



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO
HOSPITAL DE LA COMUNIDAD ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO.

**“PREVALENCIA DE CARACTERÍSTICAS DE RIESGO ENCONTRADOS EN
DIVERSOS ESTUDIOS ASOCIADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE, EN
IGUALA GUERRERO, EN EL PERIODO JULIO 2014- JUNIO 2015”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DR. JOHNATAN VLADIMIR REYES TAVITAS

ASESORES:
DRA. MALÚ AIDEE REYNA ALVAREZ
DR. FLAVIANO GODÍNEZ JAIMES

SEMIS 20140122001

ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO, FEBRERO 2016.



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.

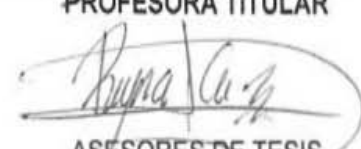
**"PREVALENCIA DE CARACTERÍSTICAS DE RIESGO ENCONTRADOS EN
DIVERSOS ESTUDIOS ASOCIADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE, EN
IGUALA GUERRERO, EN EL PERIODO JULIO 2014- JUNIO 2015"**

PRESENTA:

DR. JOHNATAN VLADIMIR REYES TAVITAS


AUTORIZACIONES:



DRA. MARÍA PATRICIA ÁLVAREZ GÓNZALEZ
PROFESORA TITULAR


ASESORES DE TESIS

DRA. MALÚ AIDEE REYNA ALVAREZ
DR. FLAVIANO GODÍNEZ JAIMES


DRA. MÓNICA EVELMIRA PIEDRA MENDOZA
COORDINADORA ESTATAL DE MEDICINA FAMILIAR


DRA. VICTORIA CUEVA ARANA
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN EN SALUD
Y FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS


DR. JUÁN ANTONIO GUEVARA NIEBLA
SUBDIRECTOR DE EDUCACIÓN MÉDICA E
INVESTIGACIÓN EN SALUD

ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO, FEBRERO 2016.

PREVALENCIA DE CARACTERÍSTICAS DE RIESGO
ENCONTRADOS EN DIVERSOS ESTUDIOS ASOCIADOS AL
EMBARAZO EN ADOLESCENTES, EN IGUALA GUERRERO, EN EL
PERIODO JULIO 2014, JUNIO 2015

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. JOHNATAN VLADIMIR REYES TAVITAS

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

Índice

Introducción	1
Marco teórico	3
Marco legal	18
Planteamiento del problema	22
Justificación	26
Objetivos	28
General	
Específicos	
Metodología	29
Tipo y diseño de estudio	
Población lugar y tiempo de estudio	
Tipo de muestra y selección de la población	
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	
Información a recolectar	
Método de recolección de datos	
Plan de análisis	
Consideraciones éticas	36
Resultados	38
Discusión	78
Conclusiones	81
Recomendaciones y sugerencias	84
Referencias bibliográficas	85
Anexos	89

Resumen

Introducción: La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como la etapa comprendida entre los diez y los diecinueve años de edad. Tanto para mujeres como para hombres, se considera una época de transición en todos los aspectos: social, psicológico, físico y sexual que se conviven en lo cual son desconocidos por los adolescentes. El embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre en mujeres menores de 20 años. A nivel mundial, cada año nacen quince millones de niños (as) de mujeres adolescentes. Entre los factores de riesgo más importantes de acuerdo con diversos estudios realizados están el alto índice de abandono escolar y el no uso de métodos anticonceptivos.

Objetivos: Determinar la prevalencia de características de riesgo encontrados en diversos estudios asociados al embarazo adolescente, en Iguala, Guerrero, en el periodo julio 2014- junio 2015

Material y métodos: Es un estudio transversal, observacional y descriptivo con una muestra de 510 adolescentes embarazadas de primera gesta atendidas en el Hospital General de Iguala Guerrero Dr. Jorge Soberón Acevedo de enero a julio del 2015, mediante una encuesta estructurada de 90 ítems. El análisis estadístico se realizó en el software SPSS versión 19.

Resultados: En nuestro estudio se observó que la edad promedio fue de 17.7 años, respecto a la escolaridad se encontró que el 47.5% tienen secundaria incompleta o menos, baja autoestima con un 47.4%, poca habilidad de planificación familiar 65.5%, violencia 50%, falta de habilidad para enfrentar la vida 54%, concepción mágica del amor y sexo 62.3%, el 97% inicio relaciones sexuales antes de los 15 años, el 33% de las mujeres encuestadas desconocía métodos de planificación familiar, el 62.7% de las adolescentes recibió educación inadecuada, el 37.3% provenían de un estrato social bajo, 61.6% medio y solo el 1.2% alto.

Conclusión: Las características más sobresalientes en las mujeres adolescentes de primera gesta fueron provenir de una familia interrumpida, abandono escolar,

el no tener una inadecuada comunicación con los padres, con carencias emocionales, falta de autoestima, menarquia precoz, inicio temprano de relaciones sexuales, no uso de métodos anticonceptivos, falta de proyecto de vida, antecedente de madre o hermana con embarazo adolescente, la pobreza, falta de valores, baja escolaridad de los padres y violencia.

Palabra clave: embarazo adolescente.

Abstract

Introduction: The World Health Organization defines adolescence as the period between ten and nineteen years of age. Both women and men, is considered a time of transition in all aspects: social, psychological, physical and sexual who live in which are unknown by adolescents. The teenage pregnancy is one that occurs in women under 20 years. Globally, they have born each year fifteen million children (as) of teenage girls. Among the most important risk factors according to several studies are the high dropout and non-use of contraception.

Objectives: determine the prevalence of risk characteristics found in various studies associated with adolescent pregnancy in Iguala, Guerrero, in the period July 2014- June 2015

Methods: A cross-sectional, observational and descriptive study with a sample of 510 pregnant adolescents treated at the first feat of Iguala Guerrero General Hospital Dr. Jorge Soberón Acevedo from January to July 2015, using a structured survey of 90 items. Statistical analysis was performed using SPSS version 19 software.

Results: In our study we observed that the mean age was 17.7 years, compared to the years of study found that 47.5% had secondary incomplete or less, low self-esteem with a 47.4% inability family planning 65.5%, violence 50%, inability to cope with life 54%, magical conception of love and sex, 62.3%, 97% start sex before age 15, 33% of women surveyed did not know methods of family planning, 62.7% adolescent received inadequate education, 37.3% came from low social status, 61.6% medium and only 1.2% higher.

Conclusion: The outstanding features in female adolescents first feat was to come from a broken family, school dropout, not having improper communication with parents, emotional deprivation, lack of self-esteem, early menarche, early onset of sexual relations, do not use contraception lack of project life, the mother or sister

had a teenage pregnancy, poverty, lack of values, low parental education and violence.

Keyword: teen pregnancy.

Introducción

La definición de adolescencia por parte de la Organización Mundial de la Salud, es la etapa de vida comprendida entre los 10 y 19 años, edad donde se presentan cambios fisiológicos y estructurales en todo el cuerpo, se adquiere la madurez biológica, sexual y reproductiva. Según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, existen en el mundo 1,200 millones de adolescentes que comprenden esta edad.¹

El embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre en mujeres menores de 20 años. A nivel mundial, cada año nacen quince millones de niños (as) de mujeres adolescentes. Estudios realizados revelan que el inicio de vida sexual antes de los 16 años sin protección alguna de métodos anticonceptivos es un factor de riesgo para embarazos en adolescentes; en América Latina un gran porcentaje son madres adolescentes y en el Caribe son madres a los 17 años y menos, lo que conlleva embarazarse en esta edad a que se susciten complicaciones que comprometen a la adolescente en su estado normal de salud. México ha tenido una profunda transformación demográfica, en relación a los adolescente los más relevantes fueron en la década de 1980 donde obtuvo su valor máximo con un 25.1% y en la década del 2010 su valor mínimo con un 19.6% adolescentes.³

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, son diversas las variables que se le atribuyen, algunos estudios muestran que las condiciones socioculturales en algunos casos han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo en todos los sectores socioeconómicos y culturales de la sociedad.⁷

La salud de los adolescentes y en particular la salud sexual y reproductiva son importantes para todas las sociedades, pues ellos serán el futuro inmediato del siglo siguiente, constituyéndose en personas fundamentales para el impulso del progreso y desarrollo del país, estado y municipio. La salud sexual y reproductiva así como el

bienestar de las y los adolescentes deben constituir una prioridad de parte de los programas y servicios de salud, para atender las necesidades básicas de los mismos y en particular la problemática relacionadas con el embarazo en edades tempranas, ya que trae consigo problemas familiares, económicos y sociales, el embarazo en el grupo de edad de 10 a 19 años es considerado de alto riesgo, ya que en este lapso de tiempo están menos dispuestas emocional y físicamente para dar a luz a un niño saludable en consecuencia puede asociarse también a mayores tasas de mortalidad para la madre.³

A partir de 1986 han proliferado los estudios sobre riesgos biológicos y han identificado los principales problemas de salud en el embarazo a esta edad como es la toxemia, preeclampsia, eclampsia y desnutrición; en los hijos bajo peso al nacer y registros bajos del Apgar. Se reconoce la morbilidad y la mortalidad materna infantil y los factores para prevenirla. Actualmente en gran parte de las instituciones de salud del estado sigue prevaleciendo el enfoque médico que señala que el embarazo en la etapa de la adolescencia es sinónimo de embarazo de alto riesgo, aún y cuando la adolescente no presente ninguna molestia o enfermedad en el embarazo. Sin embargo, en las últimas décadas se ha dado un mayor énfasis a las implicaciones psicológicas, sociales y culturales del embarazo en la adolescencia.

El embarazo en adolescentes es un problema de salud que requiere de un enfoque multidisciplinario, ya que involucra padres de familia, educación y salud, se debe educar al adolescente de una manera integral para prepararlo para la vida adulta, es por ello que el problema de que una adolescente se embarace sin planearlo representa un reto social y familiar, es un indicador del grado de rezago de un país y en Guerrero con 20% de la población perteneciente a una etnia indígena y 40 % de la población en condición de pobreza extrema con los índices de desarrollo humano más bajos de país empeora la situación social de por sí difícil.⁷

Marco teórico

En múltiples estudios realizados, los resultados dan muestra del rezago de los países en desarrollo en materia de educación sexual y por lo tanto el alto índice de embarazos en adolescentes, según la Organización Mundial de la Salud la mitad de los habitantes del mundo son menores de 25 años de ellos un tercio tienen entre 10-24 años, de estos 80% viven en países en desarrollo como México, en el año 2020 la población mundial del rango de 10 a 19 años será de 1,200 millones, en América Latina 180 millones de habitantes y en México 40 millones.¹

En el estudio Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección, realizado en España en el 2008 se encontró que el 7% de las adolescentes inician vida sexual antes de los 15 años, en el grupo de 15 a 17 años se encontró que del 60% al 90% la condición socioeconómica es baja y el medio sociocultural influyó en su condición de embarazo adolescente, 19% de ellas no deseaban embarazarse. España ocupa una posición media en la lista de tasas de nacimientos en adolescentes a nivel mundial, siendo la tasa del grupo de 18-19 años tres veces superior a la del grupo de 15 a 17 años, a pesar de que existen variaciones de acuerdo al medio sociocultural estudiado; se estima que de estas cifras entre el 60 y 90% de los embarazos no son deseados y el 19% de las mujeres españolas que han tenido relaciones sexuales completas, declaran haber quedado embarazadas alguna vez sin haberlo deseado.²

En el estudio de la Organización Mundial de la Salud titulado Embarazo en Adolescentes: un problema en la región de Las Américas concluye: El embarazo en la adolescencia es una de las situaciones en que mejor se evidencian las inequidades sociales, de justicia y de género. Es calificado desde el discurso del desarrollo como una puerta de entrada o un reproductor del círculo de la pobreza. Se trata de un fenómeno que va más allá del sector salud, debido a que acarrea múltiples consecuencias no sólo en el orden de la salud, sino también en cuanto al desarrollo social en general. Estas consecuencias alcanzan no sólo a la mujer

adolescente, sino también a su hijo o hija, a su pareja, a su familia y a la comunidad misma a la cual pertenece la adolescente. El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos/as, desempleo, fracaso en la relación con la pareja e ingresos inferiores de por vida. Contribuye a perpetuar el ciclo de la pobreza y a la feminización de la miseria.

Nicaragua se ubica como el país de América Latina con más alta tasa de fecundidad adolescente. En donde existe una relación entre la fecundidad y el nivel de educación evidente, en el que las adolescentes sin educación tienen una fecundidad seis veces mayor que la de aquellas con educación superior y casi cinco veces mayor cuando no llegaron a cuarto de primaria. Con respecto al nivel de procedencia también se observan diferencias, así tenemos que por cada dos adolescentes embarazadas en el área urbana, existen tres en iguales condiciones del área rural. Así mismo se observa que de 3 de cada 10 nacimientos de madres adolescentes, más de la cuarta parte ocurrieron fuera de las unidades de salud, lo que favorece el incremento de las muertes maternas en adolescentes, la tasa de fecundidad específica en adolescentes es alta en el área rural, ya que además del desconocimiento que tienen sobre reproducción humana y el poco acceso a métodos de planificación familiar, generalmente se unen y quedan embarazadas entre los 14 y 17 años de edad, a través de la unión de hecho formando familias estructuralmente inestables lo que a su vez va íntimamente relacionado con la deserción escolar y perpetuación del ciclo de la pobreza.³

Cardozo G, y colaboradores, en un estudio titulado adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia, llevado a cabo en Córdoba Argentina en 2009, refiere que los factores socioculturales influyen en conductas de adaptación social positiva, el tener metas motivacionales que sirven como guía a un proyecto de vida planteado, a escuela y el entorno familiar son el factor de resiliencia más importante para la prevención del embarazo adolescente.⁴

Las adolescentes latinoamericanas que llevaran a término un embarazo, la etiología generalmente están relacionadas con factores que incluyen nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, expectativas de grupo de pares respecto a la iniciación de las relaciones sexuales, declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad. La mortalidad y la morbilidad de las adolescentes embarazadas pueden ser similares a las del grupo de las mujeres adultas si se les entrega una adecuada atención prenatal.⁵

Alarcón A. y colaboradores en Santiago de Cuba, en el 2009 en un estudio titulado factores que influyen en el embarazo en la adolescencia, observó que existe asociación causal entre factores dependientes de la vida familiar y personal de las adolescentes y la incidencia de gestaciones precoces, el no tener relaciones afectivas adecuadas con los padres, no contar con apoyo espiritual, ni económico, carencia de relaciones estables de pareja y el no conversar con los padres sobre sexualidad y reproducción fueron los factores que más influyeron en la prevalencia del embarazo adolescente.⁶

Acosta-Varela M, y colaboradores en el 2012, en un estudio titulado el embarazo en adolescentes factores socioculturales, realizaron una comparación de medias factores de riesgo asociados con embarazo en adolescentes, encontrando los siguientes resultados: edad (años) casos: 17.48, controles: 16.90, total: 17.19; menarca (edad), casos: 11.75, controles: 12.56, total: 12.16; Inicio vida sexual activa (edad) casos: 15.35, controles: 15.52, total: 15.44; ingreso semanal en salarios mínimos por familia casos: 1.51, controles: 1.80, total: 1.65, encontrándose como un hallazgo no encontrado en otros estudios el haber analizado el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación y subsecuentemente, que el embarazo adolescente se debe en gran medida a que no se cumplen las expectativas de planificación familiar, por lo que los factores socioculturales influyen en la prevalencia del embarazo durante la adolescencia.⁷

Trejo-Lucero H, y colaboradores en el 2012 en el estudio embarazo en las adolescentes y su concepto semántico del amor, sexo y embarazo menciona que la

sexualidad expresa múltiples necesidades: placer, ternura, amor, reproducción, identificación gregaria. Se estudiaron adolescentes con un promedio de edad de 16.7 años, escolaridad 8.7 años, religión católica 91%, el 87% se dedicaban al hogar, 40% sus parejas trabajaban como empleados remunerados, se les preguntó: si no planeaste el embarazo ¿Por qué te embarazaste? 65% respondió porque no utilizó un método anticonceptivo, deseo sexual y me falló el anticonceptivo, fueron la segunda y tercer respuesta, ¿Define con una palabra amor? El 62.3% contestó que felicidad, 32.2% compromiso, 1.6% respeto, ¿define con una palabra sexo? 25% contestó necesidad biológica para la reproducción, 24.7% placer, 16.8% amor, 5.6% le dio un significado negativo. ¿Define qué significa para ti el embarazo? 34.7% contestó que felicidad, 17.8% responsabilidad, 14.6% amor, 6.1% dar vida, 2.9% formar una familia, 8.4% le dio un significado negativo. ¿Qué mensaje les darías a tus compañeras adolescentes para evitar un embarazo adolescente?: Que empleen un método anticonceptivo 69.4%, pensar en las consecuencias antes de tener relaciones sexuales 16.1%, abstinencia sexual 6.1%, que disfruten la vida 3.7%, y el 1.2% pensó en aconsejar que primero se conozca a la pareja antes de tener sexo.⁸

En una investigación denominada análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconómicas, menciona que el embarazo adolescente limita la posibilidad de crecimiento económico, de encontrar un trabajo bien remunerado, en este estudio se analizaron las condiciones socioeconómicas como un factor desencadenante del embarazo adolescente en donde se obtuvieron los siguientes resultados: el promedio de edad de inicio de relaciones sexuales: 16.7 años en el estrato socioeconómico más bajo y 19 años en el estrato socioeconómico alto, edad de primer embarazo: 18.5 años en el estrato más bajo y 22.5 años en el más alto; se concluyó que los factores socioeconómicos son determinantes en el inicio de relaciones sexuales, la educación sexual, el uso de métodos anticonceptivos y las relaciones familiares conflictivas influyen en un riesgo mayor al embarazo adolescente.⁹

Ortega E, en el 2011, realizó una investigación sobre factores de protección y/o resiliencia del embarazo adolescente en mujeres en un contexto urbano del municipio de la Paz. En donde trabajó con tres grupos de adolescentes, concluyó que el inicio promedio de edad de relaciones sexuales es a los 15 años y el promedio de edad de embarazo es a los 16 años, identificó deficiencia de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, sexualidad, reproducción, educación, igualdad de género, falta de un proyecto de vida, las adolescentes consideran el embarazo como una forma de realización personal y en sus respuestas reflejan la creencia de que cambia su status familiar y social, las jóvenes tienen conocimiento de métodos anticonceptivos, principalmente de cuatro de ellos, las adolescentes mayores embarazadas y madres por su parte hablan de que aun y cuando no querían un embarazo dejaron de utilizar el método anticonceptivo que hasta ese momento utilizaban, que más de la mitad de las jóvenes se embarazaron después de abandonar los estudios y no como se maneja en el discurso institucional de que es después del embarazo el abandono de estudios. En resumen se concluye que la escuela es un agente importante en la prevención del embarazo de las adolescentes ya que puede actuar como un factor de riesgo o como un elemento de resiliencia en las jóvenes ya embarazadas. Actúa como factor de riesgo en el abandono de los estudios y como resiliencia para las jóvenes madres que ven el reintegrarse a los estudios como una motivación y fuerza para desarrollarse en la vida, a diferencia de las jóvenes que no están estudiando y que se muestran desinteresadas, confundidas y pasivas ante su propia vida.¹⁰

Montalvo G, en 2009 en un estudio denominado factores que predisponen al embarazo adolescente llevado a cabo en Minatitlán Veracruz concluyó que la adolescente que elige una vida sexual activa generalmente si cuenta con información sobre métodos anticonceptivos, que el inicio de vida sexual es por la influencia de compañeros, aspectos culturales, y restricciones propias del desarrollo, la información sobre sexualidad y reproducción la interpreta inapropiadamente o en ocasiones distorsiona la información.¹¹

En el metanálisis denominado perspectiva de los factores de riesgo del embarazo en adolescentes realizado por la universidad de Guadalajara y dirigido por Pérez Camarena, que en él se muestran algunas de las circunstancias que los rodean y que de alguna manera influyen en su toma de decisiones, como son: la relación entre padres e hijos, la influencia de los medios de comunicación, en especial del internet, la influencia de los amigos, la alteración que producen el alcohol y las drogas sobre su conducta y finalmente algunos escenarios que suelen presentarse en el ambiente familiar y escolar cuando se da una situación de embarazo, pero lo más influyente es la falta de un proyecto de vida.¹²

Aguilar A. en 2012, en el estudio denominado resiliencia, factores de riesgo y protección en adolescentes mayas de Yucatán: elementos para favorecer la adaptación escolar analizó implicaciones de la promoción de recursos protectores de la familia y la escuela en estudiantes, debido a que se desenvuelven en condiciones de pobreza, marginación social, violencia escolar, embarazos no deseados y consumo de alcohol y tabaco, que los conduce a deserción escolar, plantea fomentar capacidades de resiliencia y recursos personales cuyo propósito es mejorar su adaptación positiva al centro escolar y en consecuencia a la propia situación personal y familiar lo que reduciría la tasa de embarazo en adolescentes que oscila en 21%.¹³

Ortega E, en el 2011, en un trabajo sobre factores de protección y/o resiliencia del embarazo adolescente explica detalladamente como la revolución en la comunicación produce dos fenómenos nunca antes vistos, uno la enorme facilidad de cambio de región, de país, de sociedad y el otro el de la esfera de la comunicación con la televisión, los videos, el mundo de la electrónica y de la computación; que unifica a los jóvenes que comparten un estrato económico y se identifican con sus pares aunque a miles de kilómetros de distancia física, desde donde interactúan vívidamente entre sí y así construyen y remodelan identidades.

Es por ello que tanto adquirir independencia, la formación de pareja, así como la creación de una personalidad autónoma son aspectos que dependen de una construcción y un desarrollo histórico-cultural.¹⁴

Guzmán A. en 2012 refiere en un estudio titulado factores asociados al embarazo adolescente que asisten a control prenatal en los 12 centros de salud de la ciudad de Chilpancingo Guerrero, analizó factores familiares, socioculturales y reproductivos obteniendo los siguientes resultados: el promedio de embarazo en las adolescentes fue de 17 años, con una edad mínima de 13 años; estado civil; soltera: 32%, unión libre: 46.5%; escolaridad; analfabeta: 1%, preparatoria: 28.9%; ocupación; estudiantes: 46.5%, ama de casa: 33%, desempleada: 2%; factores inherentes a la embarazada: sentirse querida por sus padres, relación con su padres, fin de semana con sus padres, apoyo económico de sus padres, problemas en el noviazgo antes del embarazo, influencia de los medios para iniciar la vida sexual: 58%; las embarazadas identificaron dos motivos principales de embarazo; primero: desconocimiento de métodos anticonceptivos y segundo: que estaban muy enamoradas y no deseaban perder a su novio, la falta de cariño, comprensión y amor; recibieron información sobre métodos anticonceptivos de sus padres:14%, personal de salud: 20%, escuela: 38%; con quien viven: 89.9% con sus padres; se sentían solas sin cariño y falta de comprensión y amor: 86%, edad promedio de inicio de relaciones sexuales: 16.8 años, el sistema familiar aunado a la falta de orientación en salud sexual y métodos anticonceptivos es un factor que determina que las adolescentes se embaracen a edad temprana.¹⁵

Definición de embarazo.

Es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. En el ser humano la duración media es de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses-calendario).

Embarazo adolescente.

Es importante destacar que la sexualidad como todo proceso humano, se integra través de una relación dialéctica en los que interviene aspectos somáticos, psicológicos y sociales del sexo, es sin duda una de las funciones del organismo con mayor fuerza repercute y está influida a la vez, por el contexto social en la que está inmersa y se desarrolla. La expresión de la sexualidad humana, además de haber tenido mil facetas distintas en el transcurso de la historia, ha servido como indicador y reflejo de la forma de vivir y de pensar del hombre.

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad. La Organización Mundial de la Salud considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo, como: el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen.

Adolescencia.

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socioeconómica. En una declaración conjunta en 1998, la OMS el fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población, declararon que el término adolescencia se refiere a personas que tienen entre 10 a 19 años. La adolescencia es una de las etapas del desarrollo más difíciles ya que en éstas se dan cambios físicos rápidos y profundos; se inicia la madurez

reproductora; se da la difícil búsqueda, construcción y consolidación de la identidad; el grupo de iguales ayuda a desarrollar y probar el autocontrol; se desarrolla el pensamiento abstracto y empleo del razonamiento científico; el egocentrismo se presenta en algunos comportamientos y en términos generales las relaciones con los padres son buenas aunque conflictivas.

Existen varios enfoques en el estudio de los adolescentes:

- El biológico que aborda los procesos de maduración sexual y el crecimiento físico que tiene lugar durante la pubertad.
- El cognitivo que se enfrenta a los cambios cualitativos que tienen lugar en la forma de pensar de los adolescentes y los cambios cuantitativos que tienen lugar en la inteligencia y procesamiento de la información.
- El psicosexual estudia el desarrollo de las emociones y el yo, incluyendo el desarrollo del autoconcepto, la autoestima, el género y la identidad.
- El social, este incluye el desarrollo social, las relaciones, las citas, el desarrollo del juicio moral, el carácter, los valores, las creencias y la conducta.

El término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 12 y 19 años de edad y este periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto. La adolescencia, se considera que comienza alrededor de los 12 ó 13 años y termina hasta los 19 ó 20, durando casi una década. Comienza con la pubertad que es el proceso que conduce a la madurez sexual. En términos generales la adolescencia se inicia cuando el individuo accede a la madurez sexual y termina cuando se independiza de los adultos.³

Cambios físicos del adolescente.

La adolescencia es un período de vida de cambio biológico rápido, el adolescente experimenta placer y dolor de observar el proceso: contempla con sentimientos alternos de fascinación, deleite y horror el crecimiento de su cuerpo. Sorprendido, avergonzado e inseguro, se compara sin cesar con otros y revisa su autoimagen. Los cambios biológicos que señalan el fin de la niñez incluyen el crecimiento repentino

del adolescente, el comienzo de la menstruación de las mujeres, la presencia de semen en la orina de los varones, la maduración de los órganos sexuales primarios (los que se relacionan directamente con la reproducción) y el desarrollo de las características sexuales secundarias (señales fisiológicas de la madurez sexual que no involucran en forma directa a los órganos reproductores). Es el proceso en el que una persona es capaz de reproducirse, la pubertad tarda casi 4 años y comienza alrededor de 2 años antes en las niñas que en los muchachos. En promedio, las niñas comienzan a mostrar el cambio de este período hacia los 9 ó 10 años de edad y llegan a la madurez sexual hacia los 13 ó 14. La edad promedio para que los jóvenes entren a la pubertad es a los 12 años, alcanzando su madurez sexual a los 14 años, menciona que la menarquía es el signo más evidente de la madurez sexual de una niña; que es la primera menstruación. La menarquía se presenta casi al final de la secuencia del desarrollo femenino. En promedio, la adolescente comienza su ciclo menstrual a los 12 o 13 años. Los primeros períodos menstruales no incluyen la ovulación; sin embargo como en ocasiones la ovulación y la concepción se pueden presentar en los primeros meses, las niñas que han comenzado a menstruar y si mantienen relaciones sexuales pueden quedar embarazadas. El ciclo menstrual puede variar en duración entre 20 y 40 días, con un promedio de 28 días.

La mayoría de los adolescentes son muy sensibles a su aspecto físico; de ahí que sientan ansiedad e inseguridad cuando su imagen, menos que perfecta, no corresponde a los ideales que presentan los medios masivos, se preocupan más por su apariencia física que por cualquier otro aspecto de ellos mismos, y muchos no están satisfechos con lo que ven en el espejo. Las mujeres tienden a sentirse más infelices acerca de su apariencia que los chicos de la misma edad probablemente porque nuestra cultura hace más énfasis en los atributos físicos de la mujer. Los adultos con frecuencia no ponen atención a la preocupación de los adolescentes acerca de su apariencia. Pero en una sociedad en la que la personalidad de la gente tiende a ser juzgada por su apariencia, la autoimagen de los jóvenes puede tener efectos duraderos en sus sentimientos acerca de ellos mismos.

Desarrollo cognitivo del adolescente.

En la adolescencia se llega a la etapa de las operaciones formales, que consiste en la adquisición de las habilidades mentales superiores que pueden ser utilizadas para representar o pensar sobre otras capacidades inferiores, es decir, que en esta etapa los adolescentes pueden pensar en la estructura del pensamiento, por ello están deseosos de discutir ideas y no sólo hechos.

