médica de Chile, Chile: Edit: Universitaria (5) Vol.122
- CARSIE, Hammonds (1979), "Desarrollo de las actitudes", En: El proceso enseñanza-aprendizaje, D.F., México: Edit: Trillas
- CUELI, José (1995), "Teorías conductuales", En: Teorías de Personalidad, DF.; México: Edit: Trillas
- DAZZA, Daniel y CELIS, Cuauhtémoc (2000), "Planificación Familiar, historia". En: I Curso de Anticoncepción para el Farmacéutico, DF, México: Edit: Shering,
- DULANTO Gutiérrez, Enrique (2000), "Consecuencias psicosociales del embarazo en adolescentes solteras". En: El adolescente, DF., México: Edit Mc Graw Hill Interamericana,
- JIMÉNEZ, Rebeca (2003), "Enfrentan embarazos 100mil adolescentes" En: El Universal Gráfico, DF.; México (25,795),.
- MADDALENO, Matilde (1995), "El embarazo en la adolescencia" En: La salud del adolescente y del joven; Washington DC.; Estados Unidos de Norteamérica; Edit: OPS.Publicación científica No.552,
- MENDEZ Ribas, José María (1997) "Embarazo no deseado en adolescentes: aspectos médicos y psicosociales". En: Obstetricia y Ginecología latinoamericana, Argentina(2) Vol.54.
- MORRIS, Charles (1994), "Actitudes" En: Psicología, Un nuevo enfoque; DF.; México, Edit: Prentice Hispanoamericana,
- OJANGUREN, Silvia(2003) "Jóvenes aman sin control" En. El Universal Gráfico, DF; México(25,889),

- OTERO Flores, José Braulio (2004), "Prevención del Embarazo en adolescentes"
En: *Atu salud*, México(3), PEREZ Fernández, Celia (1998), "Los compañeros y el embarazo adolescente". En: *Antología de la Sexualidad Humana III*, DF.; México. Edit: Porrúa.
- ROMERO, María Inés (1994), "Embarazo, Parto y Recién nacido en Madres adolescentes"
En: *Revista Chilena de Pediatría*, Chile: Edit: Universitaria (2) Vol.54
- RODRIGUEZ, Gabriela (1998), "Embarazo en la adolescencia",
En: *Hablemos de sexualidad con la gente joven*; DF.; México.
Edit: Mexfam,
- RUEDA, Carmen Nayeli (2003), "Madres, antes de tiempo"
En *El Universal Gráfico*, DF.; México (25,838)
- Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar, *Diario Oficial de la Federación*, México DF., Mayo 30,1994.
- VAZQUEZ Benítez, Efraín (1999), "Entorno psicológico de la adolescente embarazada". En: *Medicina Preventiva*, DF.; México: Edit: JGH Editores,
- WHITTAKER, James (1994), "Medición de actitudes"
En: *Psicología*; DF.; México: Edit. Mc Graw Hill Interamericana,

Internet:

- " Embarazo", [http://mi embarazo.el/cambios-fisicos3.html](http://mi%20embarazo.el/cambios-fisicos3.html), 05-agosto-2004.

ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, ENSEÑANZA Y COMUNICACIÓN EN SALUD
REPRODUCTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Como pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en la Unidad de Investigación, Enseñanza y Comunicación en Salud Reproductiva, el embarazo en adolescentes es un problema que cada vez aumenta; pero nunca se pregunta que es lo que piensan los y las adolescentes ante esta situación, lo que lleva a realizar la siguiente investigación: "Actitud ante la presencia de un embarazo no planeado en la población adolescente y joven de la Escuela Nacional Preparatoria No. 4 "Vidal Castañeda y Nájera" Turno Matutino". Lo cual servirá para recibir el título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia y obtener datos con los que se puedan planear estrategias para disminuir el índice de embarazos en adolescentes.

Por lo antes mencionado solicito su apoyo para recabar dichos datos sobre el tema con lo que se podrá continuar con la investigación y además serán utilizados anónimamente y de manera confidencial. Por lo que te pido contestar en forma verídica y completa el presente cuestionario.

Firma de autorización

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, ENSEÑANZA Y COMUNICACIÓN
EN SALUD REPRODUCTIVA**

INVESTIGACIÓN: "ACTITUD ANTE LA PRESENCIA DE UN EMBARAZO NO PLANEADO EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE Y JOVEN DE LA ESCUELA NACIONAL PREPARATORIA No.4 "Vidal Castañeda yNàjera" TURNO MATUTINO".

INSTRUCCIONES: Marca con una X la respuesta que creas correcta, según tu opinión.

I. FICHA DE IDENTIFICACION

Sexo _____ Religión _____ Año escolar _____

Edad _____ Turno _____ Promedio _____

Estado civil _____ Ocupación _____

Domicilio _____

II. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICO

1. ¿Actualmente con quièn vives?

