



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARÍA DE SALUD

CENTRO AVANZADO DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD
TAMULTE DELICIAS, VILLAHERMOSA, TABASCO

**CARACTERIZACION DEL EMBARAZO PRECOZ, CENTRO
AVANZADO DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD
TAMULTE DELICIAS.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. Melton Oropeza Domínguez



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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


**“CARACTERIZACIÓN DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES
EN UN CENTRO AVANZADO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA
SALUD”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

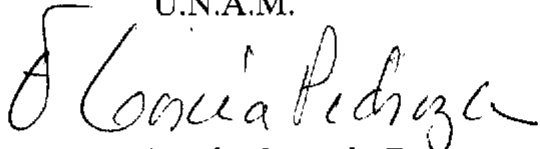
PRESENTA:

DR. MELTON OROPEZA DOMÍNGUEZ

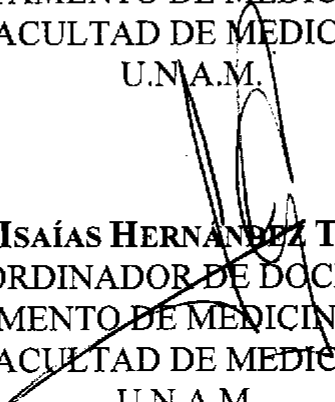
AUTORIZACIONES



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**CARACTERIZACION DEL EMBARAZO PRECOZ, CENTRO AVANZADO DE
ATENCION PRIMARIA A LA SALUD TAMULTE DELICIAS.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. MELTON OROPEZA DOMINGUEZ.

A U T O R I Z A C I O N E S :

ASESORES:



Dra. Alma Delia de la Cruz de la Cruz

Profesor titular del curso de especialización en medicina familiar
Para médicos generales en el Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud
Tamulte Delicias



Dra. Regina Auria López Pérez

Asesor metodológico de tesis
Maestría en ciencias en salud poblacional



Dra. Alma Delia de la Cruz de la Cruz

Asesor del tema de tesis
Profesor titular del curso de especialización en medicina familiar



TÍTULO

**CARACTERIZACION DEL EMBARAZO PRECOZ,
CENTRO AVANZADO DE ATENCION PRIMARIA A
LA SALUD TAMULTE DELICIAS.**

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a dios sobre todas las cosas, el darme salud entendimiento y nobleza para ser mejor cada día.

A mi padre y a mi madre por darme el ser que hoy soy, por su infinito amor que sienten hacia mí y por todo el buen ejemplo que siempre he recibido de ellos.

A mis hermanos: Enrique, Miriam, Carlyle por sus buenos ejemplos y enseñanzas que cada uno en sus diferentes vidas me han dado como hermano menor; Y a mi hermana Silvia que aunque no esta con nosotros siempre la recuerdo con mucho amor.

A Yessica, mi novia y prometida gracias por ese gran amor, respeto y comprensión que siempre me has dado desde nuestro inicio.

A Bety mi cuñada, por darme la oportunidad que hoy tengo de ser mejor en mi vida profesional y humana, mil gracias...

PENSAMIENTOS

Al Dr. Fonseca y su esposa Dra. Rosario, por sus conocimientos otorgados, su disponibilidad y sobre todo por su amistad, hoy soy mejor que ayer, muchas gracias...

A la Dra. Alma Delia por ser siempre tan comprensiva y por dar lo mejor de si para nuestra formación profesional, muchas gracias...

A la Dra. Regina, Mil gracias por sus grandes enseñanzas sobre Metodología y por todo su valioso tiempo empleado para ello.

Al Dr. Carlos Ortiz y al Dr. Andrés García, muchas gracias por ese gran compañerismo y amistad que siempre ha existido entre nosotros, siempre les recordare con cariño.

INDICE

CAPITULO	TEMAS	PAG.
1	ANTECEDENTES.....	1
2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
3	JUSTIFICACION.....	7
4	OBJETIVO GENERAL.....	8
5	OBJETIVO ESPECIFICO.....	8
6	METODOLOGIA.....	8
7	VARIABLES.....	12
8	RESULTADOS.....	16
9	DISCUSION.....	29
10	CONCLUSION.....	30
11	RECOMENDACIONES.....	31
12	BIBLIOGRAFIA.....	32
13	ANEXOS.....	36

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es sin lugar a duda la etapa más complicada para el ser humano, esto quizás se debe a que es el momento en el que la niñez y la adultez se enfrentan por el dominio de la persona; resulta complicada también por la dependencia de los padres y a la vez cierta rebeldía hacia ellos, conviven con la todavía fuerte necesidad de juego y la capacidad de procrear, tal vez de ahí surge la confusión, las relaciones sexuales son divertidas, pero no son un juego. Es ahí donde surge una intensa búsqueda de las primeras experiencias sexuales, por tal motivo la educación sexual se convierte en una necesidad absolutamente imprescindible para evitar embarazos y/o enfermedades de transmisión sexual.

El verdadero problema de esta situación es que las niñas-mujeres y los niños-hombres adquieren primero la capacidad de procrear y luego alcanzan su madurez. A pesar de esto me resulta curioso pensar o especular que muchos adultos presentan gran estado de inmadurez, pero se supone que ya son capaces de criar a sus niños, pero solo en el ámbito económico y material más sin embargo no el ámbito educativo y moral. “Adolece”, definición de adolescente quiere decir, que no presenta un estado ideal, o lo que es lo mismo carece de madurez. Por lo tanto un embarazo en esta etapa no es lo ideal.