Las operaciones formales permiten al adolescente comprender metáforas, sátiras y frases de doble sentido, así como poder pensar una cosa y decir otra. Se observan cambios en la percepción, en el aprendizaje, el razonamiento y el lenguaje. Esta etapa se caracteriza por una continua exploración mental que hace el adolescente de sus posibilidades y alternativas futuras, hay en esta etapa una necesidad de autoexpresión y de crear algo nuevo, una necesidad de llegar más alto que sus progenitores. También vive inicialmente un periodo de egocentrismo intelectual durante el cual tienden a creer que sus teorías y reflexiones son poco menos que poderosas. Esta actitud tendrá no obstante poca vigencia, y desaparecerá en cuanto el individuo descubra que la razón no está para oponerse a la realidad, sino para interpretarla y transformarla.

Desarrollo afectivo del adolescente.

En la adolescencia, los intereses afectivos de los jóvenes abandonan masivamente el ámbito familiar, estableciendo nuevas elecciones de objetos afectivos extra familiares, como es propio de todo adulto. El problema reside en que la afectividad va más allá de la familia a partir de este momento, el conflicto se desplaza desde la ambivalencia afectiva a la reivindicación de ciertos derechos personales, entre los que destacan las exigencias de libertad e independencia, la libre elección de amistades, aficiones. Los adolescentes que se convierten en gente cálida, afectuosa y amistosa, tienen algunas claras ventajas, no solo obtienen mucha mayor satisfacción potencial de las relaciones humanas, sino que también emprenden relaciones sociales más armoniosas.

De forma contraria se encuentran los estados hostiles en los adolescentes, que se caracterizan principalmente por sentimientos de mala voluntad, pueden manifestarse como ira, aborrecimiento, disgusto o celos. En los ataques de furia, los adolescentes desahogan su enojo atacando los muebles de su casa, las propiedades de la escuela, a un maestro o una víctima indefensa. Siempre que se genera una ira excesiva e incontrolable y que no se expresa de manera socialmente constructiva, toma formas impulsivas, irracionales y destructivas, convirtiendo al adolescente en una amenaza. La ira de los adolescentes tiene muchas causas, pueden enfurecer cuando se les restringen los movimientos físicos o la actividad social; se muestran especialmente resentidos cuando se les niegan oportunidades para la vida social, les enoja cualquier ataque a su ego, estatus o posición. Las críticas, la vergüenza, el empequeñecimiento o el rechazo excitan su ira, en parte porque esos estímulos negativos suponen una amenaza real a su ya de por sí sensible ego y a su precaria posición.¹⁶

Factores psicosociales.

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

Sociedad represiva.

Niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

Sociedad restrictiva.

Tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

Sociedad permisiva.

Tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

Sociedad alentadora.

Para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

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: Estratos medio y alto, la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente. Estratos más bajos, donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo; si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres, esta exclusión del varón provoca en él sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizados por parte de su familia o amistades (con qué lo vas a mantener, seguro que no es tuyo, etc.) que precipitarán su aislamiento si es que habían dudas, al recibir la noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc., como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las urgencias. A todo esto se agrega el hecho de que la

adolescente embarazada le requiere y demanda su atención, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procuración.

En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y la familia de ésta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de ser padre, se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Ello lo obliga a ser adoptado como un miembro más (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo-padre, esta situación de indefensión hace confusa la relación con su pareja, lo que le genera angustia.¹⁷

Factores culturales.

Son aquellos factores del entorno cultural que ponen en riesgo o predisponen a un embarazo adolescente, se define como la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos estos factores de riesgo sociales son: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del amor romántico en las relaciones sentimentales de los adolescentes.

Factores personales.- Se dividen en dos:

Factores de riesgo individuales:

Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.

Factores de riesgo familiares:

Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.

Factores reproductivos se dividen en tres:

Riesgo preconcepciones:

Se aplica a las mujeres en edad reproductiva en los periodos no gestacionales. Su objetivo es clasificar a la mujer en edad fértil no gestante de acuerdo al riesgo que un futuro embarazo produciría en la salud de ella, el feto o recién nacido.

Riesgo obstétrico:

Se aplica a las mujeres durante la gestación, el trabajo de parto, parto, alumbramiento y en el puerperio.

Riesgo Perinatal:

Abarca desde la vigésimo cuarta semana de gestación hasta la primer semana de vida del recién nacido, comprendiendo el periodo fetal tardío y el periodo neonatal precoz. En esta etapa de proceso reproductivo se usa el concepto de riesgo perinatal, que es un concepto más evolucionado que el de riesgo obstétrico pues es un instrumento de predicción que, además de considerar los riesgos maternos, incluyen los riesgos para el feto o recién nacido.³

Marco legal

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-047-SSA2-2014, para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad.

1. Objetivo y campo de aplicación

1.1 Esta Norma tiene por objeto establecer los criterios que deben seguirse para brindar la atención médica integral, la prevención y el control de las enfermedades prevalentes en el Grupo etario y la promoción de la salud, con perspectiva de género, pertinencia cultural y respeto a sus derechos fundamentales.

1.2 Esta Norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para el personal de salud y las instituciones de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que presten servicios de salud a los integrantes del Grupo etario.

Salud sexual y reproductiva.

6.8.3 Durante la consulta de atención integral en materia de salud sexual y reproductiva, con base en evidencia científica documentada, el personal de salud, deberá proporcionar orientación y consejería en métodos anticonceptivos, en la prevención del embarazo no planeado, así como en la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas, el VIH y el sida, de conformidad con lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas citadas en los puntos 2.1, 2.2, 2.5 y 2.13, del capítulo de referencias, de esta Norma, respectivamente. Tratándose de menores de edad, se dará al padre, la madre, el tutor o quien ejerza la patria potestad, la participación que les corresponda conforme a las disposiciones aplicables.

6.8.4 Dar a conocer al grupo etario los beneficios y las alternativas para postergar el inicio de un embarazo y prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS), mediante el uso simultáneo de un método anticonceptivo, sexo seguro y protegido, incluyendo el uso correcto y consistente del condón.

6.8.5 En el caso de embarazo o sospecha de ello, éste será definido como de alto riesgo, de conformidad con lo dispuesto por la Norma Oficial Mexicana citada en el

punto 2.3, del capítulo de referencias, de esta Norma donde se hace referencia al nivel de atención médica que corresponda.

6.8.6 En el caso de embarazo en menores de 15 años se deberán buscar factores de riesgo, signos y síntomas para descartar posible violencia y/o abuso sexual y en su caso referir de manera oportuna a la instancia jurídica de cada institución, salvaguardando su seguridad.

6.8.7 El personal de salud que proporciona atención en salud sexual y reproductiva a la población del Grupo etario, deberá fomentar la participación juvenil mediante acciones de información, educación y comunicación, incluyendo la educación entre pares y metodologías participativas, para promover el acceso y uso de los servicios de salud, los cuales deberán ser proporcionados, con respeto, confidencialidad, privacidad, en un ambiente amigable y de confianza.

6.8.8 Las acciones comprendidas dentro de este apartado deben realizarse de conformidad con las Normas Oficiales Mexicanas citadas en los puntos 2.2, 2.3, 2.5 y 2.13, del capítulo de referencias, de esta Norma.¹⁸

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

Establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales.¹⁹

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

El artículo 4° Constitucional establece el derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos, es decir, es el fundamento jurídico de la planificación familiar, sin embargo, también regula los derechos de los niños y niñas dentro de los que se incluyen a los adolescentes- a la salud y a la educación:

En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.²⁰

Ley General de Población

El Consejo Nacional de Población regulado por la Ley General de Población será el órgano encargado de la planeación demográfica, en ese sentido está facultado para llevar a cabo las políticas y programas de planificación familiar de conformidad con lo que establece el artículo 4 Constitucional.

Artículo 5o.- Se crea el Consejo Nacional de Población que tendrá a su cargo la planeación demográfica del país, con objeto de incluir a la población en los programas de desarrollo económico y social que se formulen dentro del sector gubernamental y vincular los objetivos de éstos con las necesidades que plantean los fenómenos demográficos.^{20,21}

Reglamento de la Ley General de Población

Para cumplir con los objetivos de la Ley General de Población el Ejecutivo Federal emitió el Reglamento correspondiente y en cuya sección segunda se reglamenta lo correspondiente a la planificación familiar, además de prever sobre el número y espaciamiento de los hijos se señala que deberá darse a conocer los beneficios que genera concebirlos en la edad adecuada.²²

Sección II.- Planificación Familiar

Artículo 13. Para efectos de este reglamento, la planificación familiar, en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es el ejercicio del 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.

Artículo 18. La educación e información sobre planificación familiar deberán dar a conocer los beneficios que genera decidir de manera libre y responsable sobre el número y espaciamiento de los hijos y la edad para concebirlos. Asimismo deberán incluir la orientación sobre los riesgos a la salud que causen infertilidad y las estrategias de prevención y control. El Consejo pondrá especial atención en proporcionar dicha información a los jóvenes y adolescentes.”²³

Ley General de Salud

Con el objeto de dar cabal cumplimiento al mandato Constitucional y a la Ley General de Población y desde el punto de vista del sector salud en la Ley General que regula a éste último, establece en su capítulo VI denominado: los servicios de planificación familiar, que ésta tiene carácter prioritario, y encontramos puntos relevantes sobre dicho tema como: Otorgar orientación educativa en materia de sexualidad a adolescentes; y Disminuir el riesgo reproductivo a través de la información que se le proporcione a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años.²⁴

Ley del Instituto Mexicano de la Juventud

Por su parte, esta ley establece que son jóvenes aquellos que están comprendidos entre un rango de edad entre los 12 y 29 años de edad, por lo que atendiendo a la edad que corresponde a los adolescentes, éstos quedan comprendidos dentro de esta ley y por lo tanto se hacen acreedores a los derechos que se protegen y otorgan a éstos, a través del Instituto Mexicano de la Juventud quien tiene atribuciones para que en coordinación con las dependencias y entidades de la Administración Pública, elabore programas y cursos de orientación e información sobre educación sexual y sobre salud reproductiva.

Disposiciones Generales

Artículo 2. Por su importancia estratégica para el desarrollo del país, la población cuya edad quede comprendida entre los 12 y 29 años, será objeto de las políticas, programas, servicios y acciones que el Instituto lleve a cabo, sin distinción de origen étnico o nacional, género, discapacidad, condición social, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias, estado civil o cualquier otra.

Artículo 4. Para el cumplimiento de su objeto el Instituto tendrá las siguientes atribuciones:

XIII. Elaborar, en coordinación con las dependencias y las entidades de la Administración Pública Federal, programas y cursos de orientación e información sobre adicciones, nutrición, educación sexual y sobre salud reproductiva, derechos humanos, cultura de la no violencia y no discriminación, equidad de género, medio ambiente, apoyo a jóvenes en situación de exclusión y vivienda. ²⁵

Planteamiento del problema

A nivel mundial cada año se registran 15 millones de adolescentes embarazadas en el mundo lo que representa poco más del 10% del total de nacimientos. Diversos estudios arrojan datos comunes sobre el embarazo en adolescentes entre los que destacan la falta de desarrollo corporal para poder pasar por el proceso del embarazo y parto sin consecuencias adversas. . Las madres adolescentes se enfrentan a un riesgo más alto de desproporción céfalo-pélvica que las mujeres mayores de veinte años, sin una atención obstétrica de urgencia adecuada, esto puede conducir a la ruptura del útero, que conlleva un alto riesgo de muerte tanto para la madre como para el bebé.²⁶

En América Latina y el Caribe el embarazo en adolescentes se considera más común, en América Central nacen cada año entre 99 y 139 niños por mil mujeres de 15 a 19 años de edad. La tasa es más elevada en los países más pobres: Los datos existentes indican que en los países de América Central (Excepto Costa Rica) cerca de dos terceras partes de las mujeres de 15 a 19 años de edad probablemente tendrán un hijo antes de llegar a los 20 años.

Según datos de un estudio realizado por el encargado de la investigación del Departamento de Reducción de los Riesgos del Embarazo de la Organización Mundial de la Salud James E. Rosen, refiere que aproximadamente 16 millones de niñas entre los 15 y 19 años son madres cada año y de ellas el 95% viven en países en vías de desarrollo. En América Latina, según el informe “Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción del 2008”, de 1000 mujeres embarazadas 76 son adolescentes, cifras que colocan a este como el segundo continente con altas tasas de fecundidad en este grupo etario.³

El embarazo adolescente constituye un serio problema de salud pública, particularmente de salud sexual y salud reproductiva ya que se estima que cada año

3,312.000 adolescentes latinoamericanas llevarán a término un embarazo. El costo en términos de morbilidad y mortalidad materno-infantil y el impacto psicosocial del embarazo es importante si se considera que es un fenómeno prevenible, la etiología se relaciona con factores que incluyen nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, expectativas de grupo de pares respecto a la iniciación de las relaciones sexuales, declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad.^{1, 3, 27}

La República Dominicana está entre los 5 países de América Latina con más altos índices de embarazos en adolescentes, presentando una de las más altas tasas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de edad, registrada en 92 por 1.000 mujeres. La brecha entre una menarquia y una iniciación sexual que se adelantan (ambos resultados esperados de la modernización) y una tasa de uso de anticonceptivos aún insuficiente y muchas veces inoportuna (lo que revela una modernización trunca en este aspecto) es la causa directa de la resistencia a la baja de la fecundidad adolescente.³

En Nicaragua, la tasa de fecundidad específica en adolescentes ha sido considerada la más alta de la región. Esta tasa es mayor en mujeres adolescentes del área rural ya que además del desconocimiento que tienen sobre reproducción humana y el poco acceso a métodos de planificación familiar, generalmente se unen y quedan embarazadas entre los 14 y 17 años, a través de la unión de hecho formando familias estructuralmente inestables lo que a su vez va íntimamente relacionado con la deserción escolar y perpetuación del ciclo de la pobreza.^{4, 28}

Bolivia se ubica como el país de América Latina con más alta tasa de fecundidad adolescente. Existe una relación entre la fecundidad y el nivel de educación evidente, en el que las adolescentes sin educación tienen una fecundidad seis veces mayor que la de aquellas con educación superior y casi 5 veces mayor cuando no llegaron a cuarto de primaria.²⁹

En el estudio la planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo llevada a cabo en Perú menciona que la elevada incidencia de embarazos en adolescentes solo superada por África no solo persiste sino que tiene una tendencia al incremento, que supone un freno para el desarrollo de la región latinoamericana, en promedio una mujer cubana tiene 1.6 hijos, lo que representa que el embarazo adolescente está en tasas del 16%, lo que también ha incrementado la tasa de abortos y por ende el riesgo por el incremento de la edad reproductiva expone a la adolescente a mas embarazos no deseados y previsivos, por lo que mayoritariamente el embarazo sucede en solteras con alta incidencia de separación durante la gestación, por lo que este factor influye a que opte por la interrupción voluntaria con los riesgos que conlleva, aunado al riesgo de embarazos ectópicos, y enfermedad inflamatoria pélvica e infertilidad que puede afectar seriamente el futuro reproductivo de adolescentes y jóvenes, el 25% es decir uno de cada cuatro de los abortos practicados corresponde a menores de 20 años.⁸

En diversos estudios tanto nacionales como internacionales como adolescentes y su concepto somático del amor, sexo y embarazo; embarazo y la maternidad durante la adolescencia, diferencias socioeconómicas, o como la planificación como herramienta básica para el desarrollo llevado a cabo en el Perú: señalan las principales consecuencias del embarazo para las adolescentes: Limitan la trayectoria de los y las involucradas y llevan a un futuro con grandes limitaciones, truncan su escolaridad, dificultan su acceso al mercado de trabajo, limitan la crianza de los hijos, limitan las condiciones para lograr una estabilidad familiar, el embarazo en esta etapa representa un mayor riesgo para la salud de la adolescente y su hijo, mortalidad materna, hijos con bajo peso al nacer.^{6,7,8}

Las principales consecuencias sociales que limitan el potencial de desarrollo de las familias, transmisión intergeneracional de la pobreza, incremento de la pobreza, gasto social en servicios de salud, gastos para apoyos sociales para las madres jóvenes y sus hijos, crecimiento demográfico, por lo tanto, baja la calidad de vida.³²

En la Ciudad de Iguala Guerrero, no se han realizado estudios de investigación sobre esta problemática, por lo que se requiere tener datos propios de nuestra Entidad, basado en lo anterior se realiza la siguiente pregunta.

¿Cuál es la prevalencia de características de riesgo encontrados en diversos estudios asociados al Embarazo Adolescentes, en Iguala Guerrero, en el periodo julio 2014-junio 2015?

Justificación

En México cada año se embarazan 500,000 adolescentes, que representan el 25% del total de embarazos que se registran en el país, de ese total 390,000 llegan a término, lo que significa que el 17% de los alumbramientos que tienen lugar en México son de mujeres menores de 19 años, las instituciones de salud refieren que el embarazo en esta edad constituye riesgos importantes en la salud de las jóvenes, por la edad se considera un embarazo de alto riesgo, pero además el embarazo en esta edad representa serias limitaciones para las adolescentes para continuar su desarrollo personal, social y académico.²⁷

En la entidad INEGI tiene un registro de 130,000 nacimientos por año lo que significa que habrá 42,000 nacimientos en adolescentes. La pregunta es, ¿cuántos son planeados? El Estado de Guerrero se sitúa como uno de los estados de la República Mexicana en los que el decremento de la fecundidad ha sido lento y es también uno de los estados en los que se asegura que en la etapa de la adolescencia, se mantiene altos índices de fecundidad.

El embarazo en adolescentes es un problema de salud que requiere de un enfoque multidisciplinario, ya que involucra padres de familia, educación y salud, que deben educar al adolescente de una manera integral para prepararlo para la vida adulta, es por ello que el problema de que una adolescente se embarace sin planearlo representa un reto social y familiar, es un indicador del grado de rezago de un país y en Guerrero en si con 20% de la población perteneciente a una etnia indígena y 40 % de la población en condición de pobreza extrema con los índices de desarrollo humano más bajos del país empeora la situación social de por sí difícil, en el Estado de Guerrero existen pocas investigaciones científicas, los indicadores más importantes los tiene la Secretaría de Salud de la entidad.

El Estado de Guerrero ocupa el tercer lugar en prevalencia de embarazo en adolescentes a nivel nacional, el motivo por el cual se realizó esta investigación es

que pretendemos conocer específicamente la prevalencia de las características de riesgos personales, reproductivos, familiares y culturales en las embarazadas adolescentes de primera gesta encontradas en diversos estudios atendidas en el Hospital General Jorge Soberón Acevedo (HGJSA.)

En la Ciudad de Iguala, Guerrero, cuenta con una población de aproximadamente 180,000 habitantes, el HGJSA registra 400 nacimientos por mes de estos aproximadamente 150 son en adolescentes.³³

Se observó que en el HGJSA la incidencia de embarazo adolescente aumentó en los últimos 5 años razón por la cual realizamos esta investigación que tiene como finalidad estimar la prevalencia de características de riesgo para el embarazo en adolescentes de Iguala Guerrero, beneficiando a los adolescentes ya que se pretende dar a conocer a los tomadores de decisiones los resultados y las recomendaciones generadas de esta investigación y formar medidas para prevenir el embarazo en adolescentes, puede ser una herramienta útil para que el Médico Familia conozca los factores de riesgo que prevalecen en esta región del estado de Guerrero. Así mismo se pretenden difundir los resultados en congresos, foros y en revistas de investigación.

Objetivos

Objetivo General

Estimar la prevalencia de características de riesgo encontradas en diversos estudios asociados al embarazo adolescente en Iguala Guerrero, en el periodo Julio 2014 Junio 2015.

Objetivos Específicos

- Conocer la prevalencia de características personales de riesgo encontradas en diversos estudios asociadas al embarazo en adolescentes, en Iguala Guerrero.
- Conocer la prevalencia de características familiares de riesgo encontradas en diversos estudios asociadas al embarazo en adolescentes, en Iguala Guerrero.
- Estimar la prevalencia de características socio-culturales de riesgo encontradas en diversos estudios asociadas el embarazo en adolescentes, en Iguala Guerrero.

Metodología

Tipo y diseño de estudio:

Transversal, observacional y descriptivo.

Población, lugar y tiempo de estudio:

Embarazadas adolescentes de primera gesta que acuden al servicio de urgencias del HGJSA, en el periodo julio 2014 - junio 2015.

Tipo de muestra y selección de la población.

Se tomó una muestra no probabilística, por conveniencia con un total de 510 embarazadas adolescentes de primera gesta.

Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación:

De inclusión

Mujeres de 10 a 19 años de edad con primera gesta que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado. (Anexo 2)

De exclusión

Que no viva en el Estado de Guerrero.

De eliminación

Por alguna razón o motivo no concluya la entrevista o falte información en la cédula.

Información a recolectar, mediante una encuesta estructurada dividida en 5 rubros que consideran factores personales, familiares, reproductivos sociales y culturales desarrollados para el presente estudio.

Definición y Operacionalización de variables

Variable independiente	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	
Embarazo en adolescentes	Gestación o proceso de crecimiento de un nuevo individuo en el seno materno, abarca desde el momento de la concepción hasta el alumbramiento, dura en promedio 40 semanas, y se define embarazo adolescente como aquel que se produce entre los 11 y 19 años de edad de acuerdo al criterio de la Organización Mundial de la Salud	Gestación presentada en la mujeres de 11 a 19 años de edad.	Cualitativa	Embarazadas adolescentes encuestadas.	
Variables Independientes	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Ítem
Edad	Años transcurridos desde la fecha de nacimiento hasta la fecha de aplicación de la encuesta.	Años cumplidos que manifiesta el encuestado a la fecha	Independiente Cuantativa	años y meses	1
Lugar de residencia	lugar o comunidad o municipio en el que se vive habitualmente	Población en la que radica en el momento de la entrevista	Cualitativa	Municipio	2
Tipo de localidad	Tipo de localidad en el que vive un individuo # de habitantes - de 3000 habitantes +de 3000 habitantes	residencia habitual -3000 habitantes o + de 3000 habitantes	Independiente Cualitativa Nominal	Rural o Urbano	2
Ocupación	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo, cada una de las clases establecidas en una profesión, carrera o actividad.	Categoría que actualmente se tiene en el momento de la encuesta. % de embarazadas adolescentes según su ocupación entre en total de embarazadas encuestadas	Independiente Cualitativo Nominal	1.-Estudiante 2.- Ama de casa 3.- Empleada 4.-Desempleada 5.-Otro especificar	3 4

VARIABLES INDEPENDIENTES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	ÍTEM
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Condición de la persona con los derechos y obligaciones civiles.	Independiente Cualitativa Dicotómica	1.- Con pareja 2.- Sin pareja	5 11
Religión	Creencia teológica o credo que se predica por el individuo, familia o comunidad	Que religión profesa al momento de la encuesta	Independiente Cualitativa Nominal	a) Católica b) Pentecostés c) Testigo de Jehová d) Bautista e) Ateo f) Otra	6
Pertenece a un grupo étnico	Condición o cualidad de pertenecer a la comunidad étnica de un estado	%=núm. de embarazadas pertenecientes a un grupo étnico	Independiente Cualitativa Nominal	1.- No 2.- Si a) Náhuatl b) Mixteco c) Tlapaneco d) Amuzgo	7
Institución de Derechohabien- cia	Derechohabien- cia a alguna institución del sistema nacional de salud público o privado	Derechohabien- cia que se tiene al momento de la encuesta	Independiente Cualitativa	1)) IMSS 2) ISSSTE 3) DIF 4) PEMEX 5) SSA 6) Privado 7) Otro 8) Ninguno	8
Dependencia económica	Es el otorgado a la persona por padres, esposo, familiares o institución pública o privada.	De quien depende económicament e al momento de la entrevista	Independiente Cualitativa	1) Pareja 2) Padres 3) Hermanos 4) Tíos 5) Abuelos 6) Trabajo	9 10
Escolaridad	Se refiere al nivel de estudios que tiene la paciente al momento de la encuesta	Grado de escolaridad máximo el cual se haya cursado o este cursando	Independiente Cualitativa ordinal	1) Sin estudios 2) Primaria incompleta 3) Primaria completa 4) Secundaria incompleta 5) Secundaria completa 6) Preparatoria incompleta 7) Preparatoria completa	12

VARIABLES INDEPENDIENTES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	ÍTEM
Autoestima	Aprecio o consideración que uno tiene de sí mismo.	Buena, regular o mala autoestima	Independiente Cualitativa Ordinal	1) Mucho 2) Regular 3) Nada	13 14 15
Proyecto de vida	Conjunto de actividades coordinadas e interrelacionadas que buscan cumplir con un objetivo específico, es la dirección que una persona marca para su propia existencia.	Estudiar, trabajar viajar, formar una familia, tener hijos	Independiente Cualitativa Nominal	Si No	16 17 18 19 28 29 33
Uso de métodos anticonceptivos	Utilización de algún método para prevenir embarazos no deseados o planeados, uso de recursos para planear la familia	Uso de preservativos, inyecciones mensuales bimensuales, parches, DIU.	Independiente, Cualitativa Ordinal	1) Si 2) No 3) Preservativos inyección pastillas, parche. DIU, implante	20 21 22
Problemas sentimentales con el novio o pareja	Es una serie de conflictos emocionales, físicos o de convivencia con su pareja sentimental antes de contraer matrimonio o vivir en unión libre, o miedo a perder pareja si no acceden a sus intenciones	Vivir actualmente con el madre de su hijo, no recibir apoyo emocional o económico de la pareja, tener una relación estable	Independiente cualitativa Ordinal	1) Si 2) No	23 24 25 26 27
Concepción mágica del amor y sexo	Es la percepción propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean, o no tienen cuidado, porque, como no se embarazaron de casualidad, además, no tienen miedo de las enfermedades de transmisión sexual.	Considerar que estaba muy enamorada y no deseaba perder al novio. Pensar que el embarazo la realizaría como mujer, pensar que como sus amigas ya tenían relaciones sexuales esto era normal.	Independiente Cualitativa Nominal	1) Si 2) No	30 31 32

Variables Independientes	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	de Escala de medición	de Ítem
Factores de riesgo reproductivos	Inherente a condición propia de la mujer que le condiciona un riesgo reproductivo	Riesgo inherente al propio embarazo.	Cualitativa	1) Menarquia 2) IVSA 3) Uso de métodos de PF 4) Orientación sobre métodos de PF 5) Orientación sobre salud sexual	34 35 38 39 40
Menarquia	Edad a la que inicia a menstruar	Edad en años cumplido en la que se presenta su primera menstruación	Cuantitativa continua	Años cumplidos	34
Inicio de vida sexual activa	Edad a la que inicia a tener relaciones sexuales y factores que influyen	Edad en años a la cual inicio reglar y que influyo	Cuantitativa Continua	Años cumplidos	35
Orientación sobre métodos anticonceptivos	Información otorgada al adolescente sobre uso, de métodos de prevención de embarazos no deseados	Recibió orientación sobre métodos anticonceptivos	Independiente Cualitativa Dicotómica	1) Si 2) No	37 38 39
Orientación en salud sexual	Información otorgada al adolescente sobre prevención de embarazos, ETS, salud sexual y reproductiva	recibió orientación sobre salud sexual,	Independiente Cualitativa Dicotómica	1) Si 2) No	40 41
relaciones con los padres y hermanos	Es la manera en que el adolescente mantiene relaciones de afecto con sus padres y hermanos	Viven juntos tus padres, relaciones con padres y hermanos antes del embarazo, convivencia con padres y hermanos antes del embarazo	Independiente Cualitativa Dicotómica	Excelente Regular Mala	42 43 44 45 47
Factores de riesgo familiares	Se define como aquel entorno familiar que predispone al embarazo adolescente	Los que han vivido durante infancia y parte de adolescencia	Cualitativo	1) Disfunción familiar 2) Antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, 3) Pérdida de figuras significativas 4) Baja escolaridad de los padres.	46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66 73

VARIABLES INDEPENDIENTES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	ÍTEM
				5) Relación con los padres 6) Problemas sentimentales con el novio	
Tipo de familia	Los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado consanguíneo, adopción o matrimonio	Tipo de familia según su parentesco	Cualitativa, nominal	Nuclear simple, nuclear extensa, extensa compuesta, monoparental	63
Factores de riesgo sociodemográficos	Al atributo o exposición de una persona, una población o el medio, que están asociados a la probabilidad de la ocurrencia de un evento.	Situación que aumenta la probabilidad de padecer la enfermedad	Cualitativo	1) Tabúes 2) Apoyo económico 3) Nivel de escolaridad Nivel socioeconómico	9 12 33 67 68 74
Nivel socio-económico (Ingreso)	Se refiere al ingreso promedio mensual de todos los miembros de la familia y básicamente el nivel socioeconómico puede ser bajo, medio y alto.	%= No. de pacientes según su ingreso económico/Total de mujeres embarazadas estudiadas.	Independiente Cualitativa Ordinal	Pesos	67 68
Factores de riesgo socioculturales	Se define como aquel entorno o situación social o cultural que influye en el embarazo adolescente	Los que vive actualmente y que influyen en su vida diaria	Cualitativa	1) Bajo nivel socioeconómico 2) Amor romántico 3) Adicciones 4) Trabajo no calificado, 5) Área urbana o rural 6) Ingreso precoz a la fuerza de trabajo, 9.-mitos 7) Tabúes sobre sexualidad 8) Marginación social 9) Predominio del "amor romántico" en las relaciones sentimentales de los adolescentes	7 30 31 32 69 70 71 72 75 76 77 78 79 80

Método de recolección de datos:

Por medio de una entrevista se aplicó una cédula de 80 ítems, llamada prevalencia de características de riesgo encontradas en diversos estudios asociadas al primer embarazo en adolescentes, en Iguala Guerrero, a mujeres embarazadas adolescentes que acudieron al servicio de urgencias del HGJSA de la ciudad de Iguala, Gro". (Anexo 1)

Procedimiento de la investigación

- 1) Se invitó a participar a las adolescentes embarazadas de primera gesta que acudieron al HGJSA de Iguala
- 2) Para la recolección de datos se realizó una entrevista a mujeres embarazadas adolescentes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital General "Dr. Jorge Soberón Acevedo" de la ciudad de Iguala Gro., durante el periodo enero junio del 2015, mediante la aplicación de una cédula llamada prevalencia de características de riesgo encontradas en diversos estudios asociadas al primer embarazo en adolescentes, en Iguala Guerrero, la cual se divide en cinco bloques: Identificación personal, factores personales, factores reproductivos, factores familiares, factores culturales, la cual fue revisada por pares, quienes realizaron observaciones, se realizó prueba piloto y supervisada por asesor experto en estadística
- 3) Se explicaron los procedimientos, objetivos y potenciales beneficios de esta investigación.
- 4) Al concluir la recolección de datos se procedió a la revisión de 510 cédulas para la codificación y análisis de datos.