A) Con mis padres _____ B) Con mis padres y hermanos _____

B) Con mi madre _____ D) Con mi padre _____

E) Otro _____ Especifica _____

2. ¿De quièn dependes económicamente?

A) De mi madre _____ B) De mi padre _____ C) De ambos _____

C) De mis hermanos _____ E) Otro _____ Especifica _____

3. ¿ Tienes otros estudios técnicos, secretariales o de otro tipo?

A) Si _____ ¿cuáles? _____ B) No _____

4. ¿Cuál es la escolaridad de los integrantes de tu familia?

A) Primaria _____ B) Secundaria _____ C) Bachillerato _____

D) Licenciatura _____ E) Carrera técnica _____

E) Otro _____ Especifica _____

5. ¿En qué trabaja quien sostiene a tu familia?

III. ASPECTOS GINECOBSTETRICOS

1. Gestas _____ Partos _____ Abortos _____ Cesáreas _____

2. Semanas de Gestación actual _____

3. ¿Alguna vez haz tenido relaciones sexuales(coitales)?

A) Si _____ B) No _____

4. ¿Alguna vez tus padres te han hablado sobre las consecuencias de tener relaciones coitales sin protección? (Si tu respuesta es NO pasa a la pregunta 6)
- A) Si _____ B) No _____
5. ¿De qué consecuencias te han hablado?
- A) Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) _____
 B) Embarazo _____ C) Otras _____ Especifica _____
6. ¿Haz escuchado, leído o te han informado sobre Planificación Familiar? (Si tu respuesta es NO pasa a la pregunta 9).
- A) Si _____ B) No _____
7. ¿A través de qué medio te haz informado sobre Planificación Familiar?
- A) Televisión y radio _____ B) Libros y revistas _____
 C) Internet _____ D) Con mis maestros _____
 D) Con mis familiares _____
8. ¿Cómo calificarías la información sobre Planificación Familiar que haz recibido?
- A) Muy buena _____ B) Buena _____ C) Regular _____
 E) Mala _____ E) Muy mala _____
9. ¿Cuáles son las razones que llevan a los o las adolescentes a tener relaciones coitales en esta etapa de la vida?
- A) Curiosidad _____ B) Sentir rico _____
 B) Influencia de los amigos _____ D) Tener un bebe _____
 F) Otro _____ ¿Cuál? _____
10. ¿Sabes qué es un embarazo en la adolescencia?
- A) Tener un bebé sin planearlo _____
 B) Es el embarazo de 19 años o menos _____
 C) Es cuando falla un método anticonceptivo _____
 D) Es una responsabilidad a temprana edad _____
 E) Es algo que no puede pasar en esta etapa de la vida _____
 F) Es fuente de un desequilibrio emocional en las mujeres _____
 G) Es la consecuencia de no utilizar algún método anticonceptivo _____
11. ¿En dónde haz escuchado hablar sobre embarazo en la adolescencia?
- A) Televisión y radio _____ B) Libros y revistas _____
 C) Internet _____ D) con mis maestros _____
 D) Con mis familiares _____

12. ¿Conoces las consecuencias que trae consigo el embarazo en la adolescencia? Si tu respuesta es NO pasa a la pregunta 15).
- A) Si _____ B) No _____
13. ¿Qué consecuencias del embarazo en la adolescencia en la madre conoces?
- A) Presión alta _____ B) Anemia grave _____ C) Toxemia _____
D) otras _____ Especifica _____
14. ¿Qué consecuencias conoces que se pueden presentar en el producto (bebé)?
- A) Bajo peso y talla _____ B) Retraso del crecimiento intrauterino _____ C) Riesgo de muerte neonatal _____
D) Falta de atención de los padres hacia el bebé _____
E) Otras _____ Especifica _____
15. Si eres mujer, ¿Qué harías si te encontraras ante un Embarazo no Planeado?
- A) Se lo diría a mis padres _____ B) Me casaría _____
C) Le diría a mi novio para que me ayude _____
D) Abortaría _____ E) Lo daría en adopción _____
F) Otro _____ Especifica _____
16. Si eres hombre, ¿Qué harías si tu pareja estuviera embarazada?
- A) Me casaría con ella _____ B) No me casaría _____
C) Le diría que abortaría _____ D) Le dejaría toda la Responsabilidad _____
E) Otro _____ Especifica _____
17. ¿Qué crees que pueda hacer una pareja para evitar el embarazo?
- A) Usar algún método anticonceptivo _____
B) No tener relaciones sexuales _____
C) No sé _____ D) Otro _____ Especifica _____
18. ¿A qué se debe que haya embarazos en la adolescencia?
- A) Falta de información _____
B) A la poca accesibilidad de los métodos Anticonceptivos _____
C) A la influencia de los medios de comunicación _____
D) Como opción para escapar de los problemas Familiares _____
E) Otro _____ Especifica _____
19. ¿Crees que es importante la educación sexual?
- A) Si _____ B) No _____