ANTECEDENTES:

Los adolescentes conforman una parte importante dentro de la población mundial y representan entre 20 y 25 % del número poblacional global.¹

Actualmente el embarazo en adolescentes representa poco más 10% de todos los nacimientos en el mundo. En México, un promedio de 400,000 nacimientos anuales, que representan 20% del total de embarazos, provienen de madres que no han cumplido 20 años de edad.

En México al igual que en casi todos los países en vías de desarrollo, la mortalidad materna continúa siendo un problema importante. Estadísticas oficiales señalan que en 1990 hubo una tasa de 5.4 muertes por cada 100,000 nacimientos. En otras palabras, por cada 10,000 niños que nacieron, cinco de sus madres murieron.^{2,17}

A si mismo en la Gaceta médica de México se publicó que durante el año 2000 ocurrieron en el país cerca de 366 mil nacimientos de madres de 15 a 19 años, lo que representa el 17 % del total de nacimientos y una tasa específica de fecundidad de 70.1 por mil mujeres de ese grupo de edad. Los últimos seis años el número de nacimientos se redujo en poco mas de 10%, la prevención del embarazo no planeado en las adolescentes continua siendo un desafío prioritario en salud reproductiva. ³

Desde el punto de vista psicosocial, lo que caracteriza a la adolescencia es la transformación profunda de la personalidad y los sentimientos de angustia y soledad.

Los trastornos emocionales más frecuentes son el ánimo depresivo, pensamiento de contenido depresivo y la ansiedad, que de no ser identificados y atendidos oportunamente, son causas de conductas psicológicas con consecuencias irreversibles.² Por otra parte las complicaciones, como la hipertensión durante el embarazo, la anemia, el aborto, el parto pretermino y las distocias maternas fetales son complicaciones que se presentan con mayor frecuencia en madres adolescentes, tomando en cuenta que en nuestro país la cuarta parte de las mujeres en edad reproductiva son adolescentes. ⁴

Así lo demuestran diversos estudios en México, como lo menciona Janeth Mosquera en 232 jóvenes adolescentes estudiados el 21.6% mencionó haber tenido relaciones sexuales alguna vez y el promedio de edad de inicio de sus relaciones sexuales fue de 14.2 años. ⁵

En otro estudio 220 adolescentes entre 13 y 19 años de edad del estado de Morelos México, el 22.73% declararon que su embarazo no fue deseado, siendo que el 91.3% enuncio la píldora anticonceptiva entre los métodos que conocía, un 84.72% conocía el DIU y 63.68% el condón. ⁶

Por otra parte un estudio realizado en Colombia mostró que 44.5% de las mujeres entre 20 y 24 años informaron haber tenido la primera relación sexual antes de los 18 años. El inicio cada vez más temprano de relaciones sexuales aumenta los riesgos de embarazo temprano e involuntario, la transmisión de enfermedades sexuales y abortos, 10% de todos los embarazos en el mundo ocurren en mujeres adolescentes.⁵ El aborto inducido es también una importante causa de muerte materna por una mala atención, en efecto, cuando un aborto se realiza en condiciones inseguras y la mujer con complicaciones no tiene acceso a atención oportuna y de buena calidad, el riesgo de morir es muy alto, así lo menciona. ⁷

Así mismo lo demuestra un estudio realizado en Cuba con 150 embarazadas adolescentes, el mayor porcentaje (43.3%) de estas dijeron haber tenido su primer relación sexual entre los 14 y 15 años de edad. ⁸

Comúnmente, las instituciones de salud visualizan la problemática de la adolescente embarazada desde el punto de vista clínico – biológico, dejando a un lado los aspectos de la dinámica familiar. Estos tienden a ser más difíciles de manejar, ya que existen desde mucho tiempo antes del embarazo de la adolescente, agudizándose durante ese periodo, otros estudios presentan al machismo como un elemento que impide el desarrollo profesional y personal de las mujeres determinando la violencia de géneros. ^{9, 27}

La violencia y los abusos asociados con el embarazo puede ser en distintos niveles, a nivel individual existen evidencia de que uno de los resultados del abuso durante la niñez es la tendencia a que, mas adelante en su vida, la mujer, victima participe en comportamientos arriesgados que puedan afectar su uso de métodos anticonceptivos. A nivel interpersonal, el temor de ser maltratadas por sus parejas que se oponen a limitar el número de hijos, también pueden impedir que la mujer use anticonceptivos.

El embarazo en si también puede ser un factor que precipite violencia por parte de las parejas de algunas mujeres así lo demuestra la Organización Panamericana de la Salud al mencionar que de cada 10 embarazadas una recibe maltrato físico²⁹ Otras sufren violencia psicológica como castigo por haber quedado embarazadas, especialmente si el embarazo ocurre fuera del matrimonio o en alguna madre soltera incluso agredir hasta llegar a propiciar la muerte como consecuencia de violencia. Esta se ve mas marcada cuando uno de los padres es alcohólico siendo el padre el principal victimario^{23, 25, 26} Así lo demuestran diversos estudios que revelan que en los hogares de embarazadas había ocurrido por lo menos una vez violencia en el orden de la Psicológica, física y por ultimo sexual. ^{10, 11, 12, 13, 14, 15, 30}

La ONU define ala violencia como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer²⁴ En una encuesta en Estados Unidos de tres años de duración en la cual participaron 4008 mujeres se revelaron 34 casos de embarazos relacionados con la violación, de estas el 48% quedaron embarazadas entre las edades 12 a 17 años. ^{15, 28}

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus limites entre los 10 y 20 años.

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es en muchos aspectos un caso especial.

En el año 2003 en el mundo había 1060 millones de adolescentes y en México 50.1 millones en la edad comprendida entre los 15 a 24 años. Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

1. – Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2. – Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadores de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda. Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

1– Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.

2. – Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse.

1.1 Factores Predisponentes:

1. – Menarca Temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.