Plan de análisis.

Se capturó una base de datos con la información obtenida en las entrevistas. Se buscaron valores ilógicos de codificación, frecuencias simples, porcentajes, moda,

mediana, desviación típica, se realizaron gráficos de barras e histogramas. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 19.

Consideraciones éticas.

Esta investigación no puso en peligro la vida de este grupo de personas, ya que solo se realizó una encuesta estructurada a las personas que cumplieron los criterios de inclusión, se les aplicó un cuestionario, toda la información individual que se proporcionó fue totalmente confidencial, se les explicó verbalmente al momento de aplicar la encuesta, por lo que no se divulgaron los nombres de los pacientes, ya que no se realizaron métodos invasivos, para lo anterior se diseñó un formato de Consentimiento Informado, previa explicación de los procedimientos de la investigación.

El estudio se realizó basándose en los postulados éticos de la norma de la convención de Helsinki, la cual fue ratificada en Tokio en 1975 y modificada en la 52° reunión en Edimburgo e Art 7°, n el año 2013 art 3° apartado I,II, III, Art. 4°, Art.5°, Art.6°, Art 7°, Art.8°, Art 9°, Art 10°, Art 11°, Art 12°, Art 13°, Art 16°, Art 17°, Art 20°, Art 21, apartado I,II,II,IV. VIII, Art 22°, Art 99°, Art 100°, Art 101°, de acuerdo al título 5 y en los artículos 96 al 103 de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en los cuales se garantiza no dañar la integridad física, ni moral de las personas.³⁴

La Ley General de Salud establece lineamientos y principios a los que debe someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, los cuales mencionan que la investigación para la salud es un dato determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud de los individuos y de la sociedad en general.

El reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud en el titulo primero, capitulo único, en el Artículo 3, en sus apartados I,II,III, se refiere que la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que

contribuyen; al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos; al conocimiento de los vínculos entre las causas de la enfermedad, la práctica médica y la estructura social, la prevención y control de los problemas de la salud, en su título segundo habla acerca de los aspectos éticos de la investigación en los seres humanos. En el artículo 13 menciona que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y a la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 114. De este reglamento y bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud, que garantice el bienestar del sujeto de investigación.

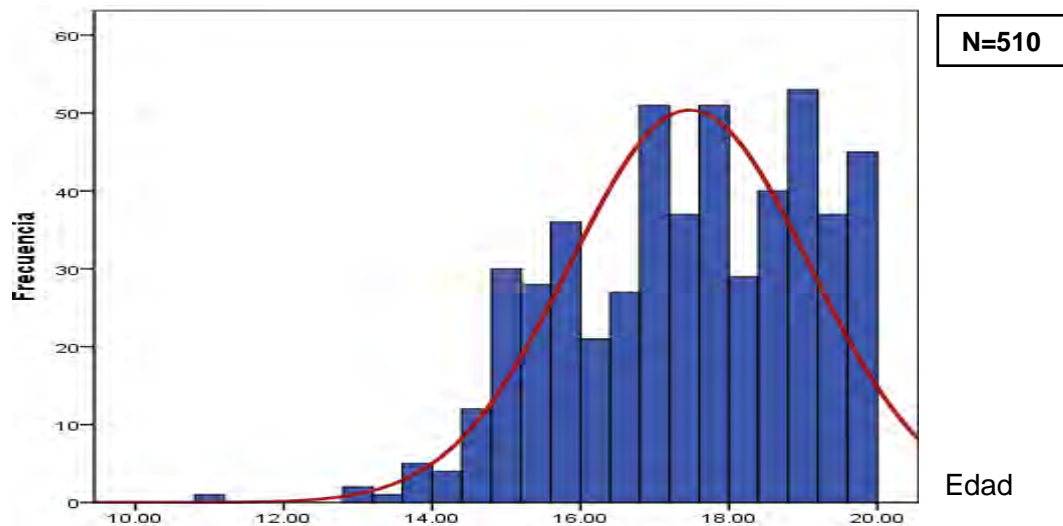
En el artículo 20 se considera el concepto de consentimiento informado, como un acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación, en su caso, su representante legal autorice su participación en la investigación, con pleno conocimiento de los procedimientos y riesgos y tiene la capacidad de libre elección.

Artículo 21. Para el consentimiento informado se considera existente, el sujeto de investigación deberá recibir una explicación clara y completa, de tal manera que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los aspectos mencionados en la fracción I,II,II,IV,VII, VIII, IX.³⁵

Resultados.

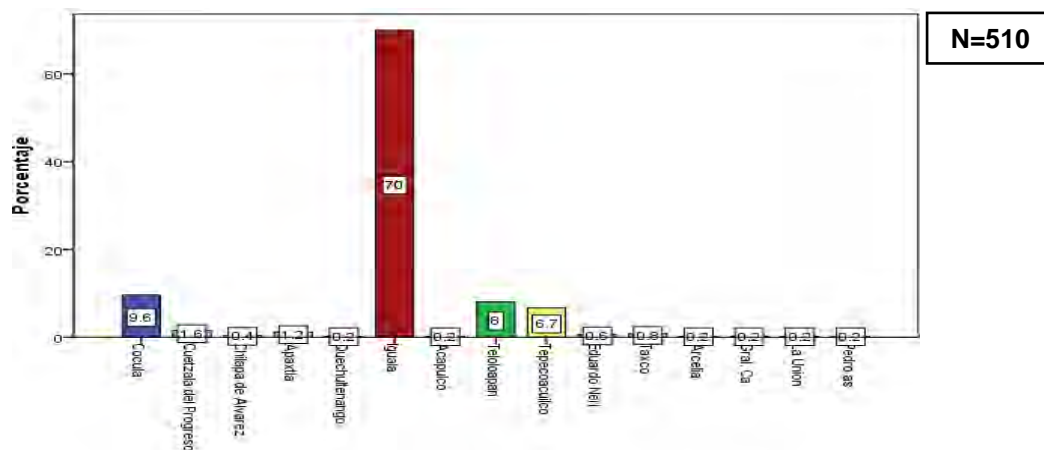
Se observó que el promedio de edad en esta serie de 510 adolescentes embarazadas en primera gesta fue de 17.47 años, predominando las de 19 años con 130 (25.5%), la edad mínima fue de 13 años con una frecuencia de 3 (0.6%). De 14 años 24 (4.7%), 15 años 69 (13.5%), 16 años 76(14.9%), 17 años 100 casos (19.6%) y 18 años 108 (21.2%), con una desviación estándar de 1.583 y una moda de 18.9 años.

Gráfica 1.- Edad



En relación a el municipio de origen 357 (70%) residían en el Municipio de Iguala, 49 (9.6 %) de Cocula, 41 (8%) de Teloloapan, 31 (6%) de Tepecoacuilco y el resto 32 (6.4%) de otros municipios.

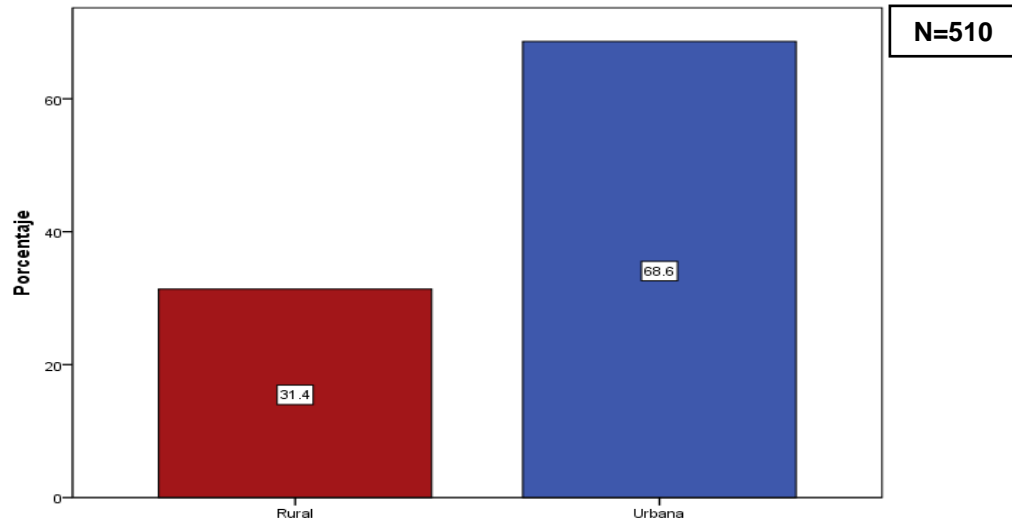
Gráfica 2.- Municipio de origen.



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

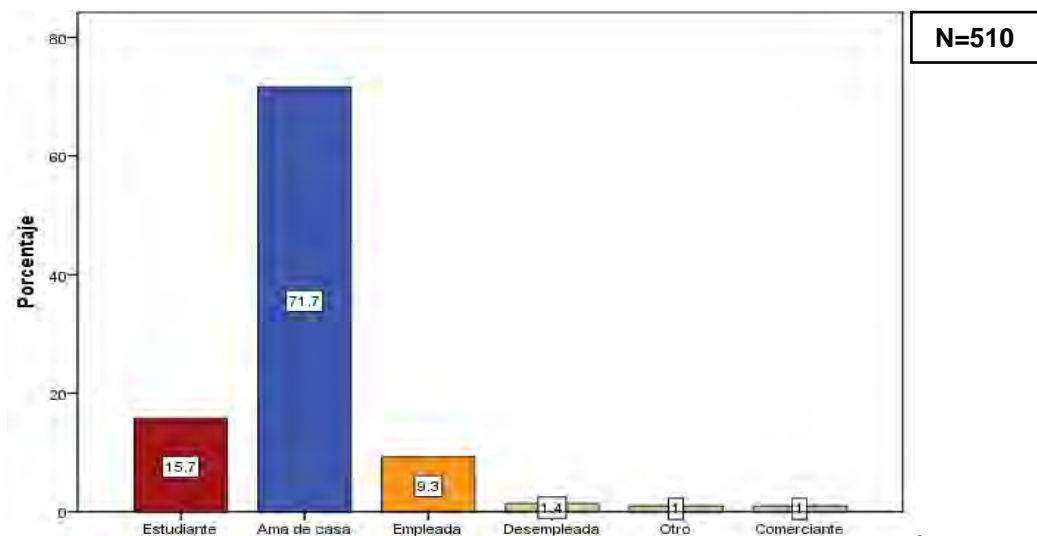
Se encontró que en la demografía 350 (68.6%) vivían en una zona Urbana y 160 (31.4%) en una zona rural.

Gráfica 3.- Zona demográfica de radicación.



En cuanto ocupación se encontró que la mayor parte de las adolescentes 366 (71.7%) se dedican al hogar, 80 (15.7%) son estudiantes, 47 (9.3%) son empleadas, 1.4% (7) desempleadas y 1% (5) se dedicaban a otra actividad.

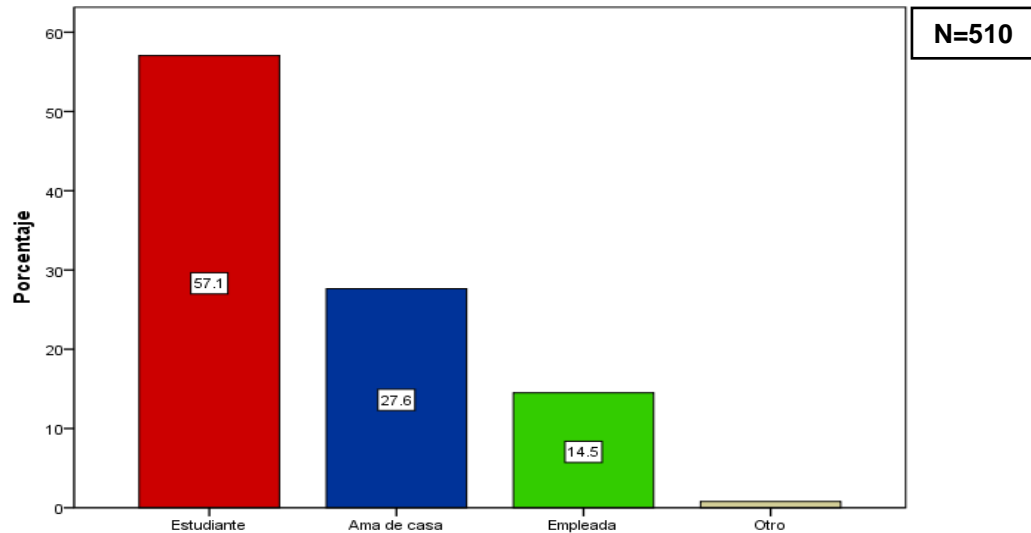
Gráfica 4a.- Ocupación



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

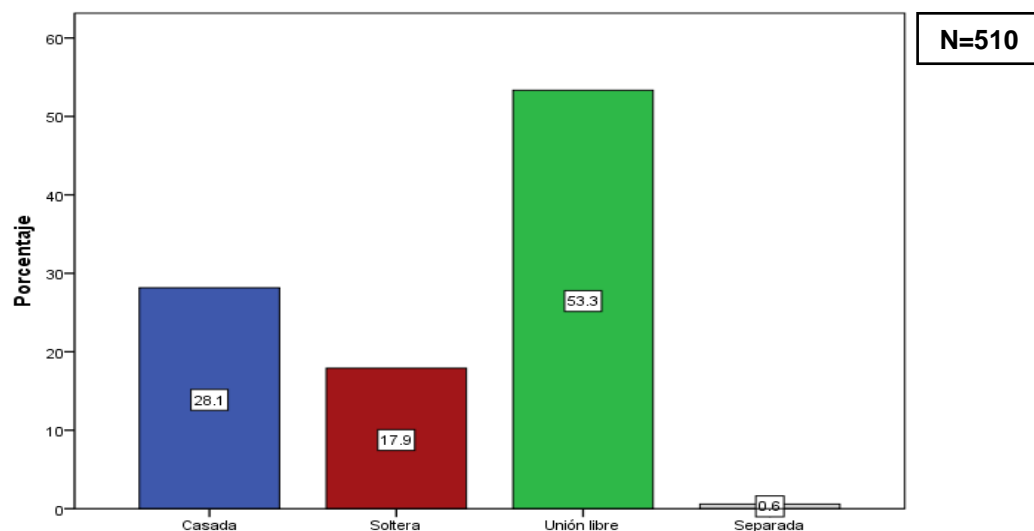
Se observó que 291 (57.5%) de las adolescentes eran estudiantes antes de su embarazo, 140 (27.6%) amas de casa, 73 (14.5%) empleadas y 6 (1%) se dedicaba a otra actividad.

Gráfica 4b.- Ocupación antes de estar embarazadas.



Se encontró que del total de las adolescentes embarazadas 273 (53.3) su estado civil antes del embarazo era unión libre, 143 (28.1%) casadas 91 (17.8%) solteras, y 3 (0.6%) están separadas, dando un total de 416 (81.4%) que tienen pareja, con una razón de 4.07 mujeres con pareja contra 1 las que no tienen.

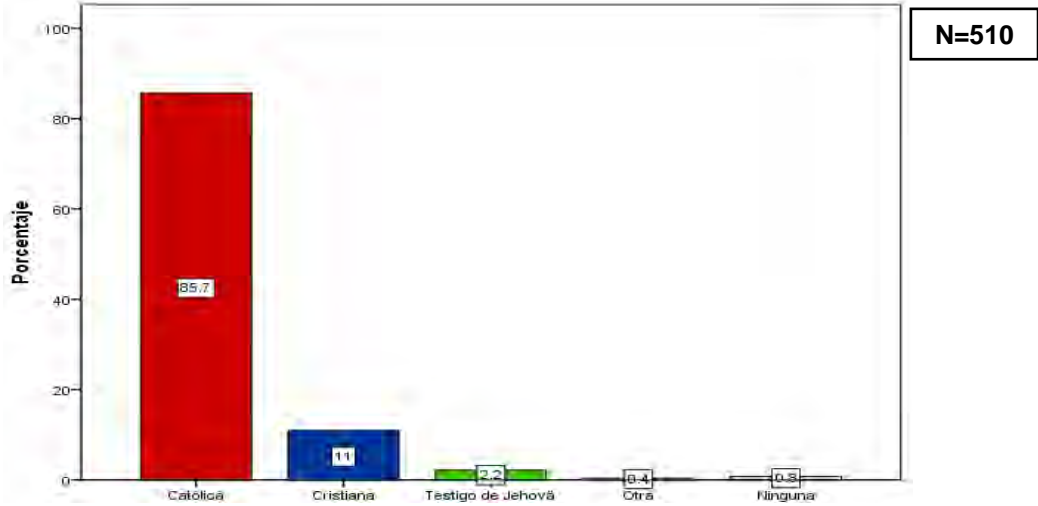
Gráfico 5.- Estado civil antes del embarazo



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

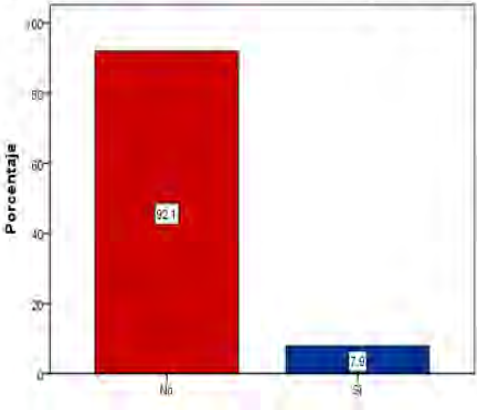
En referencia a religión 437 (85.7%) profesaban la religión católica, 56 (11%) eran cristianas, 11 (2.2%) testigos de Jehová, 4 (0.8%) no profesaban ninguna religión y el 2 (0.4%) otras.

Gráfica 6.- Religión.

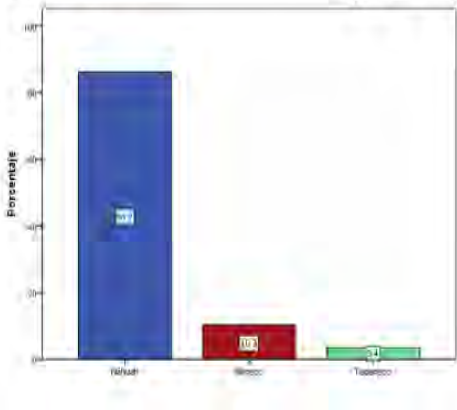


Respecto a la pertenencia a una etnia indígena 470 (92.1%) respondieron que no, y 40 (7.9%), respondieron que si pertenecían a una etnia indígena, de estas 34 (86.2%) pertenecían a la etnia Náhuatl, 4 (10.3%) a la etnia mixteca y 2 (3.4%) a la etnia Tlapaneca.

Gráfica 7a. Pertenencia a una etnia indígena.



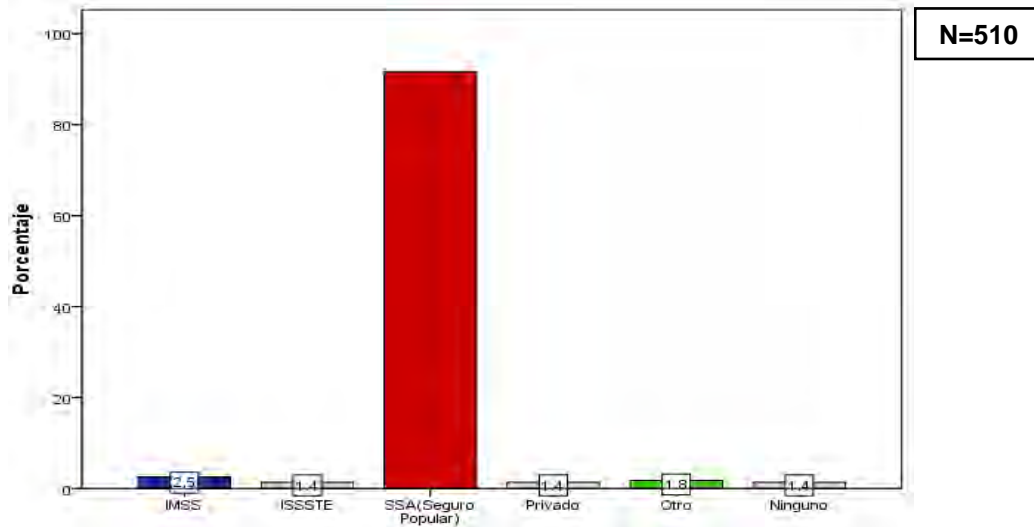
Gráfica 7b.- Etnia indígena a la que pertenecen.



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

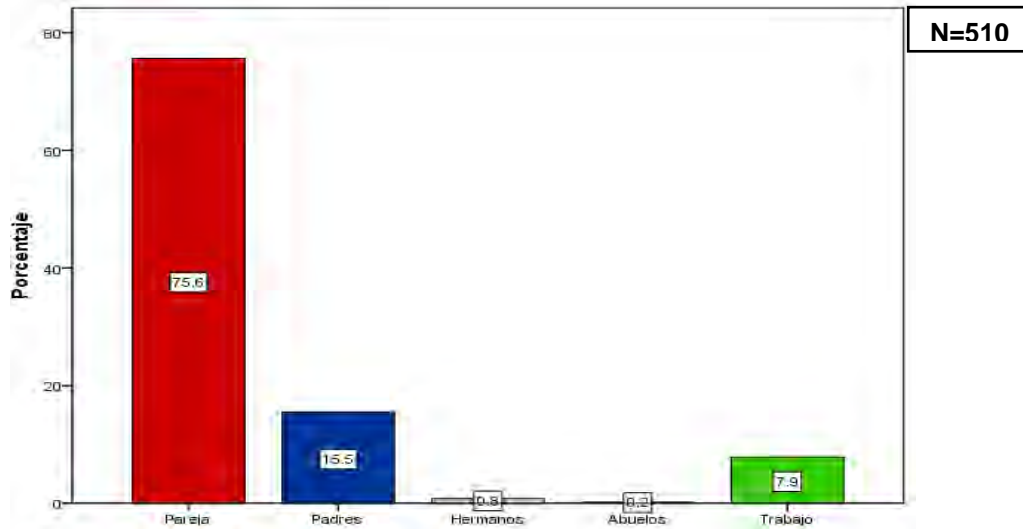
En relación a el sistema de financiamiento en salud o institución en donde reciben atención medica las adolescentes, se observó que el 467 (91.5%) tienen seguro popular, el 14 (2.5%) IMSS, 7 (1.4%) ISSSTE, 7 (1.4%) privado, 8 (1.8%) otros y 7 (1.4%) ninguno.

Gráfica 8.-Institución donde reciben atención médica.



Del total de las adolescentes se observó que 385 (75.8%) dependían económicamente de su pareja, 79 (15.5%) de sus padres, 40 (7.9%) trabajaban, 4 (0.85%) dependían de sus hermanos y 2(0.2%) de sus abuelos.

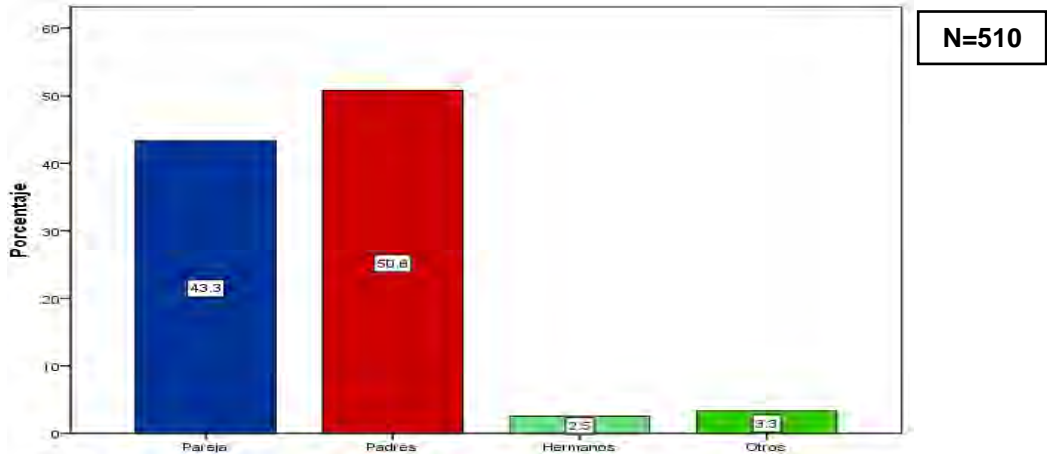
Gráfica 9.- Dependencia económica.



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

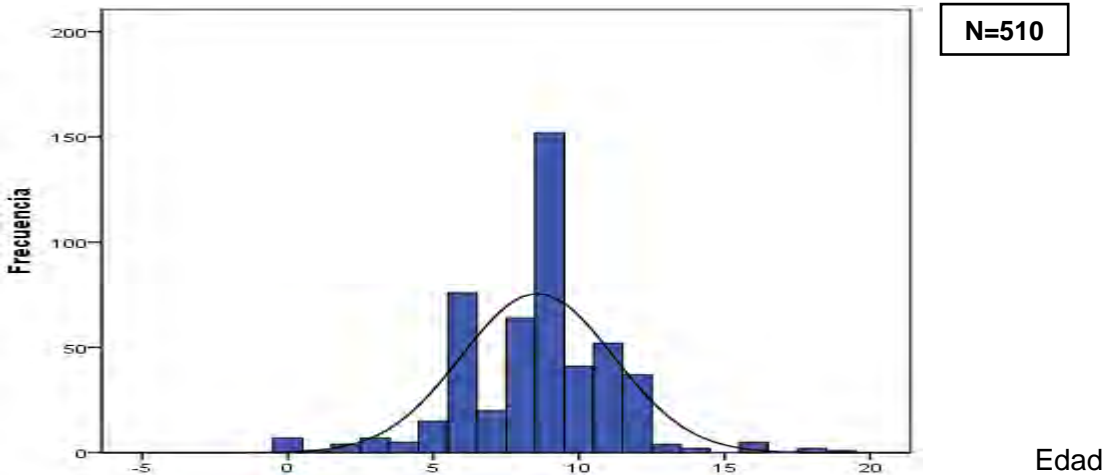
Al indagar sobre con quien vivió la mayor parte del último años 259 (50.8%) de las mujeres adolescente respondieron que con sus padres, 221 (43.4%) con su pareja, 13 (2.5%) con hermanos, y 17 (3.3%) con otros.

Gráfica 10.- Persona con quien vivió la mayor parte del último año.