20. ¿En donde se debe de obtener información sobre educación sexual?
A) Casa ___ B) Escuela ___ C) Servicios de salud ___
D) Medios de comunicación ___
E) Otro ___ Especifica _____
21. ¿Por que las adolescentes cuando están embarazadas deciden ocultarlo?
A) Por miedo ___ B) Por vergüenza ___
C) Para evitar problemas ___
E) Otro ___ Especifica _____
22. ¿El ser asertivo podría disminuir el Índice de Embarazos no Planeados?
A) Si ___ B) No ___
23. ¿Cómo reaccionarían tus padres ante la noticia de un Embarazo no Planeado?
A) Me apoyarían ___ B) No me apoyarían ___
C) Me obligarían a casarme ___
D) Me dejarían con toda la responsabilidad ___
E) Otro ___ Especifica _____
24. ¿Crees que si en la familia hubo un embarazo no planeado ya sea madre, hermana u otro familiar muy cercano influye en que la adolescente se embaraze?
A) Si ___ Especifica _____

B) No ___ Especifica _____
-
25. ¿Es verdad que los adolescentes muestra cierta indiferencia ante un Embarazo no Planeado?
A) Si ___ B) No ___
26. De las siguientes opciones, ¿Cuál crees que pueden ser factores desencadenantes de un Embarazo en la adolescencia?
A) Miedo a la soledad ___
B) Posibilidad de sentirse adulto ___
C) Carencia de afecto y autoestima ___
D) Rebeldía contra los padres ___
E) Búsqueda de independencia ___
F) Otro ___ Especifica _____

IV. ASPECTOS DE ACTITUD ANTE LA PRESENCIA DE UN EMBARAZO NO PLANEADO.

Coloca una X de acuerdo a la conducta que observas tú ante la presencia de un Embarazo no planeado de una adolescente.

- 1. ¿Por qué el sentimiento de culpa es la principal razón para evitar tener un bebé?**
A) Por vergüenza ____ B) Por irresponsable ____
C) Por dejarse llevar por el momento ____
D) Por no tener información ____
E) Otro ____ Especifica _____
- 2. ¿La opinión del grupo de amigos influye en la toma de decisiones de la adolescente embarazada?**
A) Sí ____ B) No ____
- 3. ¿De qué manera afecta en su autoestima un embarazo no planeado a una adolescente?**
A) Mucho ____ B) Poco ____ C) Regular ____ D) No afecta ____
- 4. ¿Por qué se cree que no hay solución ante este problema?**
A) Por falta de información ____ B) Por falta de apoyo ____
C) Por falta de apoyo económico ____
D) Porque se sienten incapaces de cuidar un bebé ____
- 5. ¿Por qué los adolescentes se sienten vulnerables ante un embarazo?**
A) Por inseguros ____ B) Por inmaduros ____
C) Porque no saben lo que quieren ____
D) Otro ____ Especifica _____
- 6. ¿El embarazo en la adolescencia puede ser una razón para llamar la atención ya sea de los padres como de la gente que los rodea?**
A) Sí ____ B) No ____
- 7. ¿Por qué el adolescente al enterarse que su pareja está embarazada hay un cambio en su actitud?**
A) Porque no se esperaba esta situación ____
B) Para evadir la responsabilidad ____
C) No le interesa ____
D) Otro ____ Especifica _____
- 8. ¿La agresión ayuda al estado emocional de la adolescente embarazada?**
A) Sí ____ B) No ____

9. ¿El aislamiento puede ayudar durante el embarazo de la adolescente?
A) Si ___ B) No _
10. ¿Cómo consideras un embarazo no planeado?
A) Como castigo ___ B) Falta de responsabilidad ___
C) Culpa ___ D) Sufrimiento ___
E) Crueldad del destino ___ F) El fin de la vida ___
11. ¿La educación que se les da a los adolescentes influye en la actitud ante un embarazo no planeado?
A) Si ___ B) No ___
12. ¿Cómo te describirías como madre o padre adolescente?
A) Agresiva(o) ___ B) Cariñosa(o) ___
C) Indiferente ___ D) Responsable ___
E) Otro ___ Especifica _____
13. ¿De qué modo ayudarías para que disminuya el índice de embarazos en la adolescencia?
A) Darías pláticas informativas ___
B) Pediría información ___
C) Otro ___ Especifica _____

**GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN,
TU APOYO SERA DE GRAN IMPORTANCIA
EN LA REALIZACIÓN DE ESTA
INVESTIGACIÓN.**