2. – Inicio Precoz De Relaciones Sexuales: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

3. – Familia Disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

4. – Mayor Tolerancia Del Medio A La Maternidad Adolescente Y / O Sola

5. – Bajo Nivel Educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

6. – Migraciones Recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

7. – Pensamientos Mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

8. – Fantasías De Esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

9. – Falta O Distorsión De La Información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

10. – Controversias Entre Su Sistema De Valores Y El De Sus Padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

11. - Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.

12. - Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

1.2 Factores determinantes

1. – Relaciones Sin Anticoncepción
2. – Abuso Sexual
3. – Violación
4. – Entorno familiar Disfunción

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia constituye la transición hacia la vida adulta y el ser mujer implica algunas peculiaridades de asignación sociocultural, sin embargo cuando el embarazo se presenta en etapas muy tempranas menores de 16 años, aun cuando los cambios biológicos se manifiestan los caracteres sexuales secundarios y se agrega un embarazo, las condiciones maternas se complican, además de la inmadurez de la nueva madre ante su producto de la concepción, es valiosa la atención médica familiar, para brindar un abordaje completo, identificar su funcionalidad familiar y si existen antecedentes de violencia o maltrato.

La población adolescente en México, representa un quinto de la población en el país ¹⁶ Por lo tanto, consideramos que es importante plantearse esta pregunta de investigación.

¿Cuales son los factores que intervienen en un embarazo precoz en el Centro avanzado de atención primaria a la Salud (CAAPS) Tamúlte Delicias y Microrred No.2 Municipio del Centro Tabasco?

3.- JUSTIFICACIÓN.

Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda.

En nuestro país no es esa la tendencia, con una mayoría importante de madres solteras, en la que prevalece la "unión estable", aunque la incidencia del aborto en las adolescentes no ofrezca credibilidad razonable por el importante subregistro que podría llegar a un aborto registrado por otro no registrado.

Ya se dijo que la proporción de jóvenes que han iniciado relaciones sexuales va en aumento y que la edad de inicio está disminuyendo, pero la capacidad para evitar el embarazo no acompaña a este comportamiento.

Conociendo esta problemática de salud, es necesario saber como están las adolescentes embarazadas de 10 a 16 años de edad que acuden a este CAAPS Tamulté Delicias Micro red 02, Centro Tabasco consideramos que es factible realizar esta investigación porque somos un primer nivel de atención a la salud, y con esto contribuiremos a tomar medidas disciplinarias educativas a estos grupos más vulnerables.

4.- OBJETIVO GENERAL.

➤ Determinar los factores sociodemográficos, antecedentes ginecoobstetricos, violencia familiar y entorno familiar que intervienen en un embarazo precoz, en el CAAPS Tamulté Delicias y Microrred No.2 Municipio del Centro Tabasco.

5.- OBJETIVO ESPECIFICO

➤ Identificar los factores sociodemográficos, los antecedentes ginecoobstetricos y violencia intrafamiliar

➤ Examinar entorno familiar

6.- METODOLOGÍA

6.1 Tipo de Estudio.:

Es un estudio de tipo descriptivo, observacional.

6.2 Universo de estudio:

Total de embarazadas en Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud Tamulté Delicias y Micro Red 02 igual a 609. Y del grupo de adolescentes menores de 16 años es de 72 embarazadas, durante el año 2005.

Muestra: de forma convencional se estudiaron el 60% del universo, en total fueron 45 embarazadas adolescentes.

Muestreo: se realizó de forma convencional, probabilística de acuerdo al censo nominal de embarazadas 2005, se visitaron las comunidades para localizarlas.

6.3. Criterios de Inclusión.

- Pacientes embarazadas igual o menores de 16 años
- Reciben atención CAAPS Tamulté Delicias Micro Red 02, Jurisdicción 04, Centro Tabasco.
- Que acudan a la consulta externa en el periodo comprendido de Enero a junio del 2006.
- Que deseen participar.

6.4 Criterios de Exclusión.

- Embarazadas mayores de 16 años.
- Que no deseen participar
- No pertenecer al sector.

6.5 Operalización de las variables

VARIABLE	DESCRIPCION	TIPO DE VARIABLE	RANGOS
EDAD	AÑOS DE VIDA	CUANTITATIVA	10-12 13-14 15 16
RELIGION	FE QUE PROFESAN	CUALITATIVA	CATOLICA TESTIGO DE JEHOVA ADVENTISTA EVANGELICA
NIVEL EDUCATIVO	AÑO ESCOLAR ACTUAL	CUALITATIVA	ANALFABETA PRIMARIA SECUNDARIA
ESTADO CIVIL	CONDICION SOCIAL LEGAL	CUALITATIVA	SOLTERA CASADA UNION LIBRE DIVORCIADA
SEGURIDAD SOCIAL	INSTITUCION MEDICA AFILIADA	CUALITATIVA	SEGURO POPULAR ,SSA, OPORTUNIDADE S IMSS, PEMEX, ISSET, ISSSTE, OTROS
MENARQUIA	EDAD DE INICIO DEL CICLO MENSTRUAL	CUANTITATIVO	9,10,11,12,13,14,15 AÑOS
INICIO DE VIDA SEXUAL	EDAD DE INICIO SEXUAL	CUANTITATIVO	9,10,11,12,13,14,15 AÑOS