Se observó que los años promedio de estudio de las mujeres adolescentes embarazadas de primera gesta fue de 8.57 años con una desviación típica de 2.617 años, una moda de 9 años con 152 (30.5%) que terminaron primaria, 108 (21%) secundaria incompleta, 37 (7.1%) secundaria terminada, 6 (1.1%) preparatoria incompleta, 5 (0.9%) terminaron preparatoria, una máxima de 3 adolescentes estudiando nivel superior y una mínima de 0 años o sea sin ningún grado de estudios 7 (1.3%).

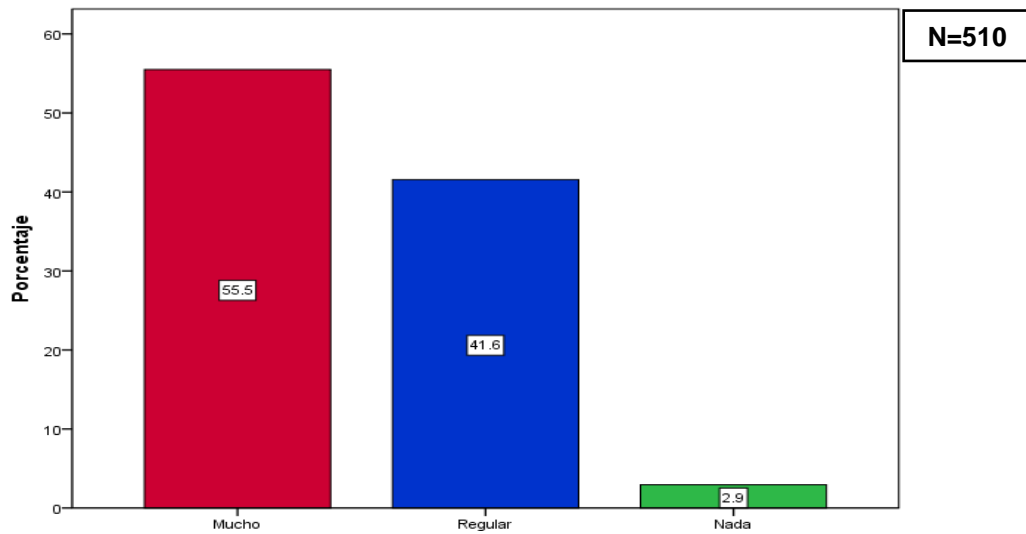
Gráfica 11.- Nivel de escolaridad.



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

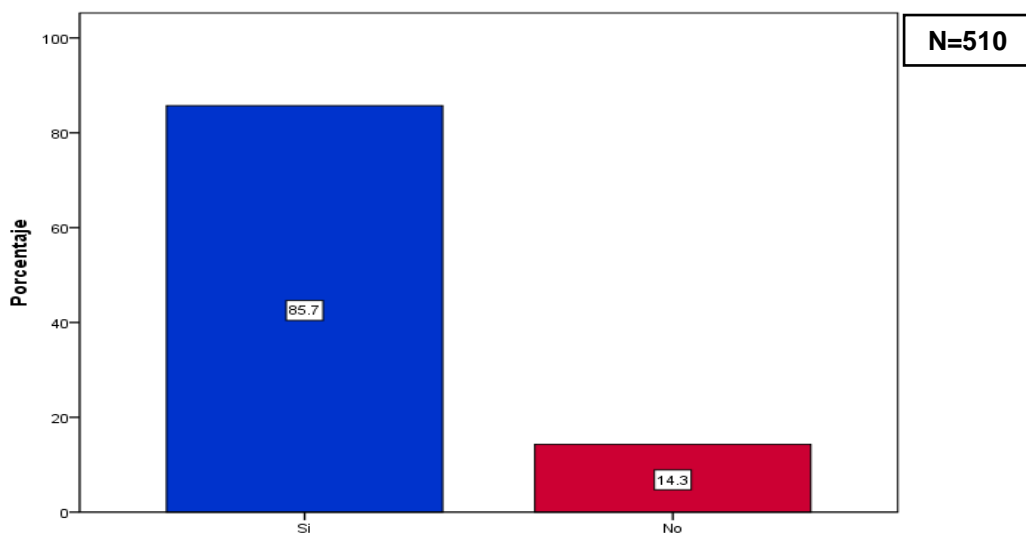
Respecto a la autoestima 283 (55.5%) en respuesta a la pregunta: ¿Te sentías querida por tus padres? respondió que mucho, 212 (41.6%), dijo que regular y 15 (2.9%) nada.

Gráfica 12.- Sentirse querida por sus padres (autoestima).



Se encontró que 437 (85.7%) de las mujeres adolescentes embarazadas de primera gesta se aceptaban así mismas con cualidades defectos y virtudes y 73 (14.3%) no.

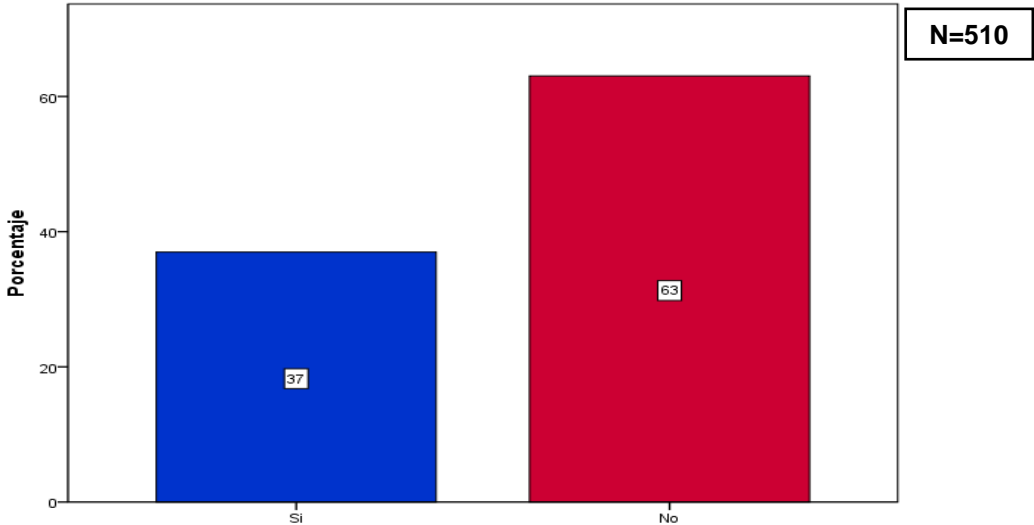
Gráfica 13.- Autoestima



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

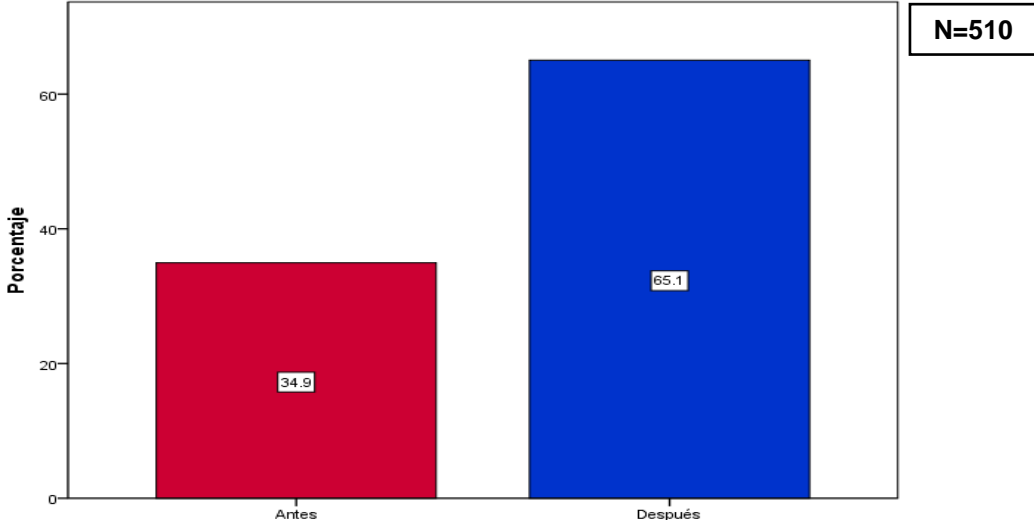
De las adolescentes encuestadas 321 (63%) se sentían solas, sin cariño, necesitadas de afecto y amor, y 189 (37%) refirieron sentirse apoyadas, con afecto y amor.

Gráfica 14.- Carencia emocional (autoestima)



En referencia a que si el embarazo ocurrió antes o después de dejar de estudiar, 332 (65.1%) dejaron la escuela después de saberse embarazada y el 34.9% (178) dejó la escuela antes de embarazarse.

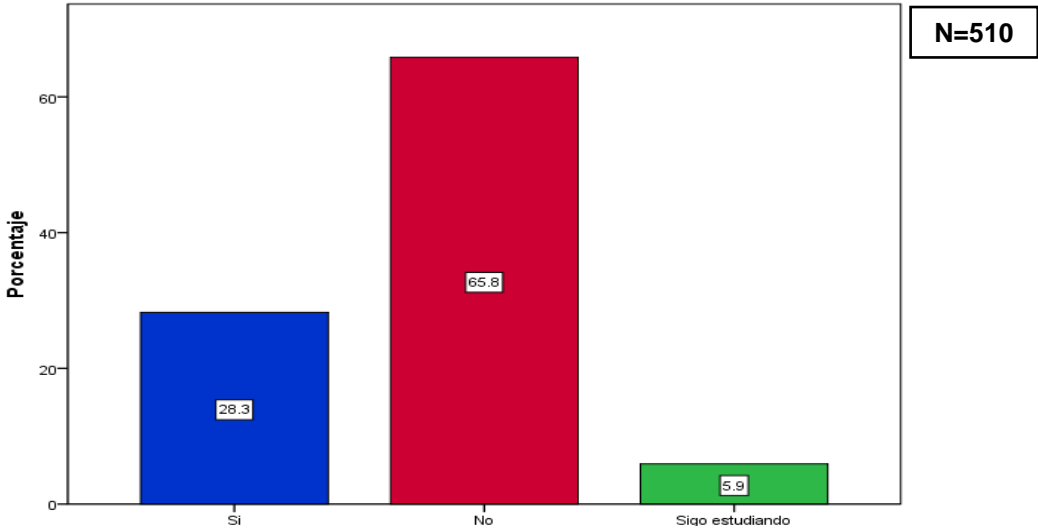
Gráfica 15.- El embarazo ocurrió antes o después de dejar de estudiar



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

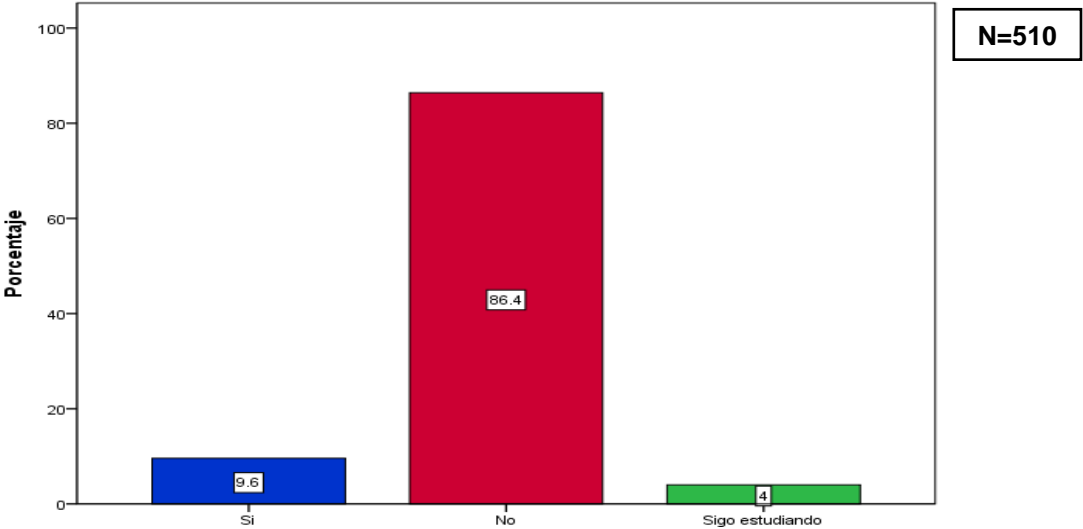
Del total de la adolescentes, 144 (28.3%) dejaron la escuela por causa del embarazo, 336 (65.8%) no dejó la escuela por causa del embarazo y 20 (4%) sigue estudiando. Encontrando que solo 6 de cada 100 adolescentes sigue estudiando.

Gráfica 16.- Abandono estudios por el embarazo.



Más de la mitad de las adolescentes embarazadas, 451 (88.4%) no planeaban embarazarse antes de dejar de estudiar, y solo 49 (9.6%) sí y el 4% (20) sigue estudiando.

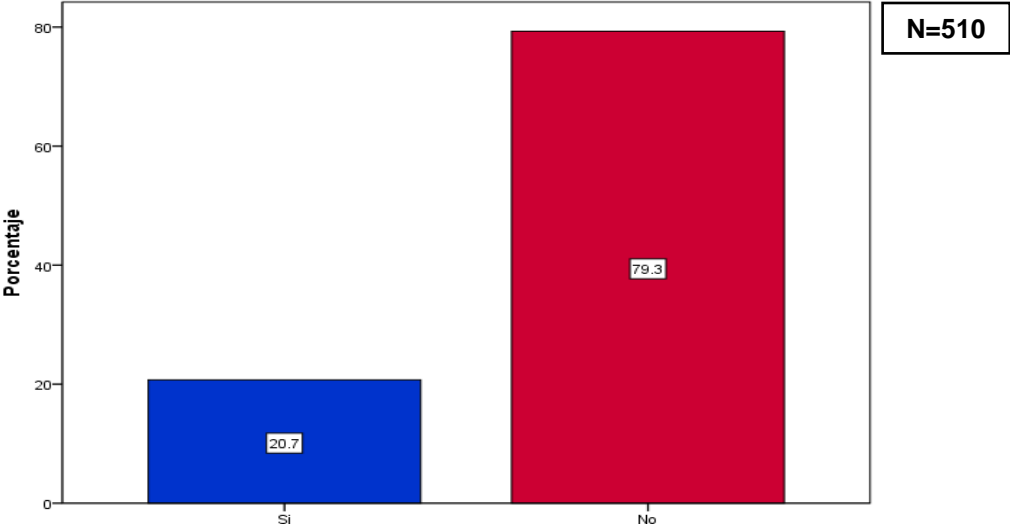
Gráfica 17.- Antes de dejar de estudiar ya planeaban embarazarse.



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

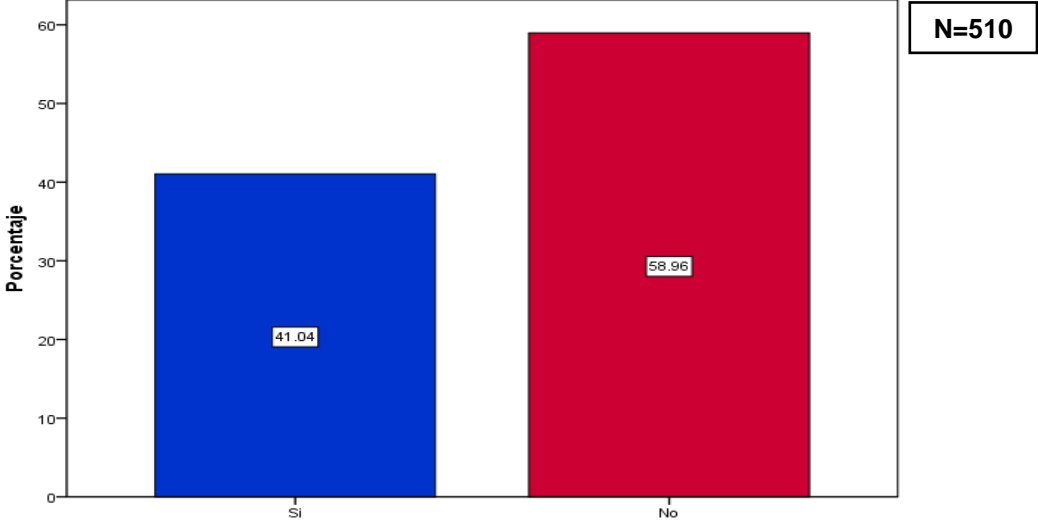
De 510 adolescentes encuestadas 404 (79.3%) no dudaron en continuar con el embarazo y 106 (20.7%) si pensaron en algún momento en no continuar con el embarazo.

Gráfica 18.- Deseo de continuación del embarazo



Al indagar sobre el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual 300 (58.96%) respondió que no utilizo ningún método y 210 (41.04%) sí utilizó métodos de planificación familiar.

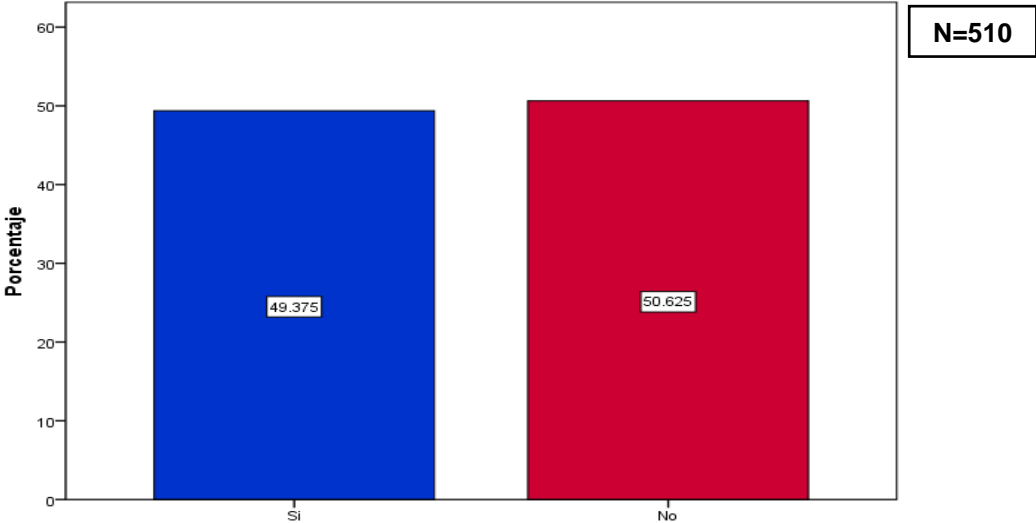
Gráfica 19.- Uso de método anticonceptivo en la primera relación sexual.



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

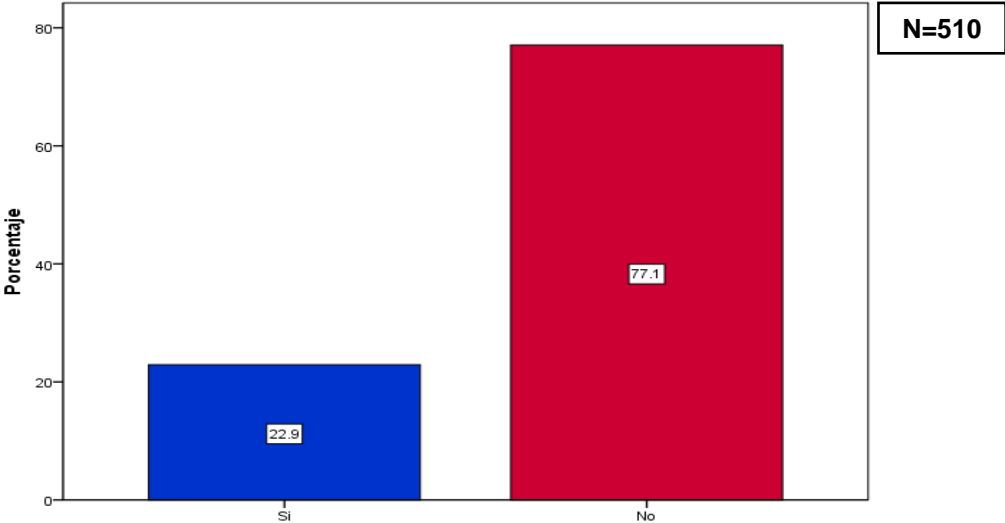
Con respecto al uso de anticonceptivos en las relaciones subsecuentes 258 (50.6%) de las mujeres adolescentes no utilizó un método de planificación familiar y 252 (49.4%) si utilizó método anticonceptivo en sus relaciones sexuales subsecuentes.

Gráfico 20.- Uso de método anticonceptivo en relaciones subsecuentes



Al indagar sobre el uso de la píldora de emergencia 393 (77.1%) de las mujeres adolescentes nunca utilizó la píldora de emergencia y 117 (22.9%) si la utilizó.

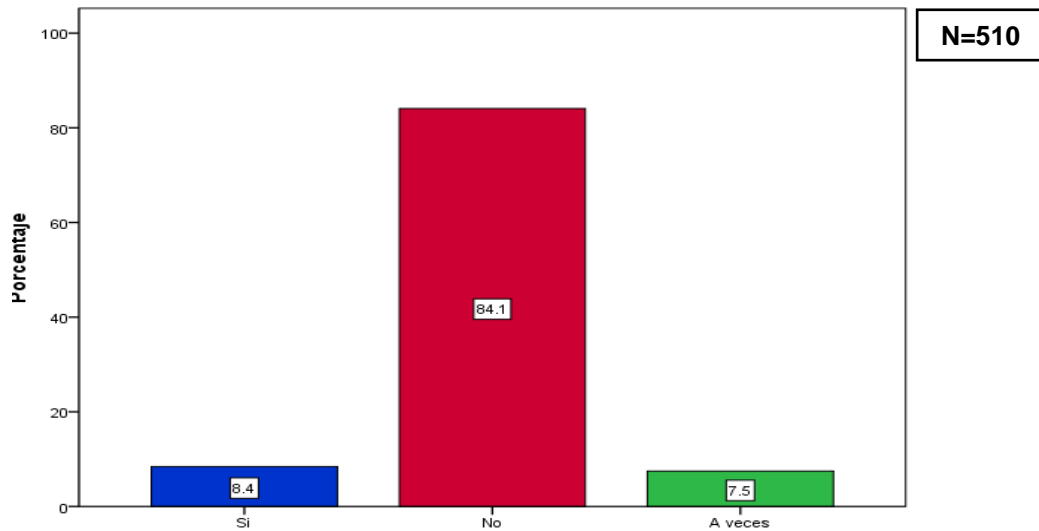
Grafica 21.- Uso de píldora de emergencia.



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

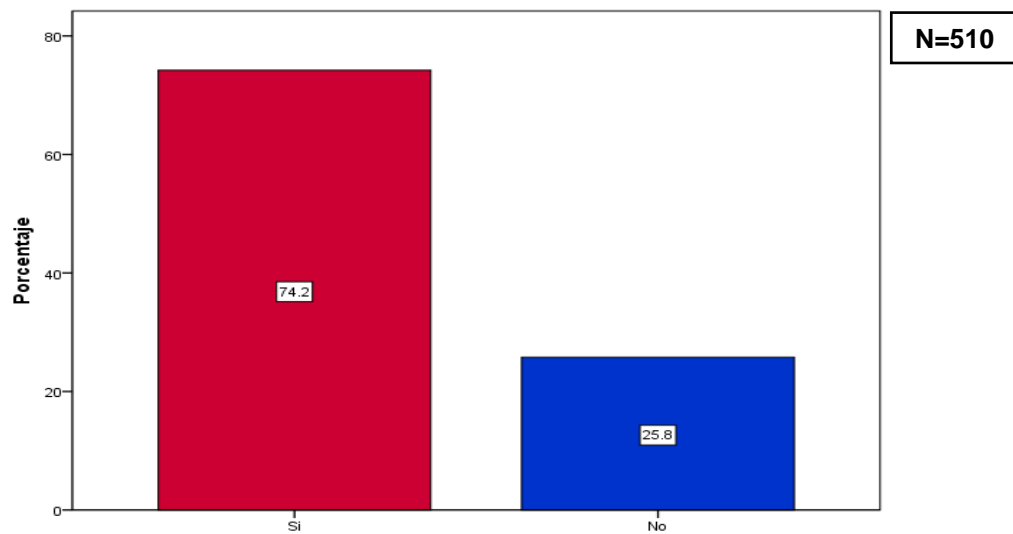
De las 510 adolescentes encuestadas 429 (84.1%) al preguntarles si tuvo problemas con su pareja por no tener relaciones sexuales respondieron que no, 43 (8.5%) respondieron que sí tuvieron y 38 (7.5%) algunas veces.

Gráfico 22.- Problemas con pareja por no aceptar tener relaciones sexuales.



Al indagar si las adolescentes vivían con el padre de su hijo 378 (74.2%) de las embarazadas respondieron que actualmente si viven con el padre de su hijo y 132 (25.8%) no.

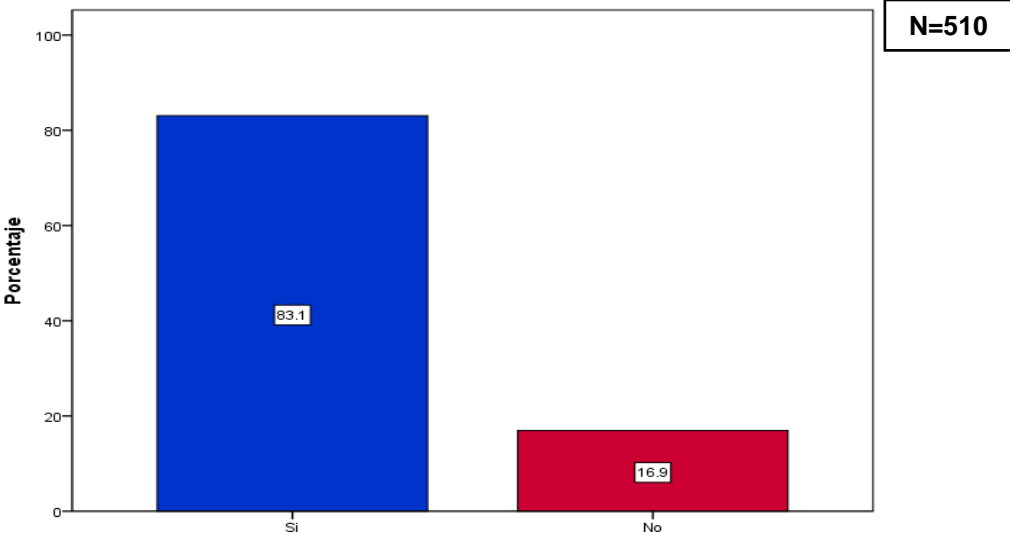
Gráfica 23.- Vive con el padre de su hijo



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

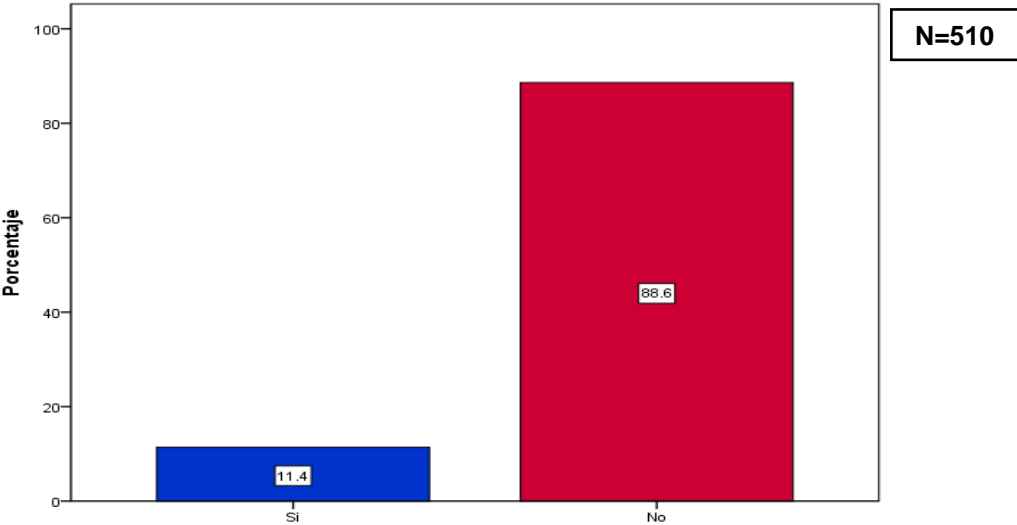
Se observó que 424 (83.1%) de las mujeres adolescentes al saberse embarazadas recibieron apoyo emocional por parte de su pareja y 86 (16.9%) no.

Gráfica 24.- Apoyo emocional de la pareja.



Al indagar sobre si la pareja de la adolescente la presionó para embarazarse 451 (88.6%) respondieron que no y 58 (11.4%) si tuvieron presión por parte de su pareja para embarazarse.