GESTACION	NUMERO DE EMBARAZOS	CUANTITATIVO	1,2,3, O MAS
PAREJAS SEXUALES	NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	CUANTITATIVO	1.2,3,4, O MAS
ABORTOS	EMBARAZO PERDIDOS DE MENOS DE 20 SEMANAS DE GESTACION	CUANTITATIVO	1.2,3,4, O MAS
PLAN FAMILIAR	METODO ANTICONCEPTIVO	CUALITATIVO	TEMPORALES DEFINITIVOS
FAMILIA	NUCLEO FUNDAMENTAL DE TODA SOCIEDAD	CUALITATIVO	FUNCIONAL NO FUNCIONAL
MALTRATO FAMILIAR SE SIENTE HUMILLADA O MENOSPREGIADA	PERCEPCION DE LA MUJER HACIA LA VIOLENCIA INTRAFAMILIA	CUALITATIVA	NUNCA ALGUNA VEZ POCAS VECES SIEMPRE
VIOLACION	ES LA ACTIVIDAD SEXUAL FORZADA CON UNA PERSONA QUE NO HA DADO SU CONSENTIMIENTO.	CUALITATIVA	SI NO

7.- VARIABLES

a) dependientes

- Embarazadas menores de 10 a 16 años,

b) independiente

Factores predisponentes:

- antecedentes familiares
- antecedentes ginecoobstétricos
- sociodemográfico.

c) Factores determinantes:

- Violación
- Abuso sexual.
- Relaciones sexuales sin método anticonceptivo

7.1 Sistema de captación de la información.

Para poder obtener la información referente al estudio, se utilizará una entrevista estructurada, encaminado a la identificación de la percepción de la funcionalidad familiar y las características sociodemográficas de la adolescentes, y además identificar antecedentes ginecoobstetricos, violencia intrafamiliar, las variables fueron: edad, escolaridad, nivel educativo, estado civil, seguridad social, menarquia, inició de la vida sexual activa, número de gestación, parejas sexuales, partos, aborto, plan familiar, percepción de la funcionalidad familiar, Maltrato familiar y violación.

7.2 Medición de las variables:

Las variables se midieron de la siguiente forma en las variables cuantitativas se tomaron medidas de tendencia central, y para las variables cualitativas se tomaron medidas porcentuales.

La captación y el análisis de los datos obtenidos, se hicieron de forma automatizada, a través de computadora, Windows y Excel, se realizaron tablas y gráficos estadísticos.

7.3 Diseño de intervención

La entrevista estructurada se realizó durante la atención médica familiar en las adolescentes embarazadas por el investigador directamente en un ambiente de confianza y discreción, mediante escala de Lickert para la percepción personal de la funcionalidad familiar o APGAR Familiar, con categorías que van de 0 igual a nunca 1 siempre y 2 casi siempre, aplicadas personalmente, previa prueba piloto.

A través de un instrumento APGAR familiar, que permite identificar la forma en que el paciente visualiza la funcionalidad de su propia familia y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar; en comparación con otras escalas similares presenta la gran ventaja de su reducido número de ítem y facilidad de aplicación y se encuentra validada en nuestro medio por Bellon y Cols.¹⁸

La adaptabilidad o apoyo y solidaridad, dentro del contexto familiar, es la capacidad de utilizar los recursos intra y extrafamiliares para resolver situaciones de crisis como: ¿Esta usted satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica? O me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/ o necesidad.

Participación o compañerismo: se refiere a la capacidad de compartir los problemas y de comunicación para la toma de decisiones por ejemplo: ¿le satisface la

manera o interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?

Crecimiento (gradiente de crecimiento) o ganancia: es la capacidad de cursar

Las etapas del ciclo vital familiar en forma madura permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia. Es algo así como ¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida? O se satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.

Afecto: Capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y demostrar distintas emociones, tanto de bienestar como de emergencia como ¿esta satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sea de bienestar o malestar? O me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.

Resolución o recursos (compartir tiempo y recursos) se define como la capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos especiales, y materiales de cada miembro de la familia como ¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos? O me satisface como compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa, el dinero.¹⁹

El cuestionario auto administrado de sólo cinco preguntas cerradas con el que puede obtenerse de forma rápida y sencilla una evaluación de la función familiar. Cada pregunta se puntúa de 0 a 2 sobre una escala de Likert, obteniéndose en total un índice entre 0 y 10. Se acepta que puntuaciones iguales o superiores a 7 corresponden a familias normofuncionales, entre 4 y 6 indican disfunciones familiares leves y de 3 o menos, disfunciones familiares graves.

Es importante recordar que este cuestionario no evalúa realmente la función familiar, sino el grado de satisfacción que tiene el encuestado con respecto al funcionamiento de su familia, es decir, su percepción personal. En Atención Primaria, en la que la presentación habitual de las disfunciones es a través de síntomas

individuales, esto no constituye un inconveniente. El APGAR familiar sirve para poner al médico sobre la pista de una posible disfunción familiar, no para diagnosticarla. 20

Además el instrumento de trabajo se recabaron datos, de las variables a estudiar, sociodemográficos (edad, nivel educativo, estado civil, seguridad social) antecedentes ginecoobstétricos (menarquia, Inicio de vida sexual activa, numero de parejas sexuales, uso de plan familiar, gestaciones, abortos, partos, FUP). Así como también los factores determinantes: abuso sexual, violencia intrafamiliar, uso de anticonceptivos. A las embarazadas de 10 a 16 años de edad que reciben atención medica en el CAAPS Tamulté Delicias Micro Red 2, en el periodo comprendido de Enero a junio 2006.

7.4 Consideraciones éticas.

El presente estudio se realizo con el interese científico de aportar nuevos conocimientos sobre uno de los problemas prioritarios de salud de trascendencia que además fuera de interés par a las autoridades sanitarias.

Para cumplir con los principios éticos en materia de investigación, el estudio se llevo acabo según reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, articulo 17, párrafo 1 y articulo 23 del capitulo 1 de los aspectos éticos de la investigación con seres humanos, con fecha 7 de febrero de 1984 y los resultados permanecerán bajo resguardo y protegidas de usos inadecuados.

Se le explicó al usuario previamente en forma verbal el propósito de dicho estudio e informándole que su aportación no representa ningún riesgo para la integridad física y moral de las personas que decidan participar y los resultados permanecerán bajo resguardo para el investigador y protegidas de usos inadecuados. Se solicita también la autorización por parte de la directora de la unidad médica del CAAPS Tamulté Delicias Micro Red 2.

8.- RESULTADOS

Se trata de un estudio de tipo descriptivo, en el Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud, Tamulté Delicias, Micro Red 2, en gestantes adolescentes, según censo nominal general de embarazadas, reporte de mayo 2005, se encontró de 609, y las adolescentes embarazadas menores de 16 años fueron 45 casos, los cuales son el universo estudiado durante los meses de enero a junio del presente año. Según la distribución por residencia pertenece al área rural un 67 %, la edad comprendieron de 12 años un 4% un 7 % de 14 años.

CUADRO 1

Distribución de embarazo precoz, según residencia		
Localidad	No.	%
Rural	30	67
Urbana	15	33
Total	45	100

Fuente: Encuesta de embarazo precoz

CUADRO 2

Distribución de embarazo precoz, según edad		
Edad	No.	%
12	2	4
13	0	-
14	3	7
15	11	24
16	29	65
Total	45	100

Fuente: Encuesta de embarazo precoz

Se encontró que el grupo en estudio su estado civil, corresponde a más de la mitad en soltería, un 24% estaban en unión libre.

CUADRO 3

Distribución de embarazo precoz, según estado civil		
	No.	%
Soltera	27	60
Unión libre	11	24
Casada	7	16
Total	45	100

Encuesta de embarazo precoz.

Fuente:

La religión que profesaban este grupo de adolescentes gestantes eran católicas en un 84%, según el nivel educativo se pudo observar que más de la mitad estaba cursando los estudios de secundaria y los estudios de primaria un 33%.

CUADRO 4

Distribución de embarazo precoz según religión		
Religión	No.	%
Católica	38	84
Evangélica	4	9
Ninguna	3	7
Total	45	100

Fuente: Encuesta de embarazo precoz

CUADRO 5

Distribución de embarazo precoz, según nivel educativo		
Estudios	No.	%
Primaria	15	33
Secundaria	30	67
Total	45	100

Fuente: Encuesta de embarazo precoz

En lo que respecta al servicio médico al que pertenecen encontramos que más de la mitad del grupo en estudio estaban afiliadas al Seguro Popular y Oportunidades correspondía 9%.

CUADRO 6

Distribución de embarazo precoz, según derechohabiencia		
Institución:	No.	%
IMSS	2	4
Seguro popular	28	62
Oportunidades	4	9
Otro	11	25
Total	45	100

Fuente: Encuesta de embarazo precoz

En el grupo en estudio la menarquia se presentó en menores de doce años en un 22.5%, y casi la mitad de las adolescentes gestantes a los doce años, el inicio de la vida sexual activa correspondió en un 2% en menor e igual a los 12 años respectivamente, el 9% fue para la edad de 13 años y además las tres cuartas parte del inicio de la actividad sexual correspondió para las edades entre 14 a 15 años y el 9% para las de 16 años.

CUADRO 7

Primera menstruación		
Años	No.	%
<12	10	22.5
12	22	49
13	10	22.5
14	2	4
15	1	2
Total	45	100

Fuente: encuesta de embarazo precoz

CUADRO 8

Relación sexual		
Años	No.	%
<12	1	2
12	1	2
13	4	9
14	17	38
15	18	40
16	4	9
Total	45	100

Fuente: encuesta de embarazo precoz

De acuerdo a los antecedentes ginecoobstétricos pudimos observar que en casi su totalidad de las adolescentes embarazadas, correspondió a su primera gestación, sin embargo un 4% su segunda y el 2% a su tercera gestación.

CUADRO 9

Número de embarazos		
Gestaciones	No.	%
1	42	94
2	2	4
3	1	2
Total	45	100

Fuente: Encuesta de embarazo precoz

Otro punto a considerar fue la presencia de abortos como antecedentes en un 4% para una ocasión y un 2% en más de un aborto.

CUADRO 10

Número de abortos		
Abortos	No.	%
0	42	94
1	2	4
2	1	2
Total	45	100

Fuente: Encuesta de embarazo precoz

Las adolescentes embarazadas estudiadas pudimos observar que el número de parejas sexuales única fue de un 83% y dos parejas presentaban un 13% y para el número de 3 o más el 2% respectivamente.

CUADRO 11

Parejas Sexuales		
	No.	%
1	37	83
2	6	13
3	1	2
3 y más	1	2
Total	45	100

Fuente: encuesta de embarazo precoz

El uso de método de plan familiar utilizado por el grupo en estudio encontramos que el 17% utilizó en algún momento condón, sin embargo un 83% no utilizó ningún método.

CUADRO 12

Plan Familiar		
Utilización PF	No.	%
si	8	17
no	37	83
Total	45	100

Fuente: Encuesta embarazo precoz

En lo que respecta violencia intrafamiliar, buscando en el grupo de embarazado precoz si eran capaz de rechazar prácticas sexuales forzadas el 2% respondió alguna vez. Si ellas piensan que la mujer debe aguantar golpes el 2% respondió afirmativamente.