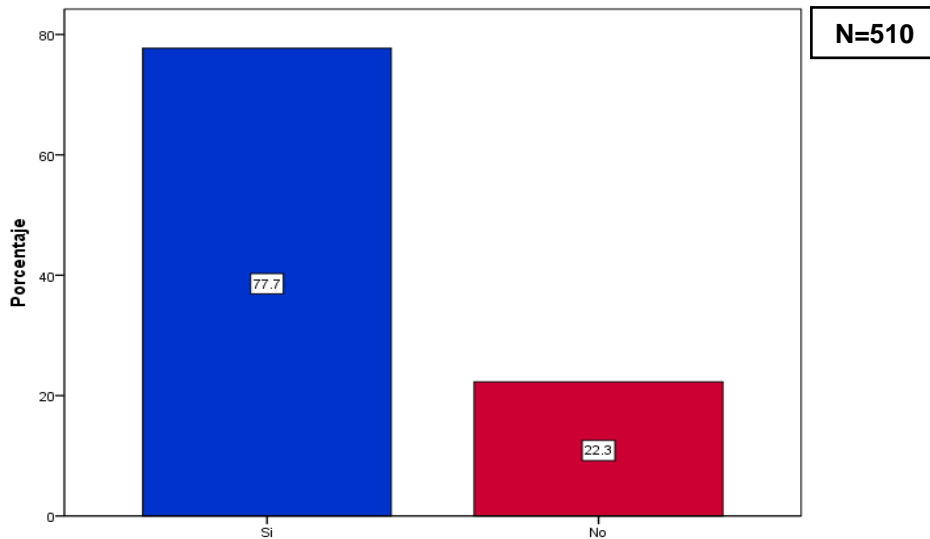
Gráfica 25.- Presión por parte de la pareja para embarazarse.



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

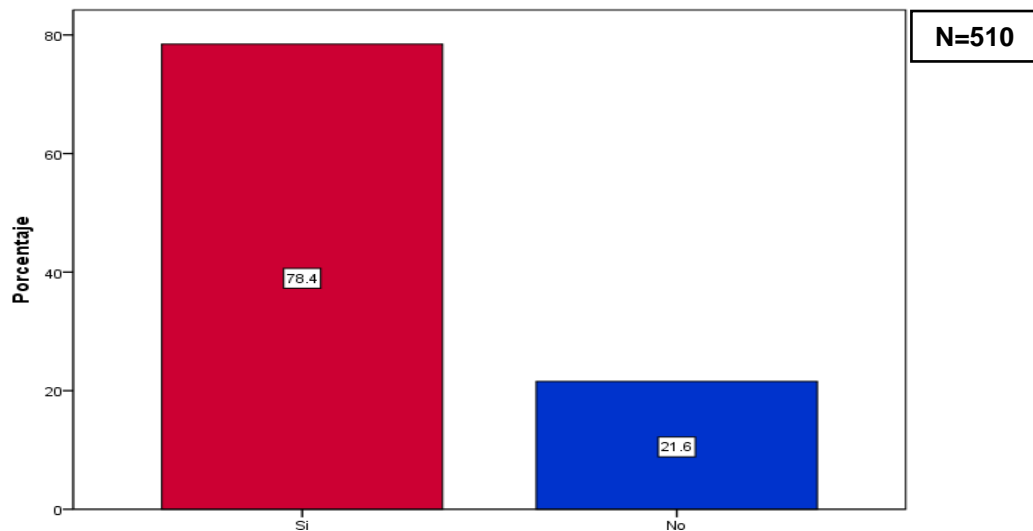
Se observó que 396 (77.7%) de las mujeres adolescentes embarazadas tienen una pareja estable y el 114 (22.3%) no.

Gráfica 26.- Relación de pareja estable



Al indagar si la adolescente tiene un proyecto de vida 400 de ellas (78.4%) respondieron que sí y 110 (21.65%) no.

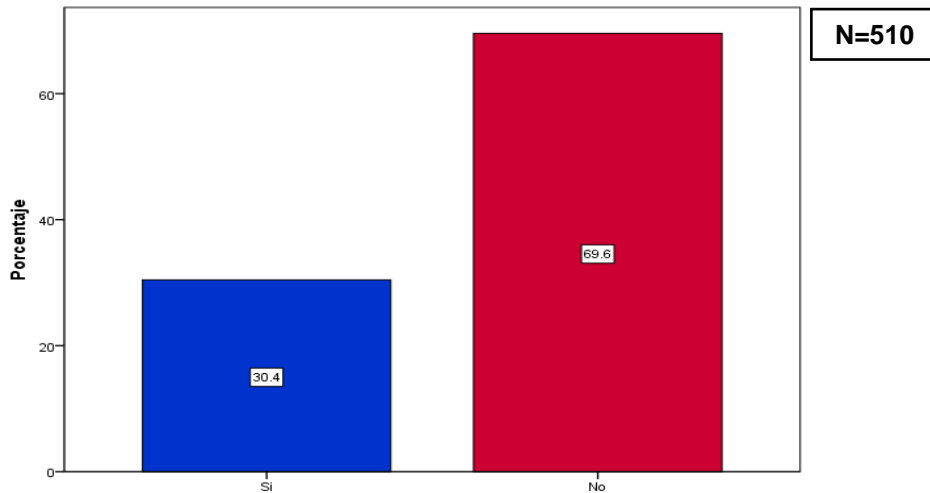
Gráfica 27.- Tiene un proyecto de vida.



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

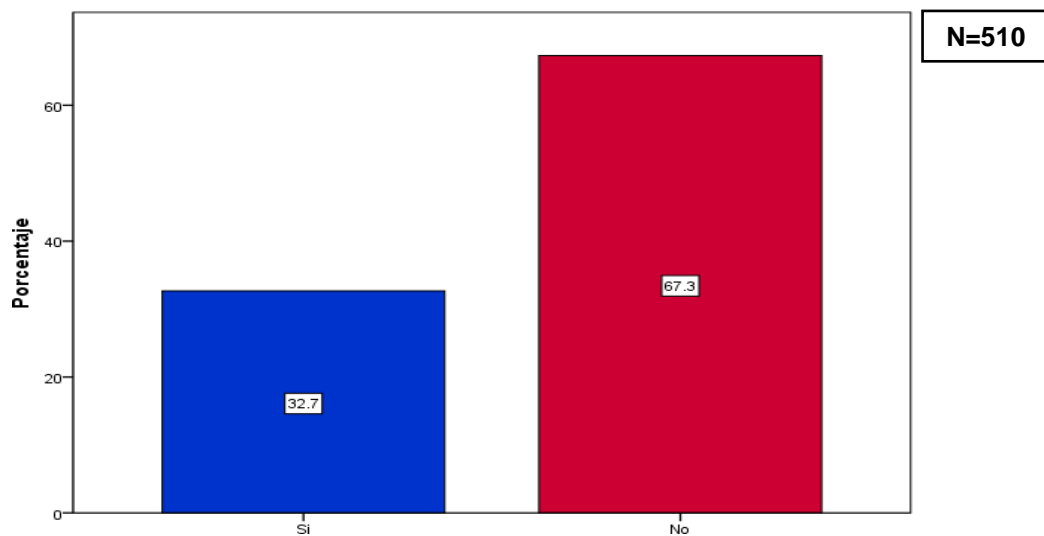
Se les cuestionó a la adolescentes si el embarazo trunca o modifica su proyecto de vida y 354 (69.6%) respondieron que no y 156 (30.4%) consideran que el embarazo si les truncó su proyecto de vida.

Gráfica 28.- El embarazo trunca tu proyecto de vida.



343 (67.3%) de las mujeres adolescentes consideraban que estaban muy enamoradas y no deseaban perder al novio y esto influyó para que se embarazaran y 167 (32.7%) no considero que estar enamoradas y por no perder a su pareja se embarazaron.

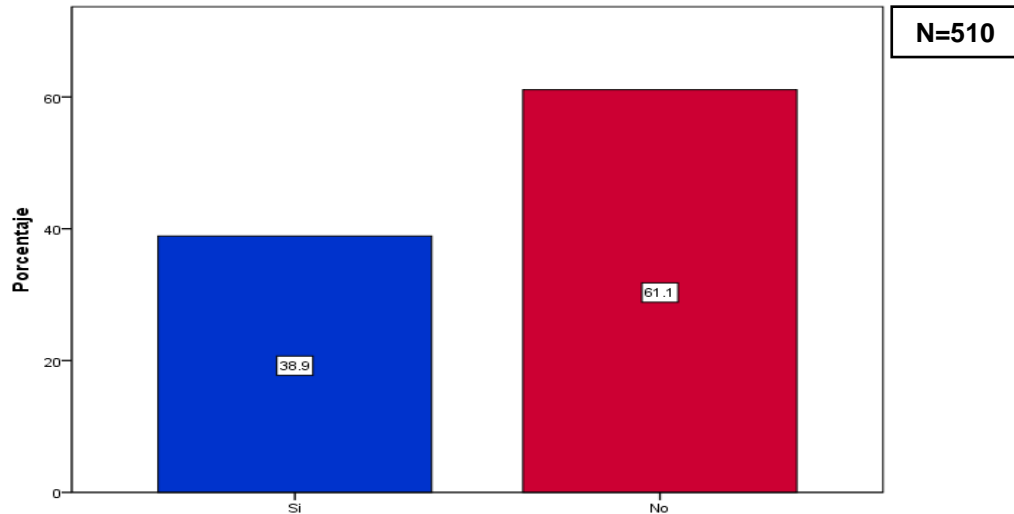
Gráfico 30.- Concepción mágica del amor.



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

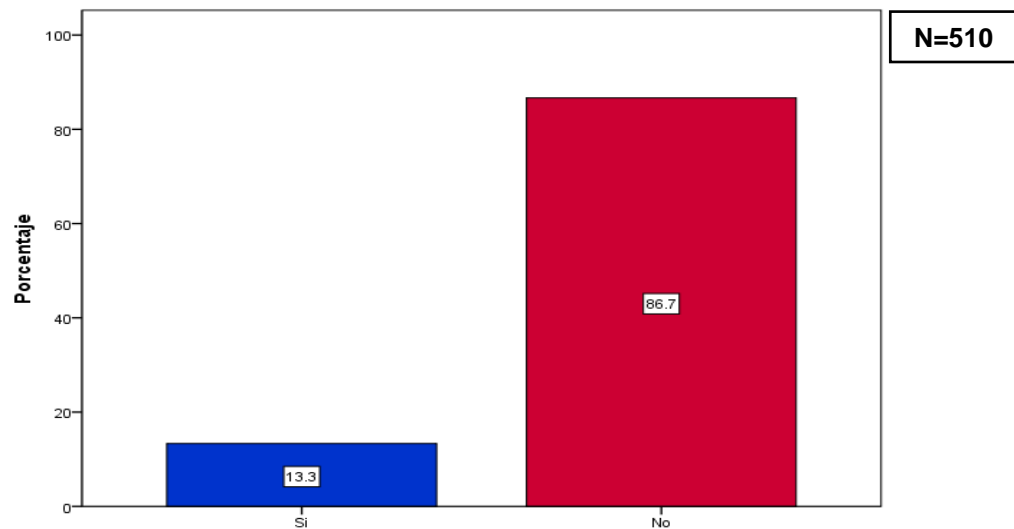
312 (61.1%) de las mujeres adolescentes pensaron que el embarazo la realizaría como mujer y 198 (38.9%) consideró que no.

Gráfica 31.- Realización como mujer al embarazarte.



Para saber si el que sus amigas ya tenían relaciones sexuales o ya tenían hijos influyó en que ellas se embarazaran, 442 (86.7%) respondieron que esto no influyó y 68 (13.3%) consideró que si influyó.

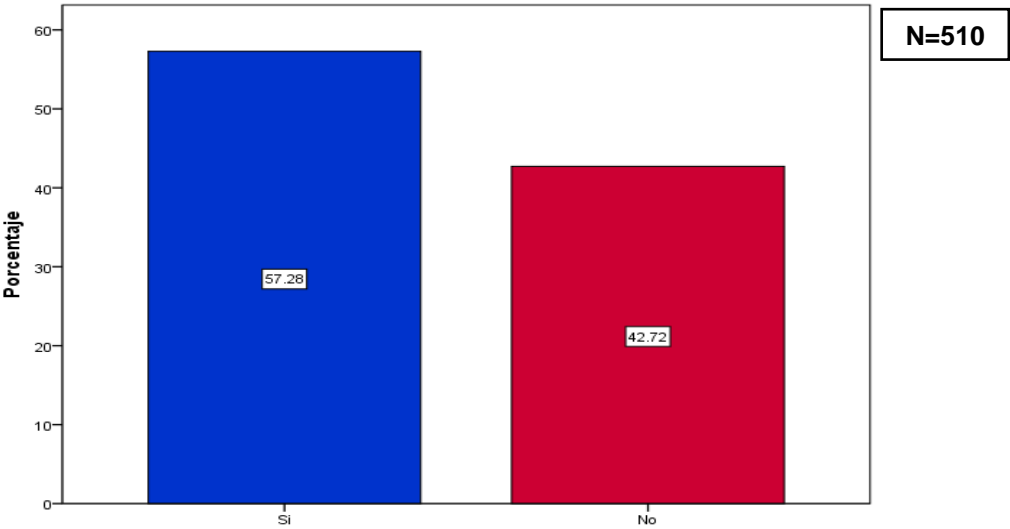
Gráfica 31.- Relaciones de las amigas influyó para embarazarse



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

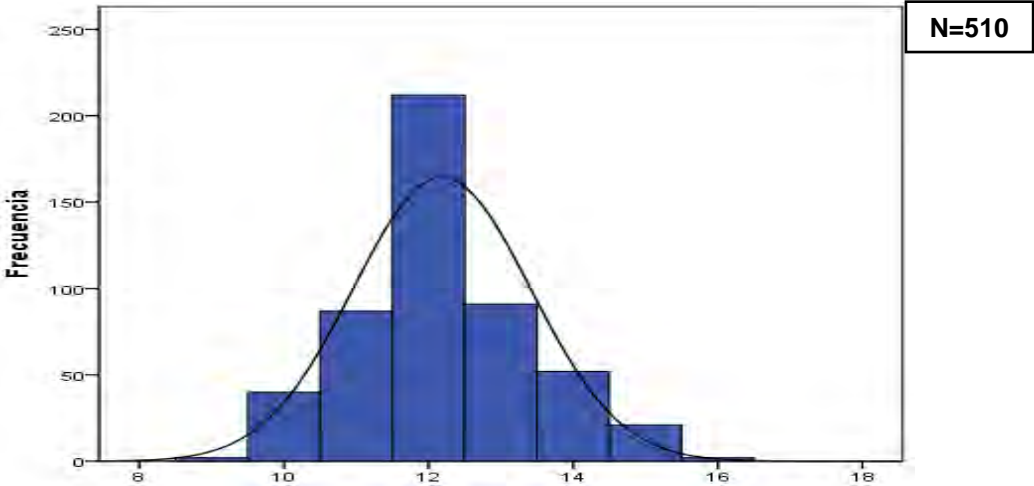
Al indagar sobre el deseo de embarazo 292 (57.28%) de las mujeres adolescentes embarazadas respondieron que si deseaban embarazarse y el 218 (42.72%) no.

Gráfica 32.- Deseo de embarazarse.



Dentro de los factores reproductivos se observó que la edad promedio de menarquia fue a los 12.18 años con 220 adolescentes lo que representa el (43.13%), con una desviación típica de 1.232 años y una moda de 12 años, se observó que 143 (28.03%) iniciaron a menstruar antes de los 11, lo que es considerada menarquia precoz.

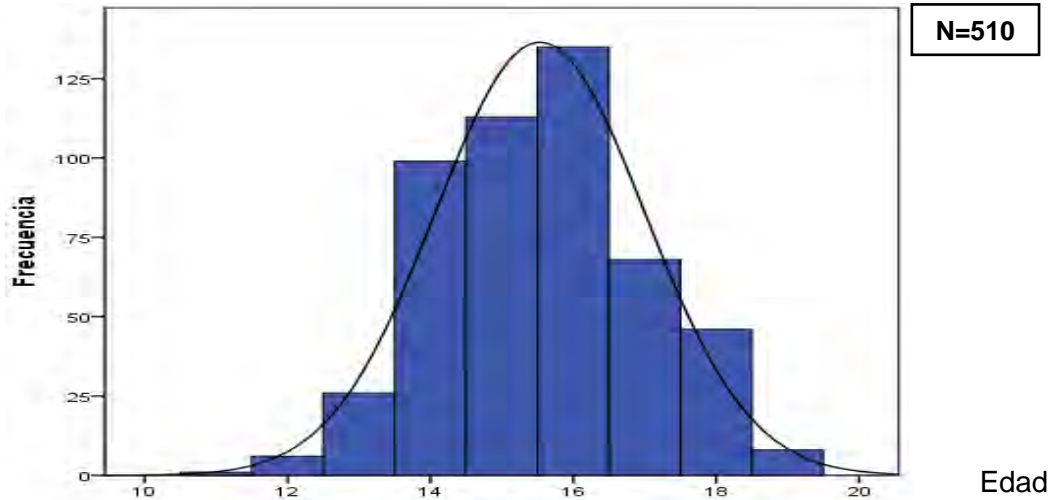
Gráfica 33. Edad de menarquia.



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

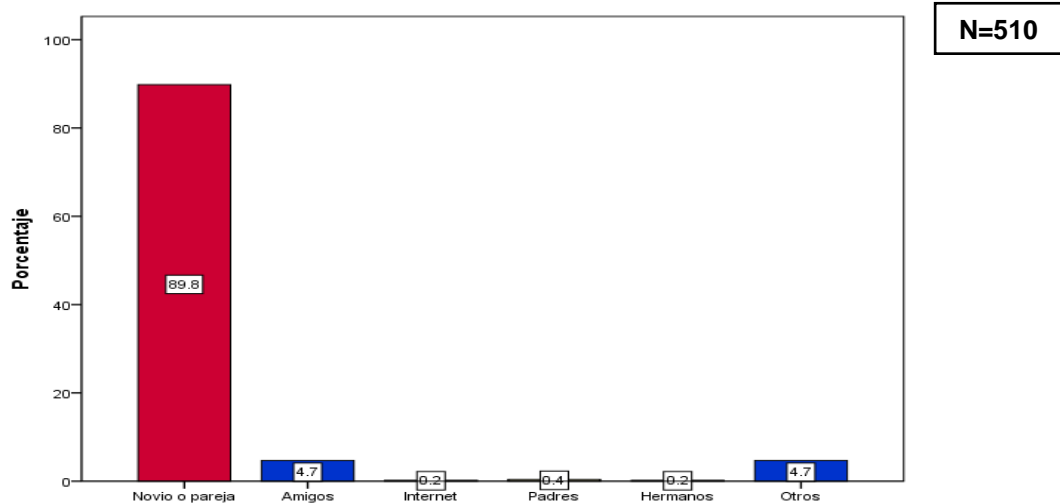
Se observó que la edad de inicio de relaciones sexuales de las mujeres adolescentes embarazadas de primera gesta tuvo una media de edad de 15.53 años con 135 (26.57%) mujeres que iniciaron vida sexual activa antes de cumplir 16 años, una desviación típica de 1.467 años una moda de 16 años, una mínima de 11 con 3 casos lo que representa el (0.58%) y una máxima de 19 años con 7 casos representando el (1.38%).

Gráfica 34.- Edad de inicio de vida sexual.



457 (89.8%) de las mujeres adolescentes embarazadas consideró que su novio o pareja habían influido para que ella iniciara vida sexual, 24 (4.7%) consideró que amigos, y 26 el (5.1%) otros motivos.

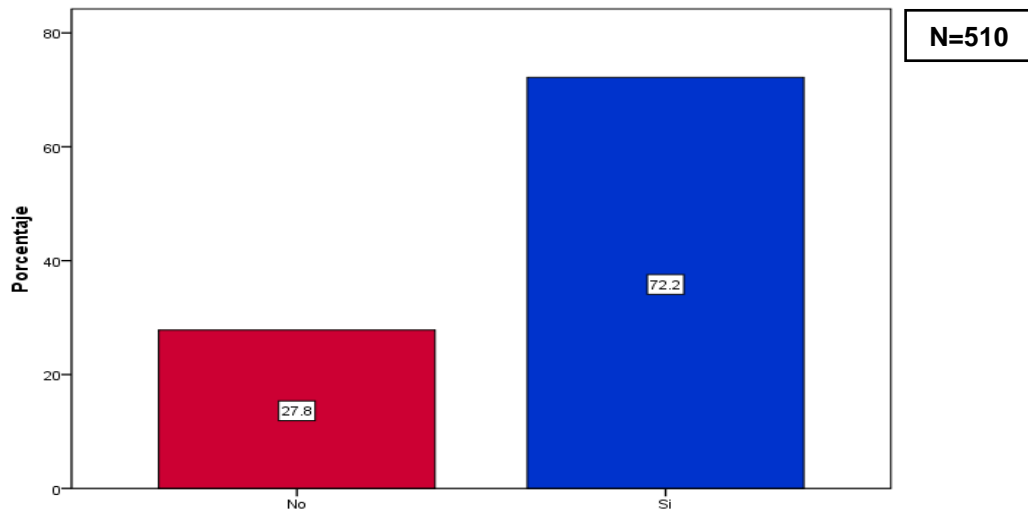
Gráfica 35. Que influyó para que iniciara vida sexual.



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

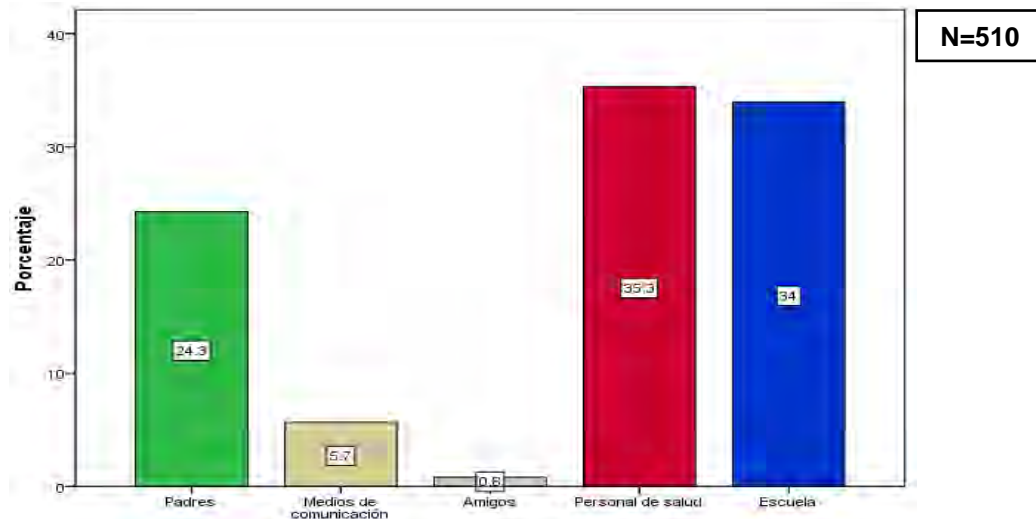
Las adolescentes que respondieron que si recibieron orientación sobre métodos anticonceptivos 368 (72.2%) lo recibieron antes de estar embarazadas y 142 (27.8%) no recibieron dicha información.

Gráfica 36.- Orientación sexual sobre métodos anticonceptivos.



180 (35.3%) de las mujeres adolescentes embarazadas, recibieron orientación sobre métodos anticonceptivos del personales de salud, 173 (34%) en la escuela 124 (24.3%) de sus padres, 29 (5.7%) de los medios de comunicación y el 4 (0.8%) de amigos.

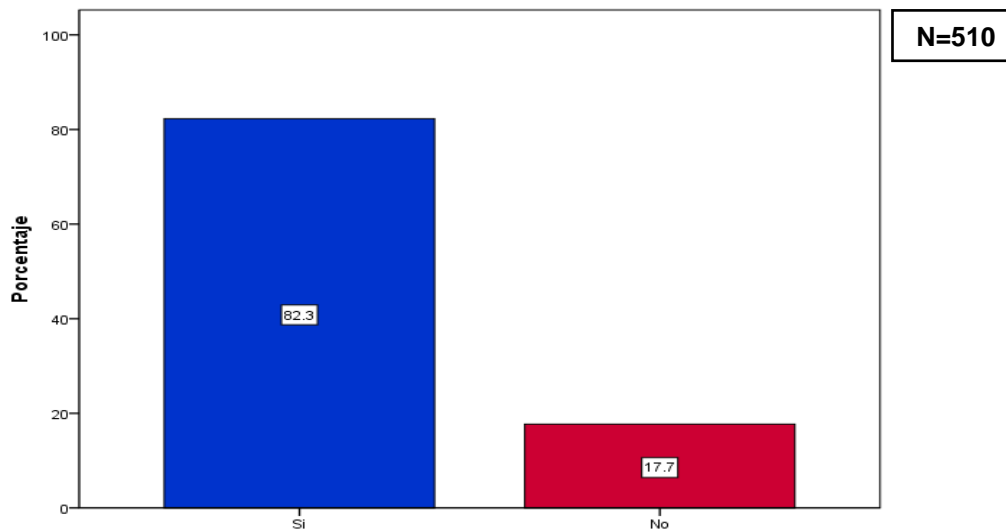
Gráfica 37.- Persona de quien recibió orientación sobre métodos anticonceptivos.



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

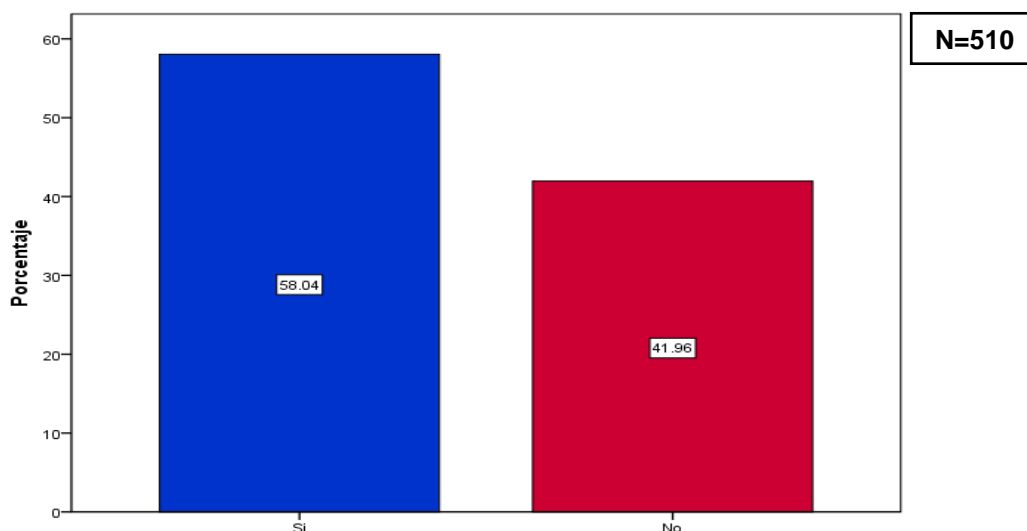
Del total de las mujeres adolescentes embarazadas 420 (82.3%) conocían métodos anticonceptivos y el 90 (17.7%) no conocían.

Gráfico 38.- Conocimiento de métodos anticonceptivos.



Al indagar sobre el conocimiento del uso de la píldora de emergencia 296 el (58.04%) de las mujeres adolescentes conocían el uso de la píldora y sus efectos y 214 (41.96%) no.

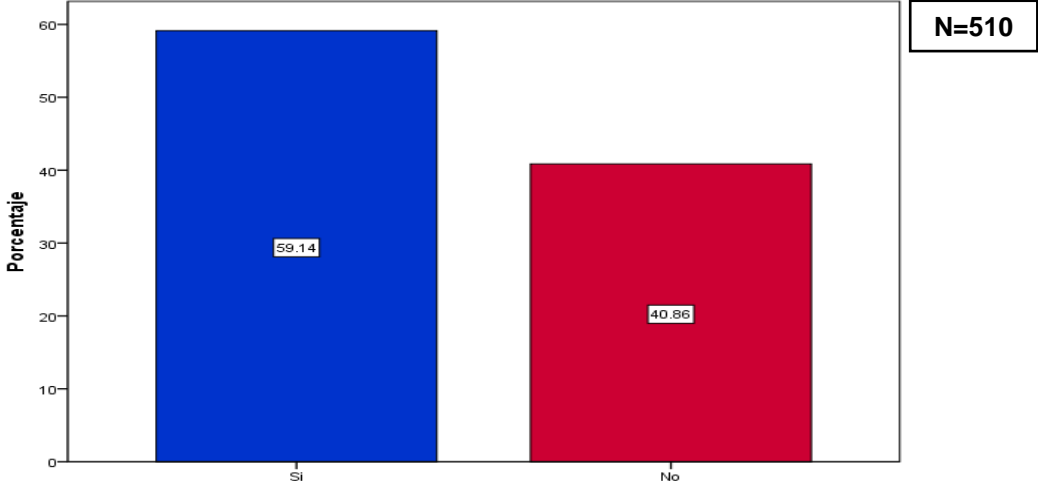
Gráfico 39.- Conocimiento de píldora de emergencia.