CUADRO 13

Violencia Intrafamiliar		
Rechaza practicas sexuales forzadas	No.	%
siempre	44	98
alguna vez	1	2
Total	45	100

Fuente: encuesta de embarazo precoz

CUADRO 14

Piensa que la mujer debe soportar golpes		
	No.	%
Nunca	44	98
Alguna vez	1	2

Fuente: encuesta de embarazo precoz

De acuerdo a la pregunta de que si el embarazo actual fue planeado o deseado su respuesta fue negativa en casi más de las tres cuartas partes del grupo en estudio.

CUADRO 15

Embarazo planeado		
	No.	%
Si	10	22
No	35	78
Total	45	100

Fuente: encuesta de embarazo precoz

El 35% respondió que en alguna vez, pocas ocasiones o siempre se han sentido humillada o menospreciadas por su pareja o familia. Un dato importante encontrado el grupo de estudio es el relacionado con el abuso sexual, se encontró que el 9% en alguna vez sufrió abuso, sexual, y el 7% de ellas su embarazo actual es producto de una violación.

CUADRO 16

Se siente humillada o menospreciada		
Categoría	No.	%
nunca	29	65
alguna vez	13	29
pocas veces	2	4
siempre	1	2
Total	45	100

Fuente: encuesta de embarazo precoz

CUADRO 17

Ha sufrido abuso sexual		
	No.	%
Nunca	41	91
Alguna vez	4	9
_Total	45	100

Fuente: Encuesta de embarazo precoz.

CUADRO 18

El embarazo actual es producto de una violación		
	No.	%
Si	3	7
No	42	93
Total	45	100

Fuente: Encuesta de embarazo precoz

La disfuncionalidad familiar reflejadas en las adolescentes embarazadas mediante el instrumento Apgar, se encontró que un 7% de ellas fueron disfunción severa, disfunción leve el 22% y normo funcional un 71%.

CUADRO 19

Apgar familiar		
	No.	%
Disfunción severa	3	7
Disfunción leve	10	22
Normofuncional.	32	71
Total	45	100

Fuente: Encuesta de embarazo precoz

9.-DISCUSIÓN

Nuestro grupo de adolescentes gestantes residen primordialmente en el área rural, solteras y su edad oscila entre los 12 a 16 años. Nos llama la atención el observar embarazo a los 12 años cuando aun se encuentran en periodo peri púberal y biológicamente con grandes cambios corporales y funcionales ya que a esta edad aun se considera menarca, semejante a lo que menciona Mosquera en cuanto al promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales. Otro dato importante que pudimos observar es que correspondía a su primera gestación casi en su mayoría, sin embargo en un grupo mínimo correspondía a su segunda y tercera gestación muy acorde a lo que menciona la literatura de la probabilidad de tener más hijos en un futuro.

La presencia de aborto como antecedente también se dio pero en su minoría muy semejante a lo que menciona Díaz Sánchez.

Las parejas sexuales que fue en su mayoría una pareja, sin embargo, llama la atención que para algunas corresponde de 3 o más parejas sexuales, igual como lo menciona la literatura.

La falta de utilización del método anticonceptivo en el grupo de estudio fue relevante, en la literatura menciona que es común conocer los métodos de anticoncepción sin embargo su utilización es poca.

En lo que respecta a la violencia intrafamiliar la percepción de que la mujer debe soportar golpes se dan en pocos casos, se pudo observar además que habían sufrido abuso sexual en tres casos, y el embarazo actual era producto de una violación va muy acorde a los que se menciona en la literatura de que las mujeres que sufren violencia y los abusos asociados con el embarazo pueden ser en distintos niveles sociales, y si mismo sufren violencia psicológica o física como castigo por haber quedado embarazadas.

La disfunción familiar fue altamente disfuncional en el grupo de estudio en su minoría, muy semejante a los que menciona Bladimir y Fonseca. ^{21, 22}

10.-CONCLUSION.

Nuestro grupo de adolescentes gestantes residen primordialmente en el área rural, solteras y su edad oscila entre los 12 a 16 años, como religión encontramos que profesan la católica, el nivel educativo se encuentran cursando la secundaria pero llama la atención que un 33% están en el nivel de primaria, están afiliadas al Seguro Popular y al programa Oportunidades, como promedio para la menarquia fue a los 12 años de edad, a diferencia del inicio de vida sexual que se dio a los 14 y 15 años., correspondió a demás a su primera gestación., sin embargo un mínimo de ellas ya presentan su segunda o tercera gestación, otro punto a considerar fueron los abortos en pequeña escala, la mayoría tenía como antecedente una pareja sexual, sin ningún método de plan familiar previo al embarazo en su conjunto. En la percepción de la violencia intrafamiliar la mayoría se considera capaz de rechazar prácticas sexuales forzadas, no siendo así en una mínima escala. En la mayoría del grupo estudiado respondió que el embarazo no fue planeado o deseado. La apreciación de las humillaciones de las embarazadas refieren alguna vez o siempre en muy bajo porcentaje. El abuso sexual se presentó en un pequeño número de las gestantes adolescentes, y en un mínimo porcentaje el producto de la gestación fue concebido por violación sexual. Se presentaron casos con disfunción severa una pequeña parte del grupo de adolescentes gestantes.

11.- RECOMENDACIONES.

Observando las características de las mujeres gestantes podemos recomendar incrementar las acciones de educación de plan familiar, a través de pláticas a grupos prioritarios, desde el nivel primaria.

La importancia que tiene la autoestima de las adolescentes, por sus cambios biológicos, fisiológicos y psicológicos, así también los valores morales desde su contexto social, habría que brindar terapias individuales, y familiares, apoyo mediante club de adolescentes en riesgo.

La orientación en su vida sexual, como manejar su sexualidad, sin correr riesgos que comprometan su salud, así como evitar estos embarazos no deseados.

La labor del médico familiar es de suma importancia en la ejecución de esta orientación y consejería ya que son grupos muy vulnerables y expuestos.

La terapia familiar debe ser iniciada inmediatamente cuando se observan problemas de disfunción, en familiar con hijos adolescentes o en dispersión, ya que se generan conflictos de comprensión.

La educación en la sexualidad debe ir encaminada no solo a los adolescentes sino debe incluirse a los padres de familia, que son los orientadores primordiales en los valores hacia los hijos.

12.-BIBLIOGRAFÍA

1. Pereira y cols. Morbilidad materna en la adolescente embarazada, ginecología y obstetricia en México, 2002. Vol. 70.
2. Villanueva a. y cols., ginecología y obstetricia de México, factores sociodemográficos asociados a depresión en adolescentes embarazadas, ginecología y obstetricia de México 2002. IMSS 3300-9041 vol.68.
3. Díaz s.v. El embarazo no deseado y el aborto como problema de salud pública, el embarazo de la adolescente en México. Gac. med. mex. 2003. vol. 139, suplem (1).
4. Ávila M.A. Morgan F. Fragoza O. Haro L. Condiciones peri natales en recién nacidos de madres adolescentes del estado de Sinaloa, México. Ginec. Obst. Méx. 2002; 65:159.
5. Mosquera J. Mateus j. conocimientos, actitudes y practicas sobre métodos de planificación familiar, VIH- sida y el uso de los medios de comunicación en los jóvenes, Colomb med 2003; 34:206-206.
6. Núñez R. M. Hernández b. Embarazo no deseado en adolescentes, utilización de métodos anticonceptivos posparto, salud pública, México 2003.
7. Langer A. El embarazo no deseado, impacto sobre la salud y la sociedad en América latina y el caribe. Revista panamericana de salud publica. 2002. vol.11 (3).
8. Martínez G. Repercusión biológica psíquica y social del embarazo en la adolescencia. rev. Cubana enfermería 2002:18 (3) 175- 83.

9. Ortigosa E. Padillo j.p. López r. Diseño y evaluación de un curso educativo dirigido a madres de adolescentes embarazadas, ginecología y obstetricia de México, 2001 vol. 69.
10. Paredes S. Villegas A. Meneses A. Rodríguez E. Reyes L. Anderson N. Violencia física intrafamiliar contra la embarazada, un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México. Salud publica de México. 2005. Vol. 47 (5).
11. Saucedá J.M. Castillejos G. Maldonado J.M. Violencia domestica, el maltrato a la mujer. Gac. Med. Méx. 2003. Vol. 139 (4).
12. Castro R. Ruiz A. prevalecía y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. Rev. Salud publica 2004, 38 (1): 62 -70.
13. Fernández S. El IMSS en cifras; la violencia contra las mujeres derechohabientes. Rev. Med. IMSS 2004; 42 (6): 525 – 530.
14. Pallitto Ch. Ocampo P. Relación entre la violencia contra la mujer en la pareja y el embarazo no planeado, análisis de una muestra nacional de Colombia. Internacional Family planning perspectivas, 2004, 30 (4): 165 - 173
15. Benítez G. Peña A. Peña D. Violencia contra la mujer durante el embarazo, resumen de casos, Rev. Obstet Gineco Venez. 2004, 64 (4): 211- 213
16. Díaz V. El embarazo de las adolescentes en México. Gaceta medica de México.2003 Vol.139 – (1)
17. UNICEF, Maternidad sin riesgo, (Citado: 19/01/2005), disponible en: <http://www.unicef.org/mexico/programas/mortalidad.htm>
18. Documento de Consenso 2002 sobre pautas de detección, prevención y tratamiento de la neuropatía diabética en España. Nefrología, 2002;22(6):521-530

19. López Revuelta K, et al: Informe de diálisis y trasplante año 2001 de la Sociedad Española de Nefrología y Registros Autonómicos. Nefrología 2004;1:21-33

20. Zurro M, Pérez C. Atención Primaria. 4ª. Edición. Haorcout Brace, España.

21. Morales B. Funcionalidad familiar en adolescentes. Secretaria de salud del estado de tabasco 2005.

22. Fonseca J. comportamiento de la disfunción familiar en embarazadas adolescentes mediante educación prenatal. Hospital General Dr. Gustavo A Rovirosa Pérez. 2001.

23. León J. Percepción de maltrato y violencia intrafamiliar en adolescentes, escuela secundaria técnica #3 centro Tabasco 2006.

24. Tortota G. Matabacas S. Violencia Familiar, análisis de la Ley, protección contra la violencia familiar, Rev. Hosp. Mat. Inf. 1995, 14:2.

25. Espinosa H., Hernández B. Campero I, Walter D. Reynoso S. Langer A. Muertes maternas por aborto y violencia en México : Narración de una experiencia en la formulación e implementación de una metodología de investigación 2003 Perinatol Reprod Hum 2003: 17: 193-204

26. Benitez G. Alejandra Brs. Peña D. violencia contra la mujer durante el embarazo. Resumen de casos. Rev. Obstet Ginecol Venez 2004; 64 (4): 211-213

27. Órgano informativo de la Universidad Autónoma Metropolitana. Ensombrece la Violencia el porvenir de las mexicanas. 2005 Vol. XI Num. 28
28. González S. La lucha contra la violencia sexual. Regiones, suplemento de antropología: 2006 año 2, num. 16
29. Muertes Maternas y violencia intrafamiliar contra las mujeres: Repensando la salud materna en los objetivos de desarrollo del milenio. Organización Panamericana de la Salud 2003.
30. Violencia domestica, el maltrato a la mujer, gaceta medica de México. 2003. Vol.139 (4).