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

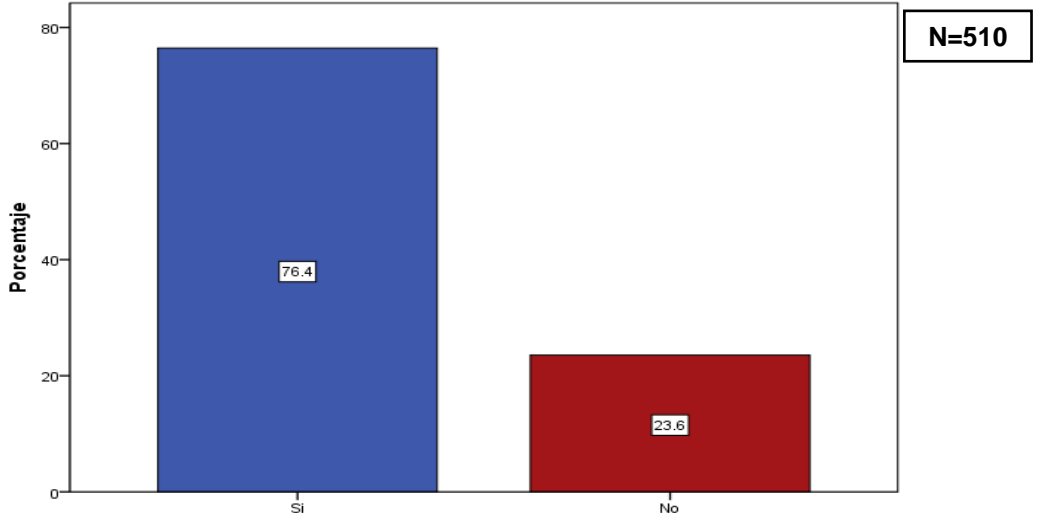
Más de la mitad de las adolescentes embarazadas 301 (59.14%), habían recibido información en su hogar sobre orientación sexual y 209 (40.96%) no.

Gráfica 40.- Información sobre orientación sexual en el hogar.



Se observó que 390 (76.4%) de las mujeres adolescentes tenían conocimiento sobre reproducción humana y 120 (23.6%) no.

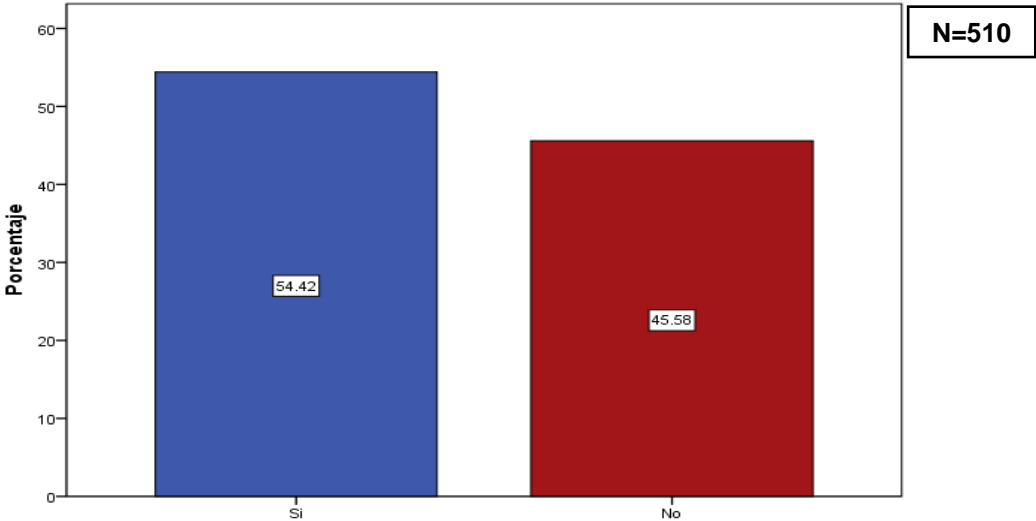
Gráfica 41.- Conocimiento sobre reproducción humana antes de embarazarte



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

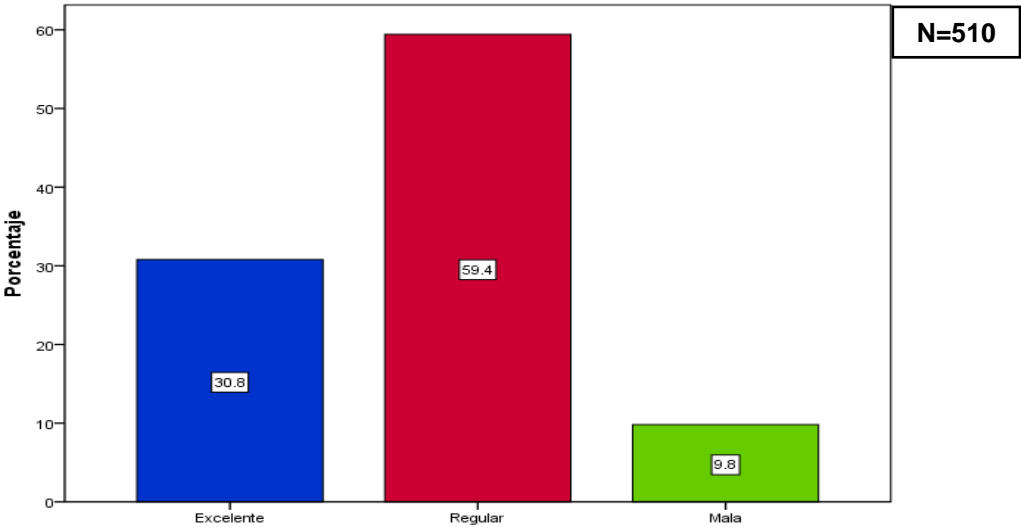
Se encontró que 278 (54.42%) de las mujeres adolescentes embarazadas de primera gesta sus padres viven juntos y el 232 (45.58%) no.

Gráfica 42.- Viven juntos tus padres



Referente a la relación con sus padres 157 (30.8%) de las mujeres adolescentes consideró que la relación con sus padres era excelente, 303 (59.4%) regular y 50 (9.8%) considero que era mala.

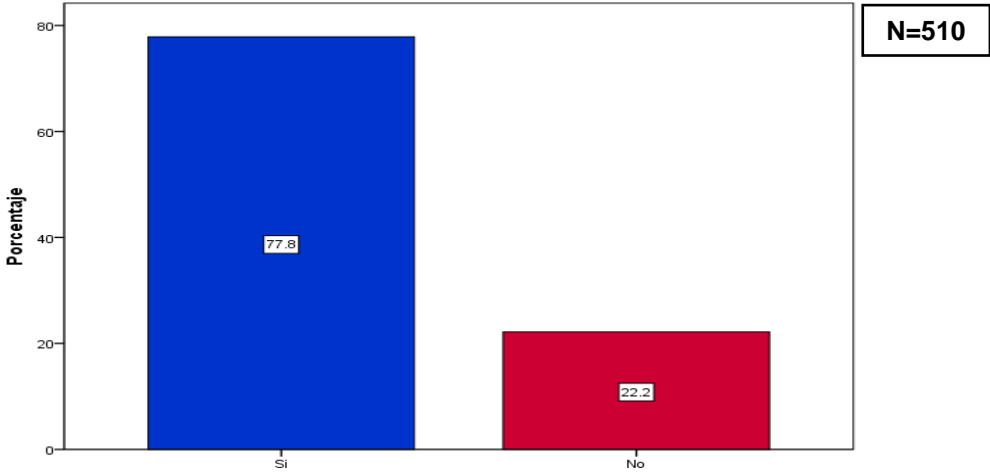
Gráfica 43.- Relación con los padres.



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

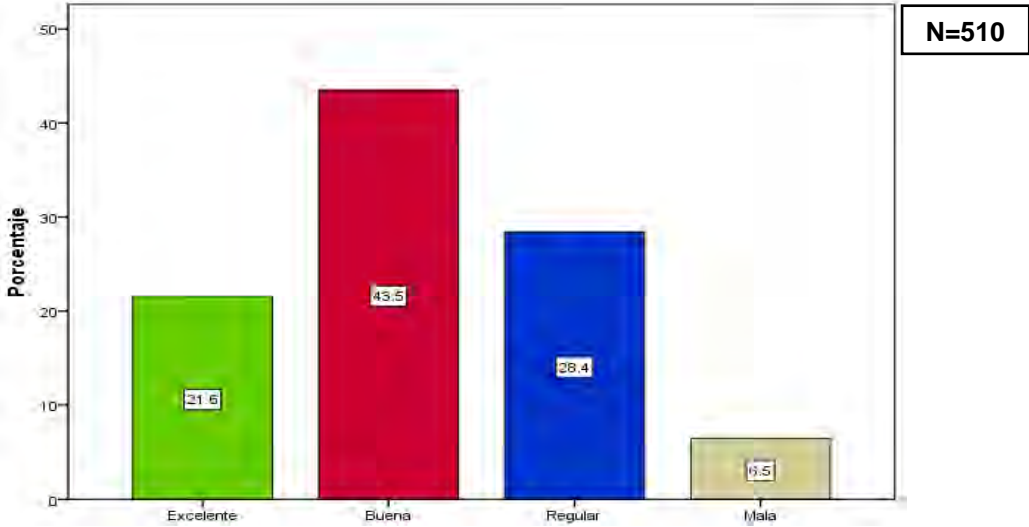
De las 510 embarazadas se encontró que 397 (77.8%) recibieron apoyo emocional de sus padres y solo 113 (22.2%) no lo recibieron, estos es 4 de cada 5 adolescentes si recibieron apoyo emocional y económico de sus padres.

Gráfica 44.- Apoyo emocional y económico de los padres.



Con respecto a la relación con los hermanos 110 (21.6%) de las mujeres adolescentes consideraron que era excelente el 222 (43.5%) era buena, 145 (28.4%) era regular y 33 (6.5%) era mala.

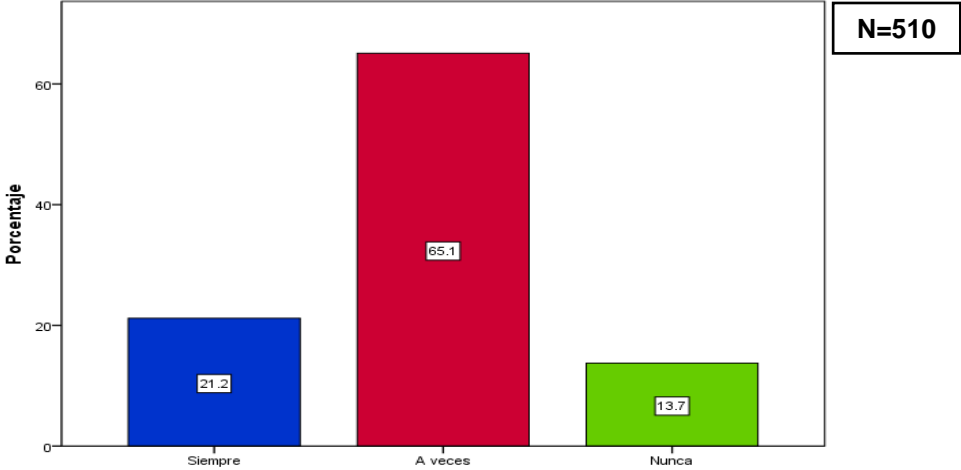
Gráfica 45.- Relación con sus hermanos



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

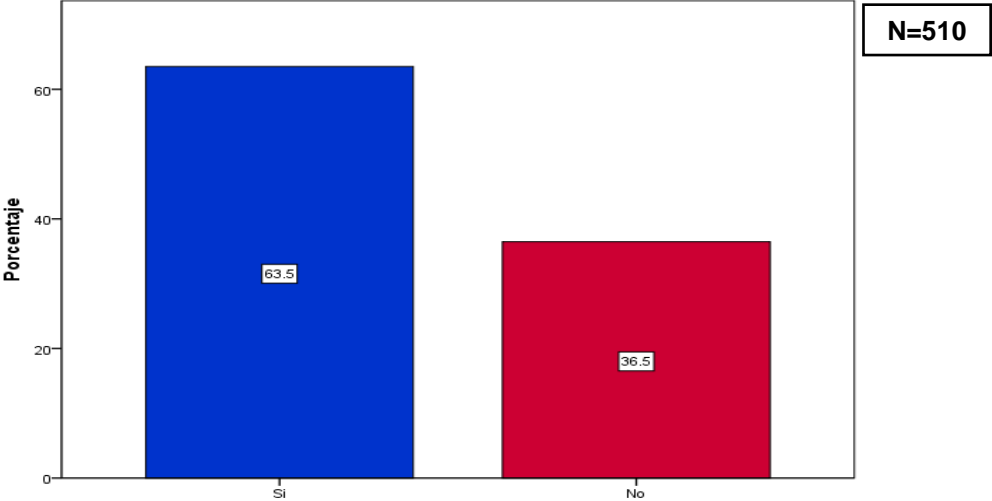
En 332 (65.1%) adolescentes al indagar si compartían los fines de semana con sus padres en casa o de paseo respondieron que siempre, 108 (21.2%) que algunas veces y 70 (13.7%) que nunca.

Gráfica 46.- Convivencia con padres



De las adolescentes encuestadas 324 (63.5%) respondieron que su madre había tenido embarazo adolescente y 186 (36.5%) no.

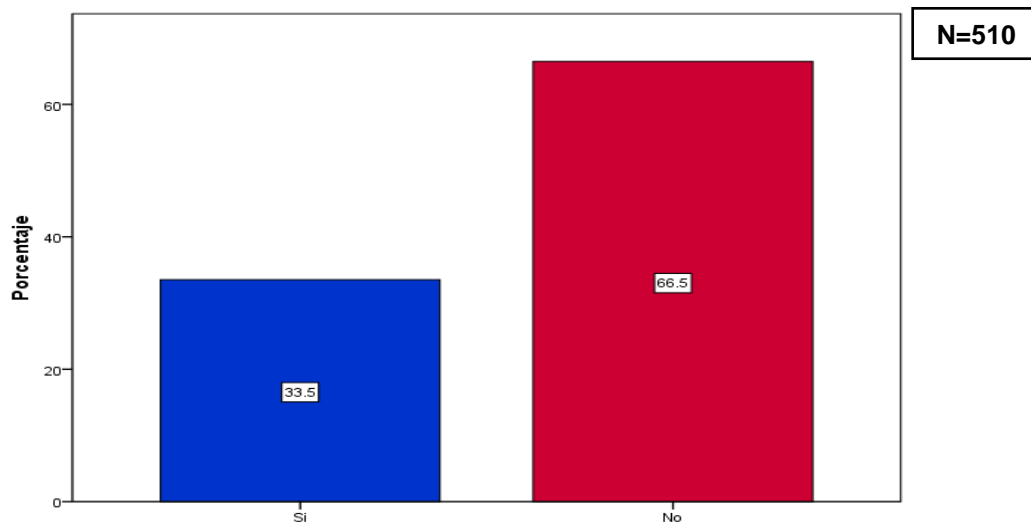
Gráfica 47.- Madre con embarazo adolescente.



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

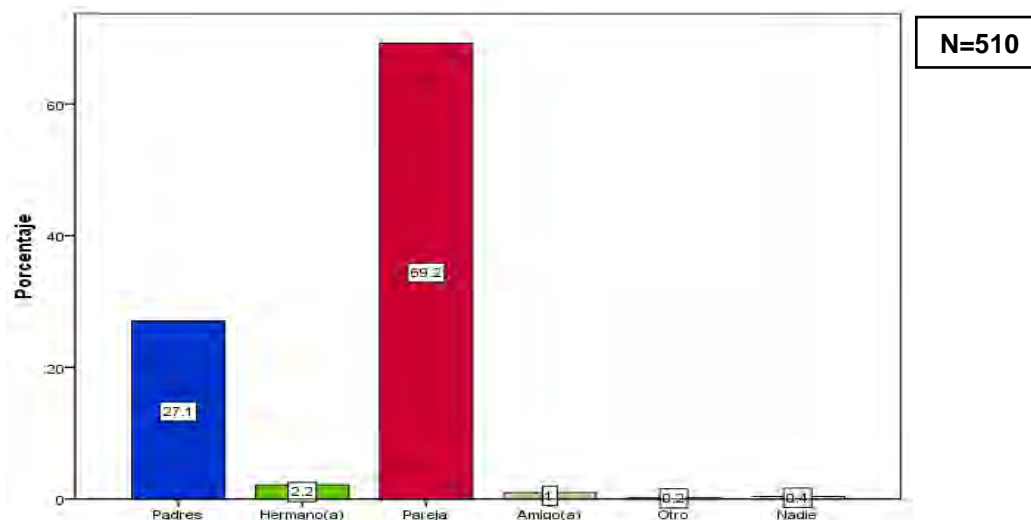
Al indagar en las adolescentes si su hermana(s) habían tenido embarazo adolescente 171 (33.5%) respondieron afirmativamente y 339 (66.5%) respondieron que no.

Gráfica 48.- Embarazo adolescente en hermana (s)



De las adolescentes 352 (69.2%) al saberse embarazadas le informaron a su pareja su situación, 138 (27.1) a sus padres, 11 (2.2%) a su hermana, 5 el (1%) a una amiga, una embarazadas (0.2%) a otra persona y 2 (0.4%) no le informó a nadie.

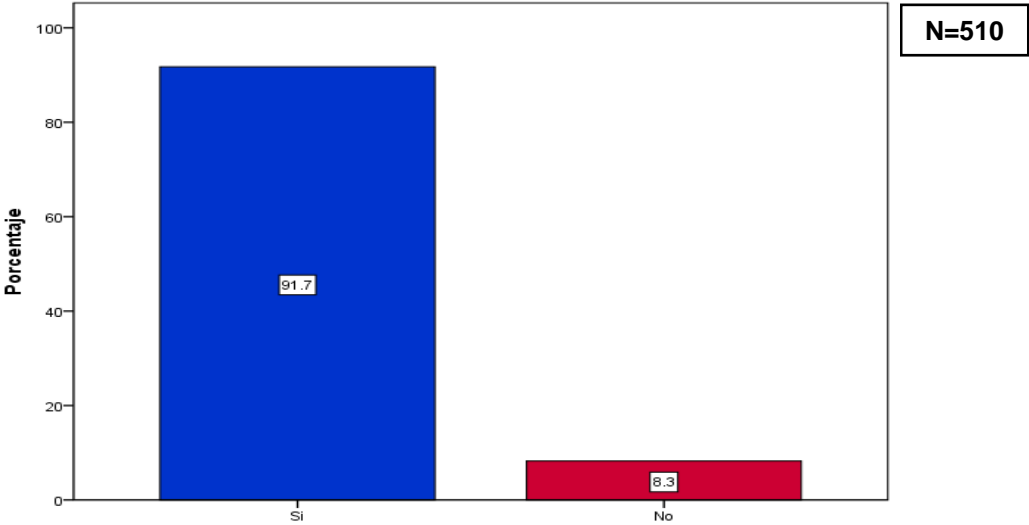
Gráfico 49.- Al saberse embarazada a quién le informó



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

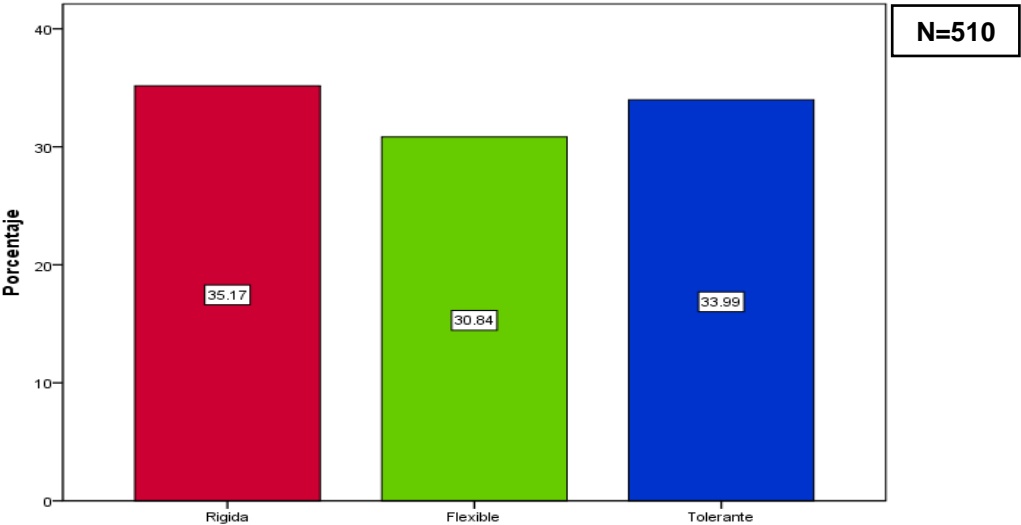
Al indagar si las adolescentes habían recibido educación con valores, reglas respeto y equidad en su hogar o en la escuela 468 (91.7%) de las embarazadas respondieron de manera afirmativa y 42 (8.3%) respondieron que no.

Gráfica 50.- Enseñanza de valores.



Se observó que 179 (35.17%) de las mujeres adolescentes consideraron que en su hogar habían recibido en su hogar una educación rígida, 173 (33.99%) tolerante y 158 (30.84%) flexible.

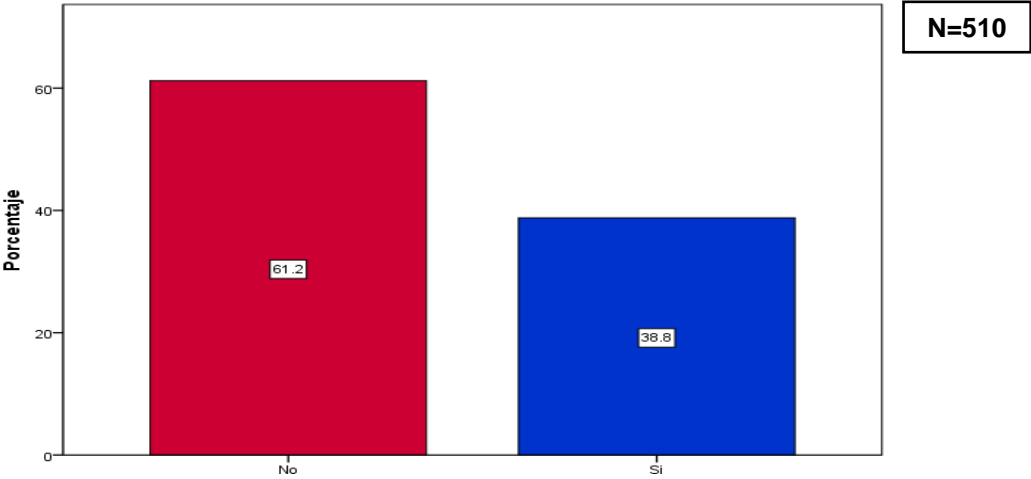
Gráfica 51.- Tipo de educación recibida en el hogar.



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

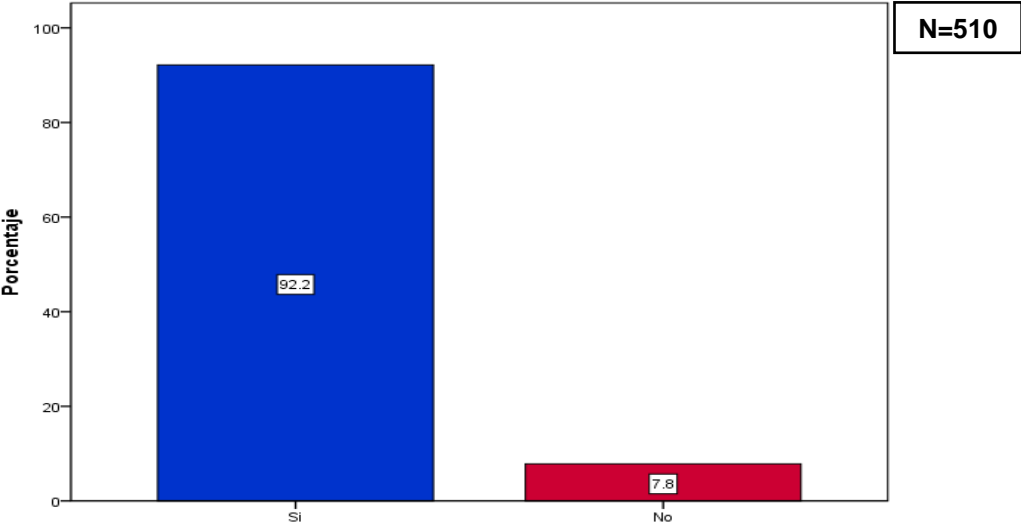
De acuerdo a si recibieron información sobre las consecuencias negativas del embarazo adolescente 312 (61.2%) de las mujeres respondieron que efectivamente en alguna ocasión sus padres les comentaron sobre dichas consecuencias y 198 (38.8%) no les comentaron de la negatividad del embarazo adolescente.

Gráfico 52.- Información sobre consecuencias del embarazo adolescente.



La mayoría de las adolescentes 470 (92.2%) vive su madre y solo 40 (7.8%) no.

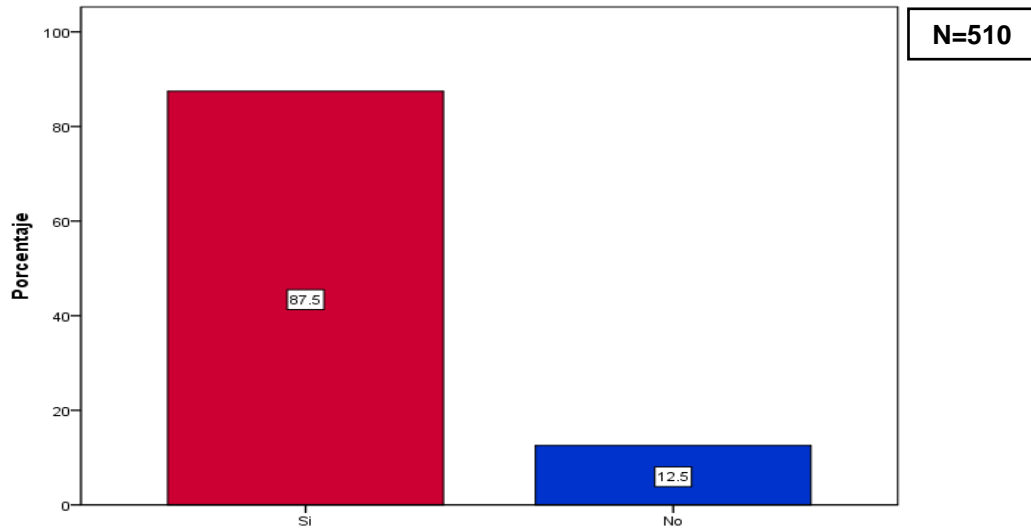
Gráfica 53.- Vive tu madre.



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

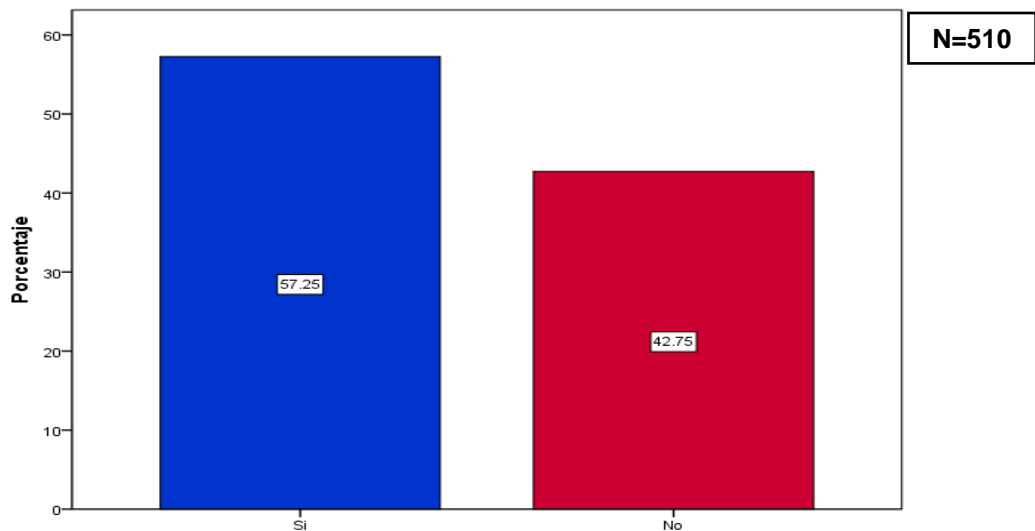
De las 510 adolescentes 446 (87.5%) vive su padre y solo 64 (12.5%) no.

Gráfica 54.- Vive tu padre



Al indagar sobre la composición de la familia de las adolescentes 292 (57.25%) de las mujeres sus padres viven juntos y el 42.75% (218) no.

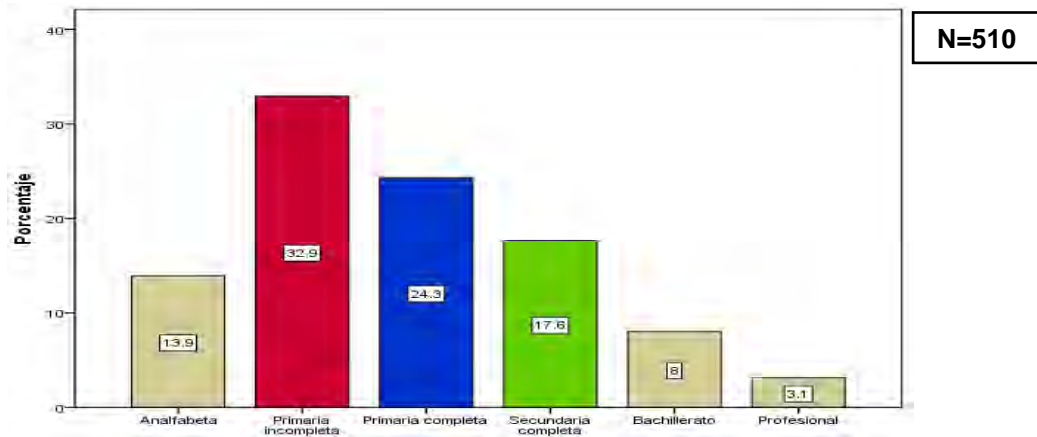
Gráfica 55.- Viven juntos tus padres.



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

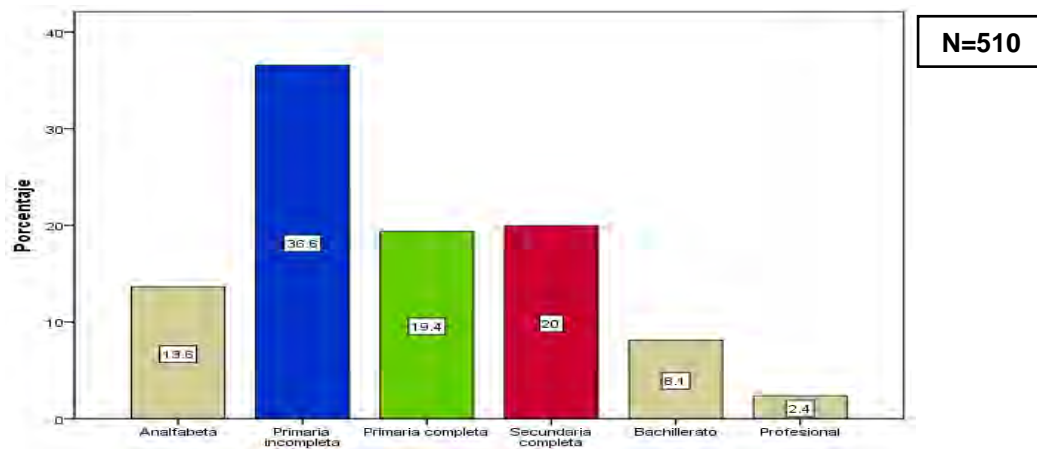
Respecto a la escolaridad de la madre de la adolescente se encontró que 168 (32.9%) tienen primaria incompleta, 124 (24.3%) primaria completa, 90 (17.6%), secundaria completa, 71 (13.9%) son analfabetas, 41 (8%) nivel bachillerato y 16 (3.1%) nivel profesional, encontrando que 7 de cada 10 363 (70.1%) tienen una escolaridad baja o muy baja.

Gráfica 56.- Grado de escolaridad de la madre.



Respecto a la escolaridad del padre de la adolescente se encontró que 187 (36.6%) tienen primaria incompleta, 102 (20%) secundaria completa, 99 (19.4%) primaria completa, 70 (13.6%) son analfabetas, 41 (8.1%) nivel bachillerato y secundaria completa, 71 (13.9%) son analfabetas, 41 (8%) nivel bachillerato y 12 (2.4%) nivel profesional, resultando que 418 (89.6%) tienen escolaridad baja o muy baja.

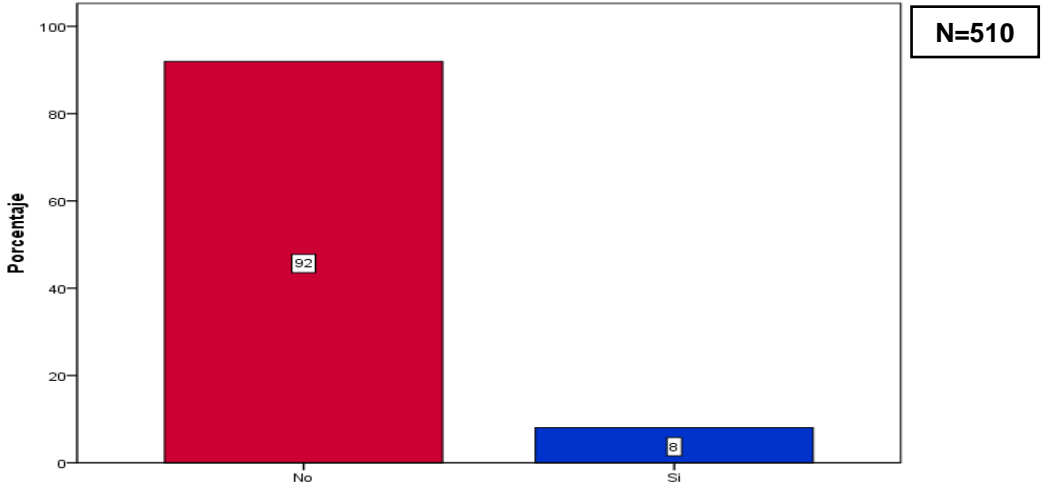
Gráfica 57.- Grado de escolaridad del padre.



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

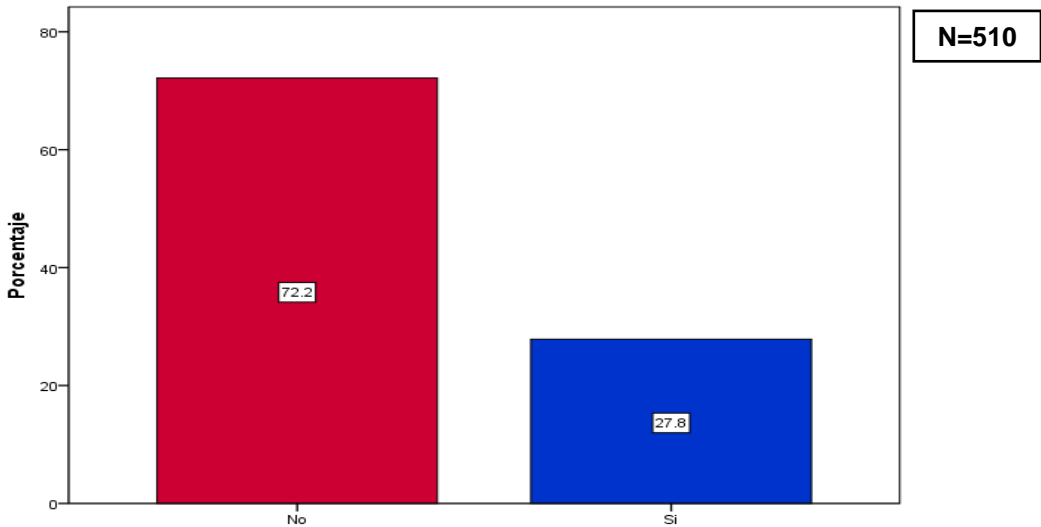
Con respecto a la presencia de algún tipo de adicción en la madre de la embarazada se observó que 469 (92%) no tienen adicciones y 41 (8%) si tienen alguna adicción.

Gráfica 58.- Tiene alguna adicción su madre.



Respecto a la presencia de algún tipo de adicción por parte del padre de la adolescente se observó que 368 (72.2%) de las encuestadas respondieron que no tienen adicciones mientras que 142 (27.8%) respondieron de manera afirmativa.

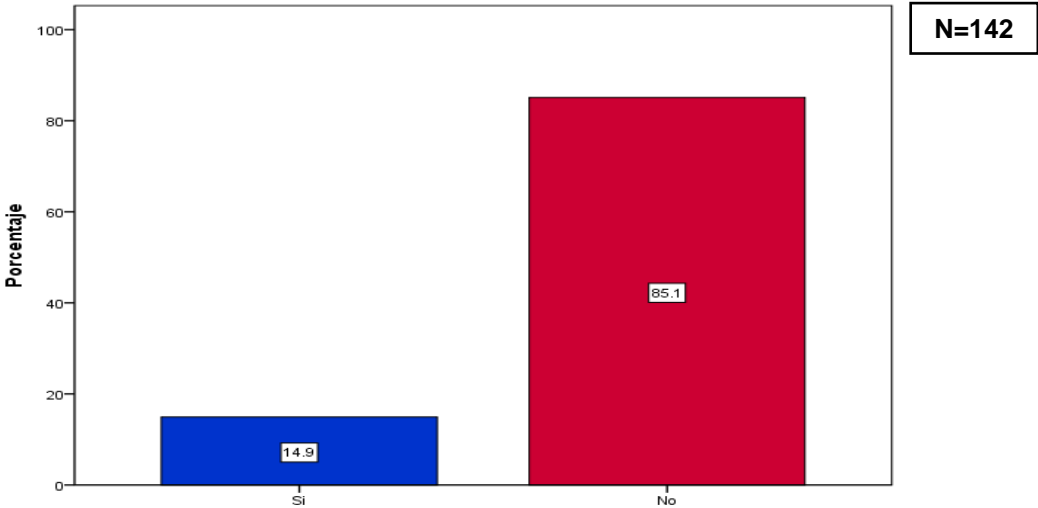
Gráfica 59.- Tiene alguna adicción su padre.



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

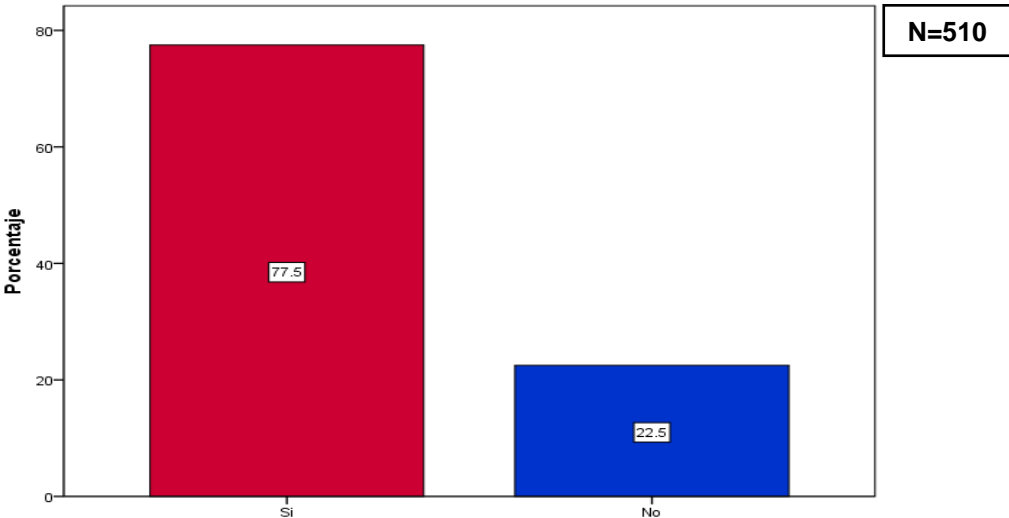
De las 142 adolescentes que respondieron que sus padres tenían alguna adicción, se observó que el 121 (85.1%) respondió que esto no influyó en que se embarazara y 21 (14.9%) respondió que sí.

Gráfica 60.- Influyó la adicción de los padres en el haberte embarazado.



Respecto a la composición de la familia de la adolescente 395 (77.5%) pertenecían a familias nucleares y el 115 (22.5%) pertenecían a familias extensas.

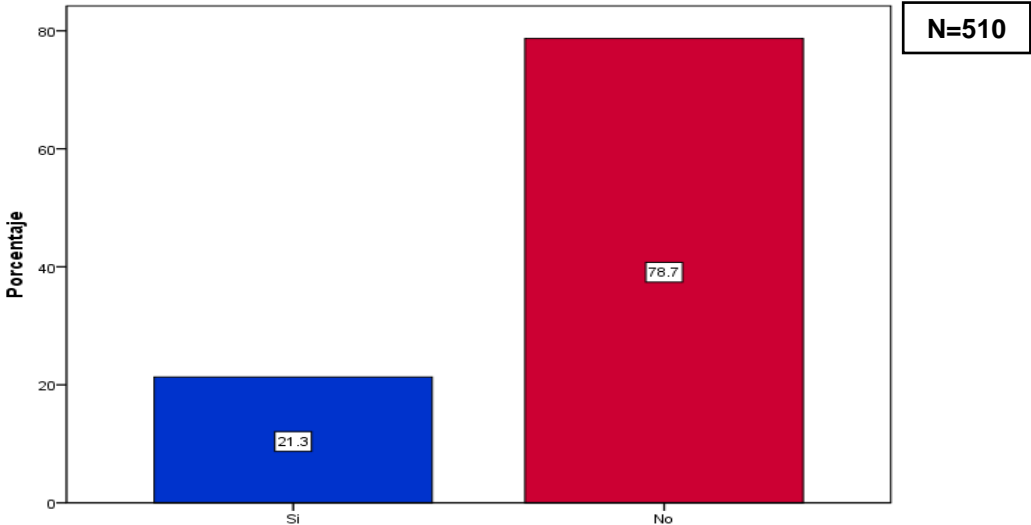
Gráfica 61.- Composición familiar nuclear



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

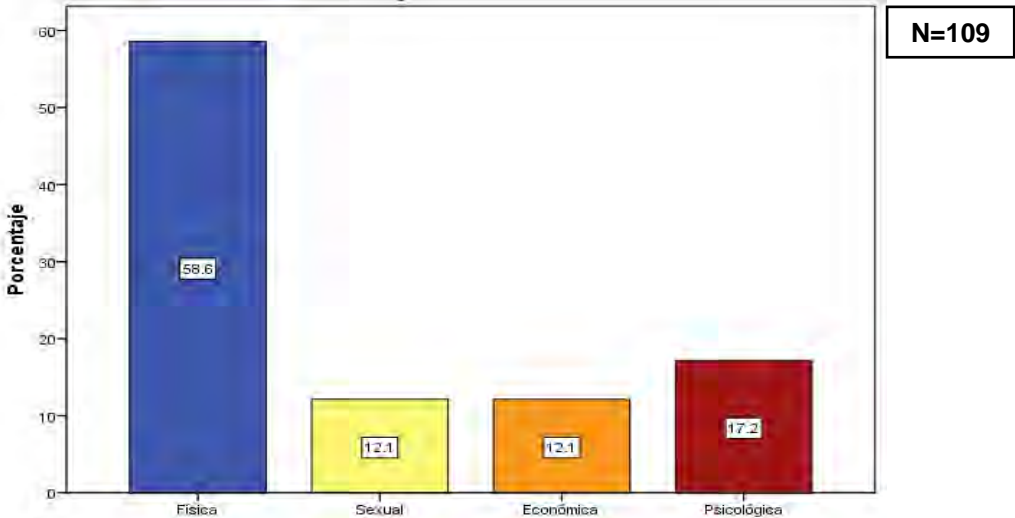
Se encontró que 401 (78.7%) de las adolescentes respondieron que no habían sufrido algún tipo de violencia antes del embarazo y 109 (21.3%) respondieron afirmativamente.

Gráfica 62.- Violencia antes del embarazo.



De las 109 adolescentes que respondieron que si habían sufrido algún tipo de violencia 64 (58.6%) sufrieron violencia física, 19 (17.2%) violencia psicológica, 13 (12.1%) violencia sexual y 13 (12.1%) violencia económica.

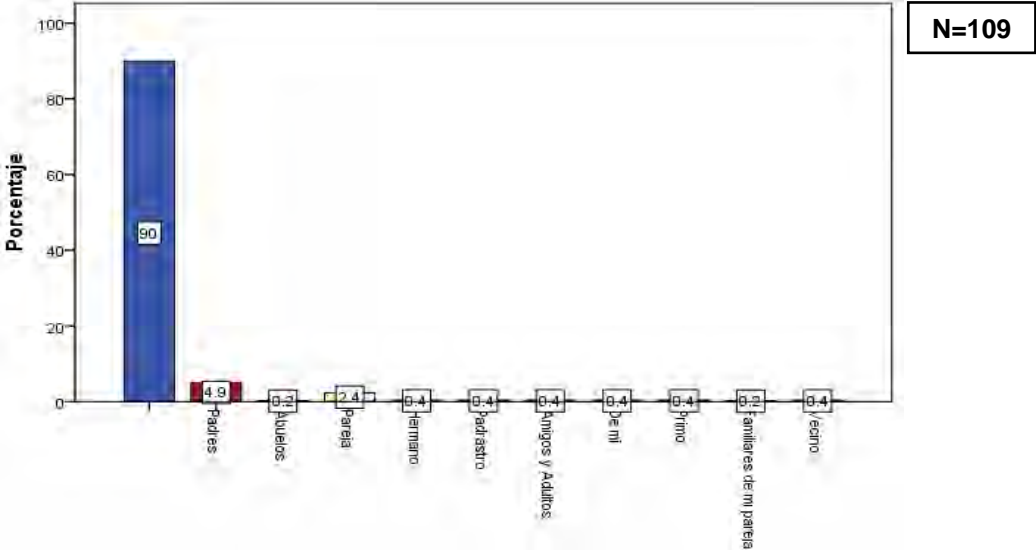
Gráfica 63.- Tipo de violencia sufrida antes del embarazo



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

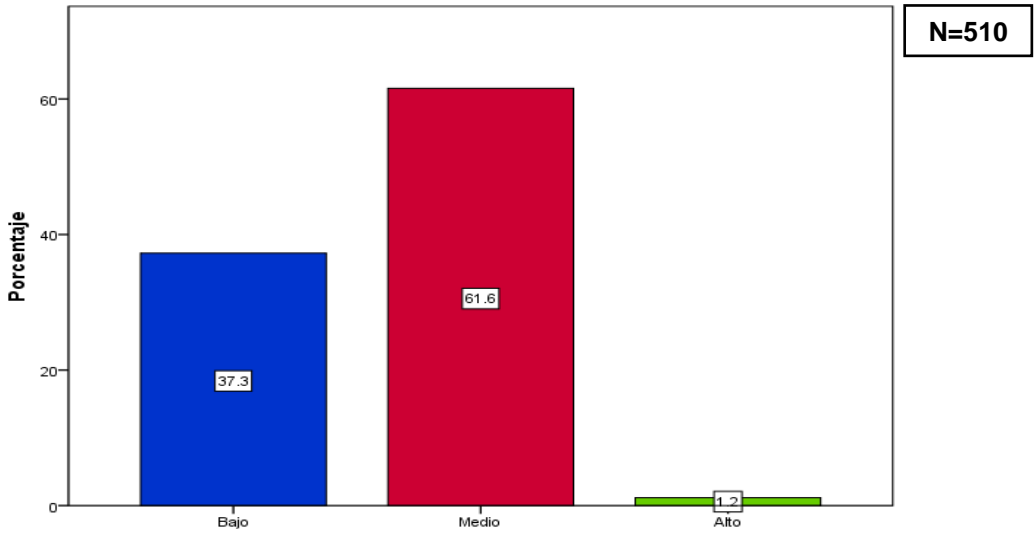
82 (90%) de las 109 adolescentes que si habían sufrido violencia, quien las violentó fue su madre, 8 (4.9%) su padre y 17 (5.1%) de alguna otra persona.

Gráfica 64.- Quien las violentaba antes del embarazo



En relación a su nivel socioeconómico 314 (61.6%) de las adolescentes consideraron que estaban en un nivel socioeconómico medio, 190 (37.3%) nivel bajo y 6 (1.2%) consideraron que estaban en un nivel alto.

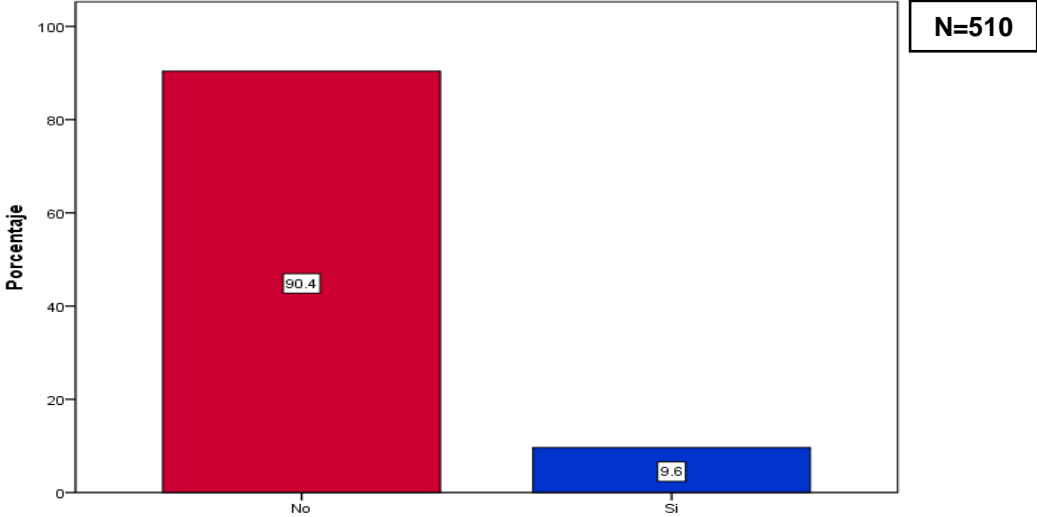
Gráfica 65.- Nivel socioeconómico.



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

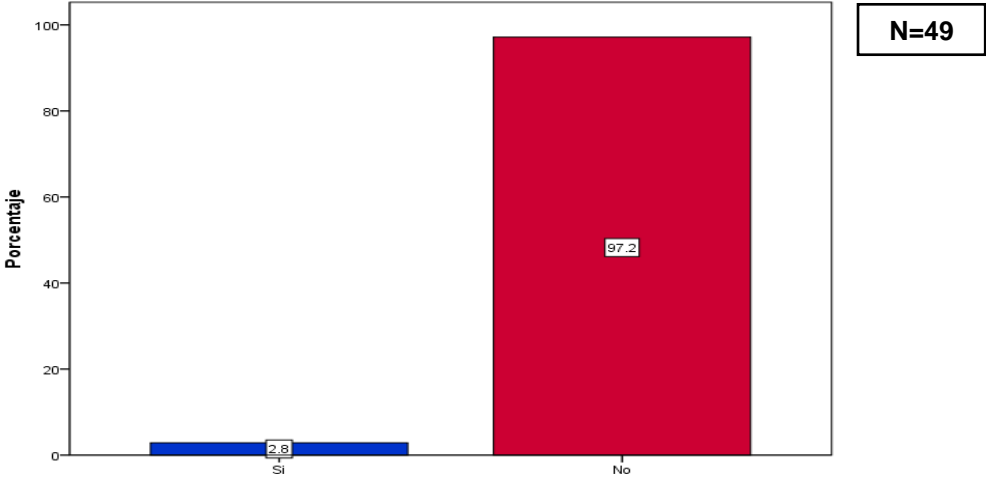
Al indagar si las adolescentes fumaban antes de embarazarse 461 (90.4%) respondieron que no fumaban y 49 (9.6%) respondió afirmativamente.

Gráfica 66.- Fumaba antes de embarazarse.



De las 49 mujeres adolescentes que respondieron que si fumaban, 48 (92.7%) consideró que esto no influyó en que se embarazara y solo una (2.8%) consideró que esto si influyó en que se embarazara.

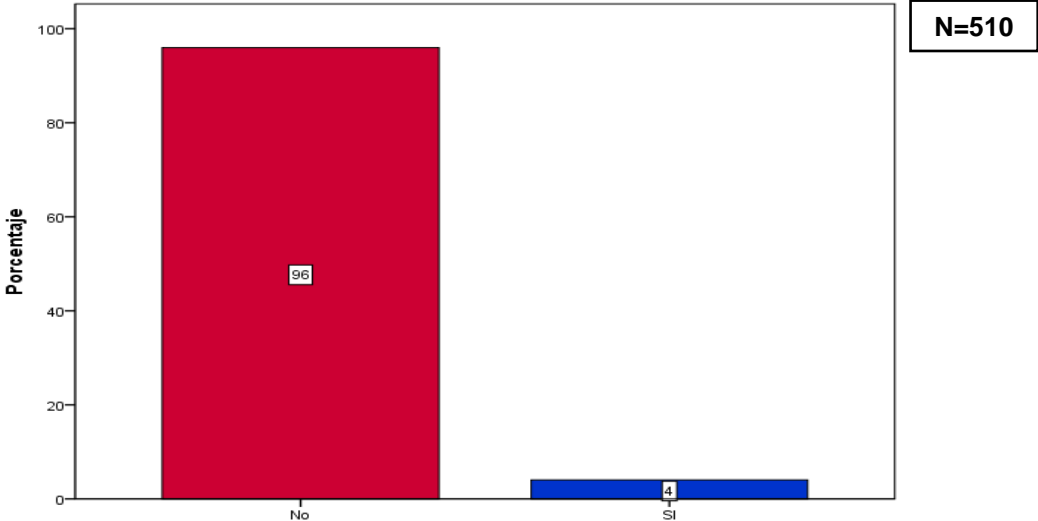
Gráfica 67.- Influyó el fumar en que se embarazara



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

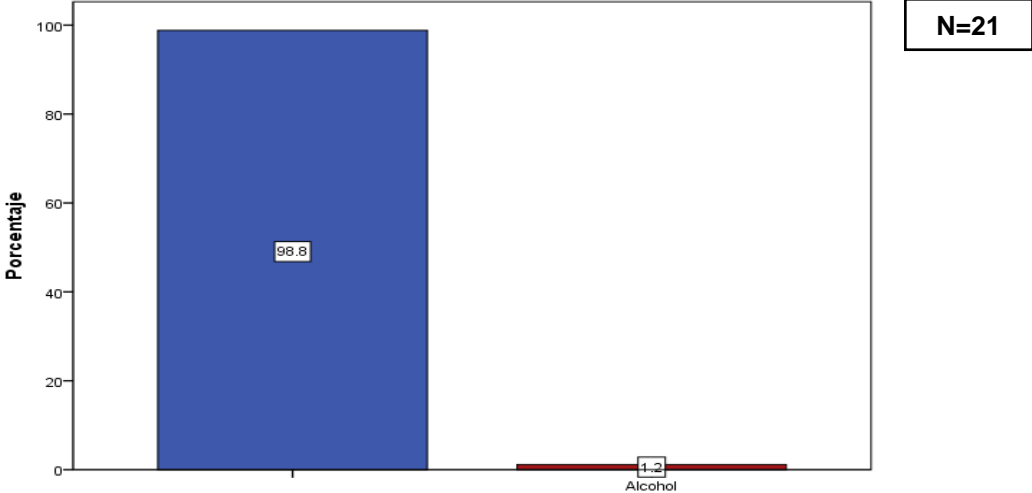
Del total de las 510 adolescentes 489 (96%) al indagar sobre si tenían alguna otra adicción respondió que no y 21(4%) respondió afirmativamente.

Gráfica 68.- Tienen algún otro tipo de adicción.



De las 21 mujeres adolescentes que respondieron que si tenían alguna otra adicción 20 (98.8%) eran adictas al alcohol y 1 (1.2%) era adicta a otra sustancia adictiva.