ANEXOS

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	MARZO, ABRIL	MAYO	JUNIO Y JULIO	AGOSTO, SEPT OCT	NOV. DIC. ENERO 06	FEB MAR	AB MAY	JUNIO JULIO AG	SEP, OCT	NOV. DIC
ELABORACION DEL PROTOCOLO	PR	PR								
RECOLECCION DE LOS DATOS Y TABULACION			PR	PR	P	P	P	P		
REVISION DE LOS RESULTADOS									P	
ANALISIS DE LOS DATOS									P	
ELABORACION DE INFORME FINAL										P
ENTREGA DEL INFORME FINAL										P

P PROGRAMADO

R. REALIZADO

ENTREVISTA ESTRUCTURADA TITULO EMBARAZO PRECOZ.

FICHA DE IDENTIFICACION:

NOMBRE DE LA PACIENTE _____
 DOMICILIO: _____ RURAL _____ URBANO _____

* EDAD _____ AÑOS, ESTADO CIVIL _____ NIVEL EDUCATIVO _____ RELIGION _____

DERECHOHABIENCIA

* SEGURO POPULAR _____, OPORTUNIDADES _____, IMSS _____, PEMEX _____, ISSET _____ ISSSTE _____, OTRO _____

ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS:

* EDAD 1RA. MENSTRUACION _____ EDAD 1RA. RELACION SEXUAL _____ No. EMBARAZOS _____
 No. ABORTOS _____

* No. PAREJAS SEXUALES _____ METODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO PREVIO AL EMBARAZO

SI _____ NO _____ CUAL _____

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

* ERES CAPAZ DE RECHAZAR PRÁCTICAS SEXUALES QUE CONSIDERES FORZADAS:
 NUNCA _____ ALGUNAVEZ _____ POCAS VECES _____ SIEMPRE _____

* CONSIDERA QUE SU EMBARAZO FUE PLANEADO Y DESEADO: SI _____ NO _____ POR QUE? _____

* SU ESPOSO O FAMILIAR LE GOLPEA O LE MALTRATA FISICAMENTE:
 NUNCA _____ ALGUNAVEZ _____ POCAS VECES _____ SIEMPRE _____

* SE SIENTE HUMILLADA O MENOSPRECIADA: NUNCA _____ ALGUNAVEZ _____ POCAS VECES _____ SIEMPRE _____

* PIENSA QUE LA MUJER DEBE AGUANTAR GOLPES: NUNCA _____ ALGUNAVEZ _____ POCAS VECES _____ SIEMPRE _____

VIOLACION

* HA SUFRIDO DE ABUSO SEXUAL: NUNCA _____ ALGUNA VEZ _____ POCAS VECES _____ SIEMPRE _____

* EL EMBARAZO ACTUAL ES PRODUCTO DE UNA VIOLACION SI _____ NO _____

APGAR FAMILIAR

PREGUNTAS	NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1.- Esta satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando pasa por alguna situación crítica.			
2.- Le satisface la manera con que su familia discute sus problemas y la forma con que participa con usted, en la resolución de ellos			
3.- Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida.			
4.- Esta satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos ya sea de bienestar o malestar.			
5.- La satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos			

Nombre del investigador: Dr. Melton Oropeza Domínguez. EMF. 2do. Año
 Su nombre y datos personales, serán manejados confidencialmente para esta investigación.
 Gracias por su participación...

OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DESCRIPCION	TIPO DE VARIABLE	RANGOS
EDAD	AÑOS DE VIDA	CUANTITATIVA	10-12 13-14 15 16
RELIGION	FE QUE PROFESAN	CUALITATIVA	CATOLICA TESTIGO DE JEHOVA ADVENTISTA EVANGELICA
NIVEL EDUCATIVO	AÑO ESCOLAR ACTUAL	CUALITATIVA	ANALFABETA PRIMARIA SECUNDARIA
ESTADO CIVIL	CONDICION SOCIAL LEGAL	CUALITATIVA	SOLTERA CASADA UNION LIBRE DIVORCIADA
SEGURIDAD SOCIAL	INSTITUCION MEDICA AFILIADA	CUALITATIVA	SEGURO POPULAR ,SSA, OPORTUNIDADES IMSS, PEMEX, ISSET, ISSSTE, OTROS
MENARQUIA	EDAD DE INICIO DEL CICLO MENSTRUAL	CUANTITATIVO	9,10,11,12,13,14,15 AÑOS
INICIO DE VIDA SEXUAL	EDAD DE INICIO SEXUAL	CUANTITATIVO	9,10,11,12,13,14,15 AÑOS
GESTACION	NUMERO DE EMBARAZOS	CUANTITATIVO	1,2,3, O MAS
PAREJAS SEXUALES	NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	CUANTITATIVO	1,2,3,4, O MAS
ABORTOS	EMBARAZO PERDIDOS DE MENOS DE 20 SEMANAS DE GESTACION	CUANTITATIVO	1,2,3,4, O MAS
PLAN FAMILIAR	METODO ANTICONCEPTIVO	CUALITATIVO	TEMPORALES DEFINITIVOS
FAMILIA	NUCLEO FUNDAMENTAL DE TODA SOCIEDAD	CUALITATIVO	FUNCIONAL NO FUNCIONAL
MALTRATO FAMILIAR SE SIENTE HUMILLADA O MENOSPREGIADA	PERCEPCION DE LA MUJER HACIA LA VIOLENCIA INTRAFAMILIA	CUALITATIVA	NUNCA ALGUNA VEZ POCAS VECES SIEMPRE
VIOLACION	ES LA ACTIVIDAD SEXUAL FORZADA CON UNA PERSONA QUE NO HA DADO SU CONSENTIMIENTO.	CUALITATIVA	SI NO