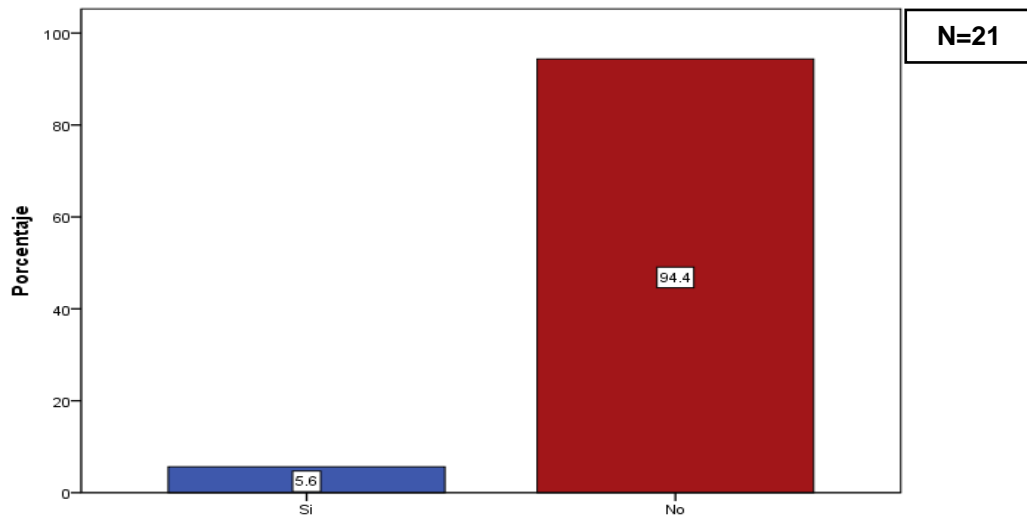
Gráfica 69.- Alguna otra adicción



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

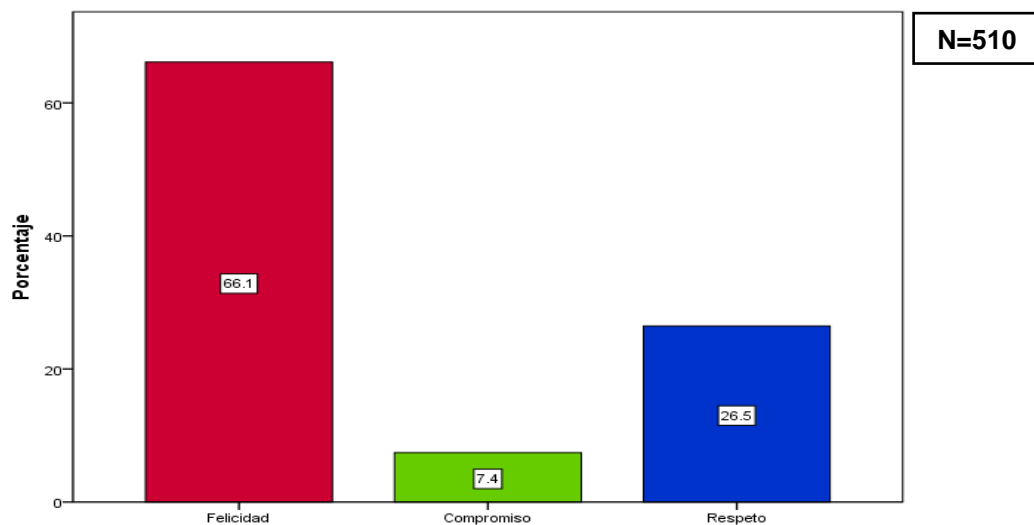
Se observó que las 20 (94.4%) de las 21 adolescentes respondieron que si eran adictas al alcohol, consideró que esto no influyó en que se embarazaran y el solo 1 (5.6%) consideró que esto si influyó en que se embarazara.

Gráfica 70.- El alcohol influyó en que te embarazaras.



Al indagar que significado le daban las adolescentes al término amor 337 (66.1%) refirió felicidad, 135 (26.5%) respeto y 38 (7.4%) respondió que compromiso.

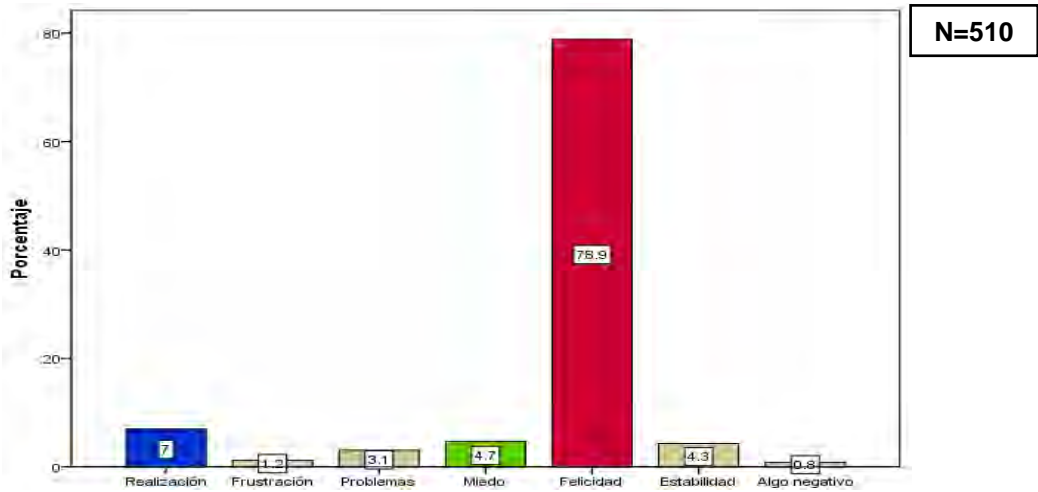
Gráfica 71.- Significado de amor.



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

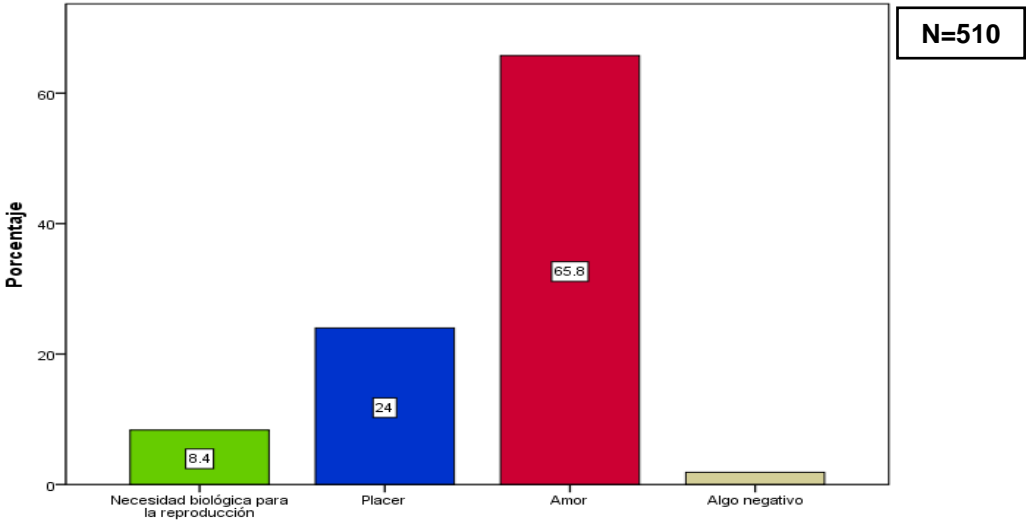
Al cuestionar a las adolescentes sobre lo que significa para ellas el embarazo 402 (78.9%) respondió que felicidad, 36 (7%) realización, 24 (4.7%) miedo, 23 (4.3%) estabilidad, 15 (3.1%) problemas, 6 (1.2%) frustración, y solo 4 (0.8%) respondieron que algo negativo.

Gráfica 72.- Significado de embarazo.



Al preguntar a las adolescentes embarazadas que respondieran con una palabra el significado de sexo 336 (65.8%) respondieron que amor, 122 (24%) placer, 43 (8.4%) necesidad biológica para la reproducción y 9 (1.8%) lo definió como algo negativo.

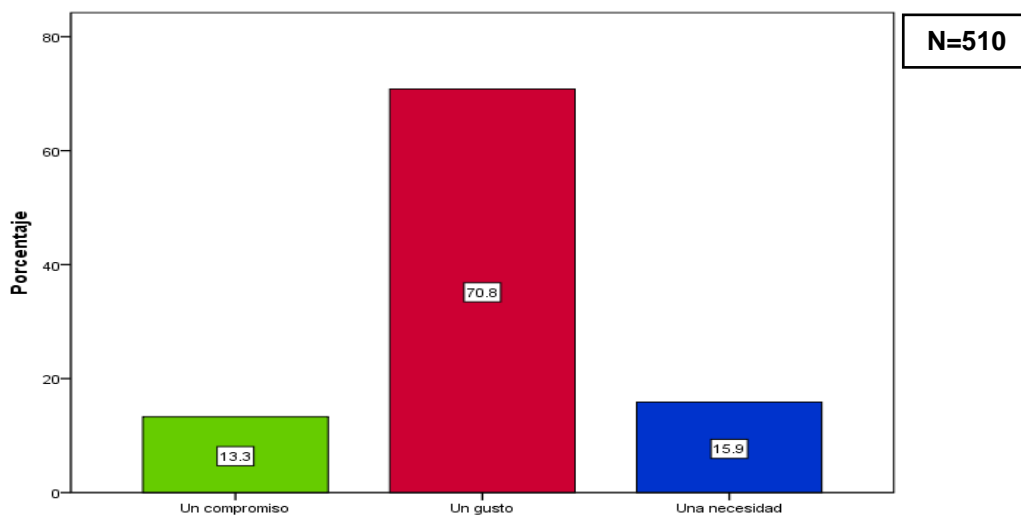
Gráfica 73.- Definición con una palabra de sexo.



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

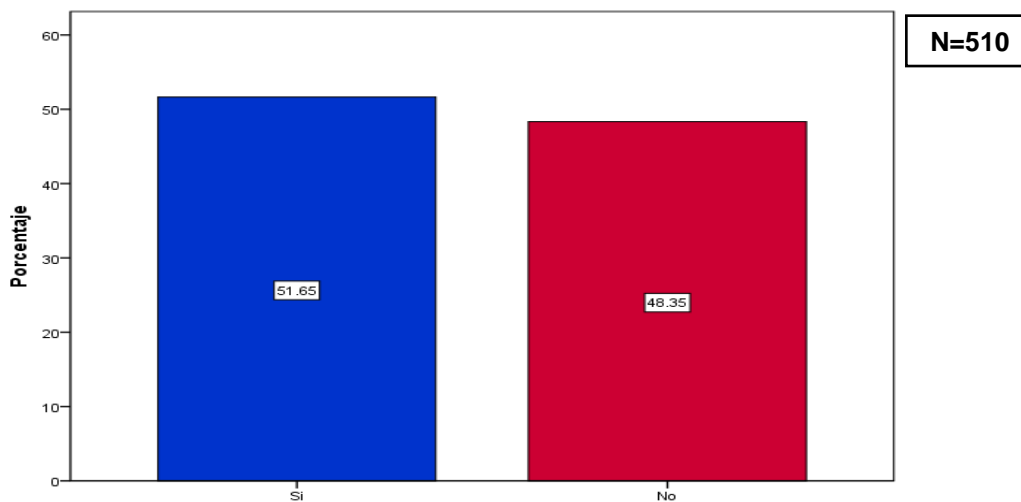
Se indago que significado le daban las adolescentes a el hecho de tener relaciones sexuales, 361 (70.8%) respondieron que un gusto, 81 (15.9%) una necesidad y 68 (13.35%) un compromiso.

Gráfica 74.-Significado de tener relaciones sexuales



Se interrogó a las embarazadas sobre si consideraban normales las relaciones sexuales en la adolescencia, 263 (51.65%) respondieron de manera afirmativa y 247 (48.35%) que no eran normales.

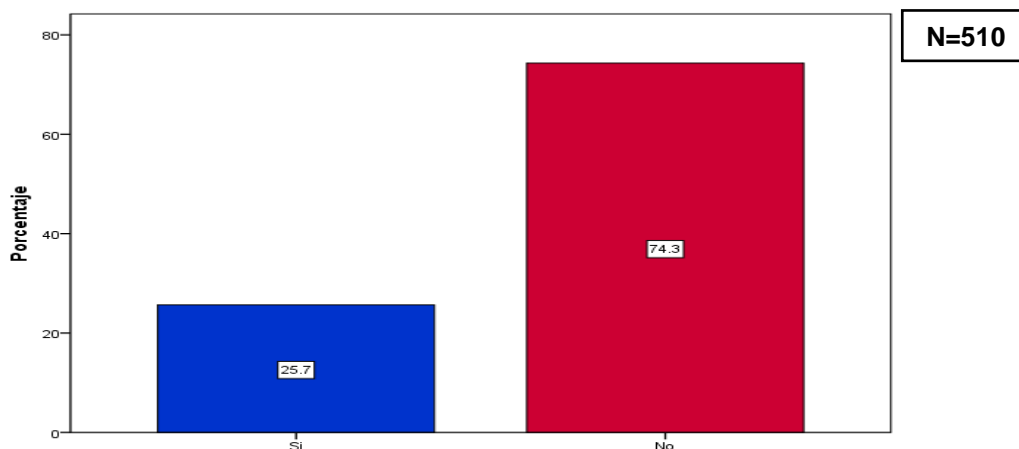
Gráfica 75.- Como considera las relaciones sexuales la adolescente.



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

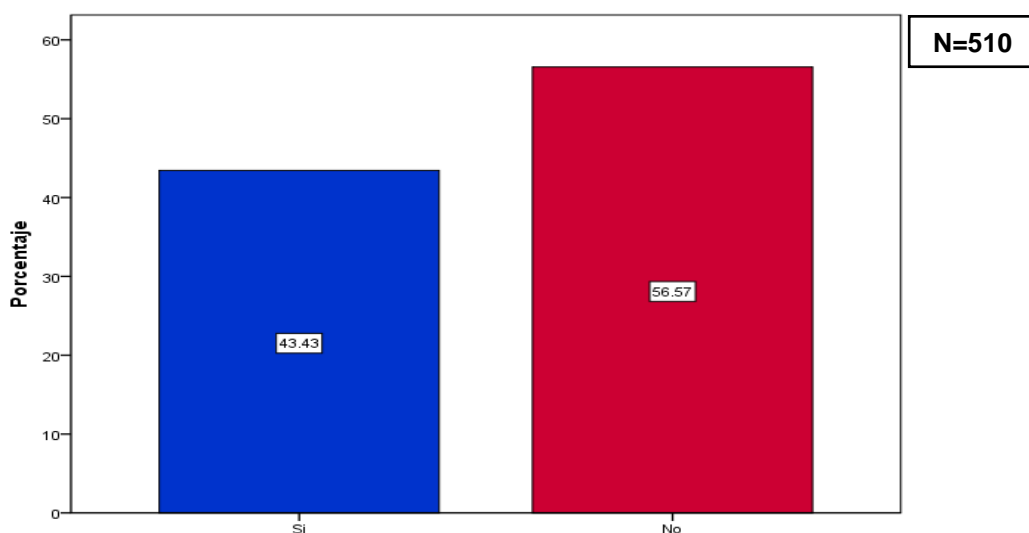
379 (74.3%) de las adolescentes consideraron que los medios de comunicación no influyeron en el inicio de su vida sexual, y 131 (25.7%) que sí, lo que trajo como consecuencia el embarazo.

Gráfica 76.- Influencia de los medios de comunicación en el inicio de la vida sexual de la adolescente embarazada.



Al cuestionar a las adolescentes si el embarazo cambia su situación familiar 289 (56.57%) consideró que el embarazo si cambia su situación familiar y el 221 (43.43%) no.

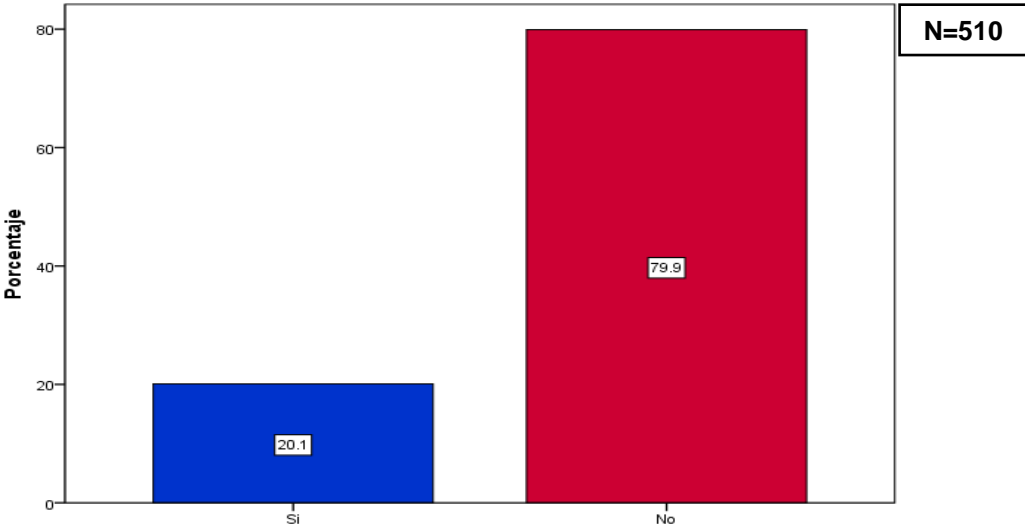
Gráfica 77- El Embarazo cambia su situación familiar.



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

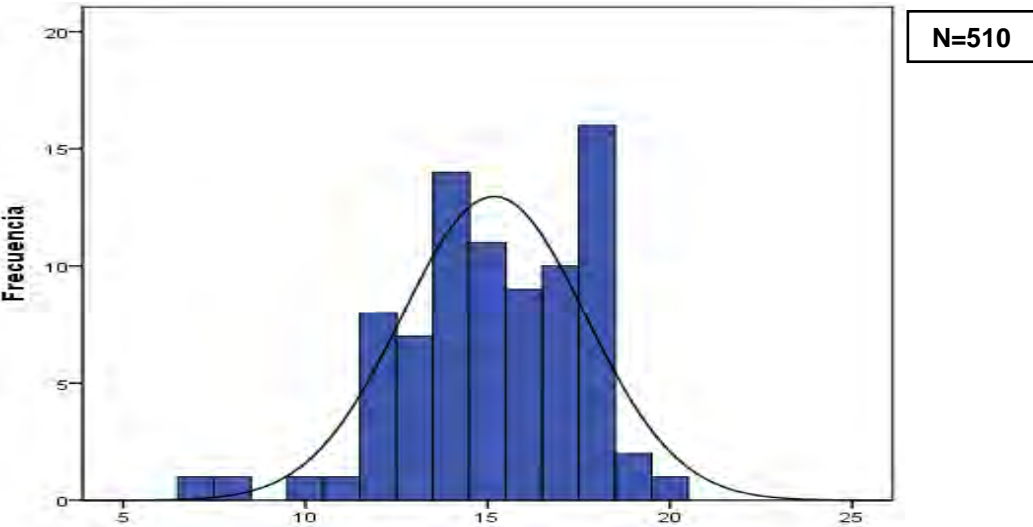
Al indagar si el nivel socioeconómico influyó en que la adolescente se embarazara 408 (79.9%) consideraron que no y 102 (20.1%) sí.

Gráfica 78.- Nivel socioeconómico influyó en que se embarazara.



Respecto a la edad de ingreso a la fuerza laboral de las mujeres adolescentes embarazadas de primera gesta que fueron atendidas en el HGJSA se encontró una media de 15.17, con una desviación típica de 2.523 una mínima de 7 años y una máxima de 19 años, el grupo predominante fue el de 18 años con 16 (19.5%).

Gráfica 79.- Edad de inicio a la fuerza de trabajo



Fuente: Datos sociodemográficos del instrumento de captura de embarazadas

10. Discusión

En nuestro estudio se observó que la edad promedio fue de 17.7 años. Este resultado es muy similar al encontrado en los estudios de Acosta- Varela M⁷ en el 2012, Bonilla Sepúlveda en Colombia 2009²⁶, Trejo H y Cols en Cali Colombia en el 2012⁷ donde observaron que la edad promedio fue de 17.48, 17 y 17.13 años respectivamente. Asimismo se encontraron estudios donde la media de edad es diferente a la nuestra como en Baja California Sur en 2011, donde fue de 15.37.¹⁰ Pardo C.⁴ en Colombia encontraron por otro lado un promedio de edad de 19 años, y en nuestro estado en el 2012 se encontró una media de edad de 16.14 años.⁵

Respecto al lugar de residencia en nuestro estudio se observó una prevalencia de 68.6% para el área urbana y 31.4% área rural, que contrasta con los resultados obtenidos en Minatitlán Veracruz en 2009, en un estudio transversal descriptivo en un grupo de 50 adolescentes donde observaron una prevalencia de 87% en el área rural.¹¹

En 2011 en Baja California Sur Ortega E., observó que el 71% de las adolescentes embarazadas tenían bajo nivel de aspiraciones académicas,¹⁰ muy similar al 94.1% reportado por el presente estudio.

En 2012 Trejo y cols., observó que el 69.4% de las adolescentes eran amas de casa similar al encontrado en nuestro estudio que fue 71.7%, así mismo observó que la mayoría de las mujeres vivían en unión libre 60.7% mientras que en nuestro estudio la mayoría de las mujeres eran solteras en 52.7%.⁸

Respecto a los años de estudio Trejo y cols., encontraron un promedio 8.7 años muy similar a los 8.6 años encontrados en nuestra población.⁸

Trejo y cols., reportaron que los factores personales y reproductivos como baja autoestima con un 47.4%, poca habilidad de planificación familiar 65.5%, falta de habilidad para enfrentar la vida 54%, concepción mágica del amor y sexo 62.3%, violencia 50%, tienen gran influencia en el embarazo adolescente, lo cual coincide con los resultados obtenidos por el presente estudio donde se obtuvo que el 43.5%, tuvieron baja autoestima, 77.1% tiene poca habilidad para la planificación familiar ya que conocen métodos de planificación familiar pero no los usan, concepción mágica del amor 52.1%, en cuanto a la violencia se encontró una diferencia de 28.7%.⁸

En este mismo estudio Trejo y cols., observaron que el promedio de edad de aparición de la menarquía fue de 12.3 ± 1.2 años, con un rango de aparición entre 9 y 17 años, con una porcentaje de 22% antes de los 11 años, estos valores son muy similares a los resultados obtenidos en el presente estudio que fue una media de edad de 12.1 ± 1.2 con 24.9% antes de los 11 años, para el inicio temprano de relaciones sexuales encontró que el 97% inicio antes de los 15 años, diferente a los resultados obtenidos en el presente estudio en donde el 49.6% inicio antes de los 15 años.⁸

Ortega en 2012 en la Paz Baja California observó que el 42.8% de las adolescentes embarazadas encuestadas habían iniciado relaciones sexuales antes de los 15 años,¹¹ que difieren a los reportados en el presente estudio donde se obtuvo un 49.6%.¹⁰

Ortega en 2012 observó que el 33% de las mujeres encuestadas desconocía métodos de planificación familiar, similar al 27.8% reportados en el presente estudio, y a los reportados por Bonilla-Sepúlveda en Colombia, donde el 28.8% dijo desconocer métodos de planificación familiar.¹⁰

En un estudio en Santiago de Cuba,⁶ se observó que los factores dependientes de la vida familiar y sobre todo la educación recibida inciden en la gestación precoz al

obtener que el 88% de las familias son disfuncionales, esto es diferente al 45.8% obtenido en el presente estudio. El 60% de las adolescentes recibían educación inadecuada (rígida o tolerante) similar al 67.2% (289) obtenido en este estudio.⁵ En cuanto al estudio realizado en el 2012 en Cali Colombia se observó que el 38.5% de las embarazadas adolescentes provenían de una familia disfuncional, 65.8% los padres tenían escolaridad baja primaria o menos, similar al 69.7% obtenido en el presente estudio, el 22.30% tenían alguna adicción similar a los resultados obtenidos con un 27.8% de adicciones en alguno de los padres, el 82.7% sufrían violencia diferente a el 21.3% obtenido en el presente estudio.⁶

En 2012 Guzmán, en Chilpancingo Guerrero,¹⁵ observó que el 19.6% de las encuestadas tenían ausencia de figura paterna o materna por provenir de una familia contraída, interrumpida o uniparental muy similar al 20.2% obtenido en el presente estudio.¹⁵

Los resultados obtenidos en el presente estudio respecto a factores socioculturales se observó que el 37.3% provenían de un estrato social bajo, 61.6% medio y solo el 1.2% alto, el 9.6% era adicta al tabaco, el 4% alcoholismo y 1.6% alguna otra adicción, similar a los resultados obtenidos en 2009 por Bonilla-Sepúlveda O, en Colombia, donde observó que el 7.2% era adicta al alcohol y 6.4% al tabaco, el 78.9% tenía mitos y tabúes sobre sexualidad. En el estudio realizado por Ortega E, en 2012 encontraron datos diferentes, el 56% tenían concepción mágica del amor mientras que en nuestro estudio se obtuvo un 56.5%, En cuanto las relaciones permisivas en la adolescencia en el presente estudio se encontró un 70,8% pensó que las relaciones sexuales en la adolescencia son normales con una diferencia de 9.2% más encontrado por Ortega E.^{4, 5, 6, 7, 10, 13}

11. Conclusiones

La edad promedio de embarazo en la adolescente es de 17.7 años, la escolaridad de las embarazadas adolescentes se observa que 1 de cada 4 tiene primaria concluida y 2 de cada 4 secundaria, evidenciado que las mujeres que dejan la escuela son las que predominantemente se embarazan y las que continúan estudiando lo hacen en estado de soltería perpetuando la pobreza.

Los factores personales como baja autoestima observado en más de la mitad de las encuestadas, el bajo nivel de aspiraciones académicas, evidencia que las mujeres adolescentes embarazadas primero dejan la escuela y posteriormente se embarazaron, y solo un pequeño porcentaje de las encuestadas continúan estudiando, la unión libre, la soltería refleja la falta de familia nuclear como apoyo en el tránsito de la adolescencia, la familiar persisten tabúes y creencias culturales y religiosas que limitan la regulación de la fertilidad, se denota poca habilidad de planificación familiar evidenciándose conocer métodos de prevención del embarazo pero no los usan por miedo, desconocimiento de sus efectos adversos o su uso inadecuado o simplemente no querer usarlos.

La falta de habilidades para enfrentar la vida, la ausencia de proyectos de vida y tener una concepción mágica del amor sexo y embarazo se observaron como características que vulneran a la adolescente al embarazo precoz ya que al no tener un proyecto de vida bien definido el embarazo lo considera como una realización como mujer y se visualiza como mujer adulta mejor aceptada por la sociedad consolidando así su percepción de status y género evidenciándose más en las menores de 15 años.

Los factores reproductivos como la edad de menarquía significativamente menor en las adolescentes embarazadas asociado también a inicio precoz de relaciones sexuales, explicado también con los cambios hormonales y corporales externos propios de la edad, que confiere a las niñas la apariencia física de mujeres

maduras favoreciendo el inicio de relaciones sexuales, se evidenció que la mitad de las encuestadas iniciaron relaciones sexuales antes de los 15 años, el inicio temprano de relaciones sexuales aumenta la exposición al embarazo y está estrechamente relacionado a la disminución de protección.

Se observó, que 2 de cada 3 embarazadas adolescentes recibió educación sexual por parte de los padres, pero la mayoría la recibió del personal de salud, esto evidencia que a pesar de haber recibido orientación sexual, conocer métodos anticonceptivos y los riesgos que implicaba el tener relaciones sexuales a temprana edad, las concepciones personales sobre sexualidad como placer, amor y necesidad biológica, aunado a la concepción mágica que tienen sobre el amor influyeron más que los valores recibidos.

El desconocimiento de métodos anticonceptivos es un factor que no recibió gran importancia ya que la mayoría tienen información suficiente lo que sucede es que no utilizan los métodos de planificación familiar y si los utilizan son de manera incorrecta, el uso de la píldora de emergencia a pesar de conocerlo no lo utilizan por cuestiones que son consideradas tabúes o principios religiosos.

Entre los factores determinantes de la vida familiar se observó que las adolescentes provienen de familias sin comunicación adecuada con los padres, permisiva, pobre o que la madre o la hermana tuvieron un embarazo adolescente, esto se evidenció en 1 de cada 3 encuestadas.

La violencia se observó en 1 de cada 5 embarazadas, predominando la violencia física ejercida por la madre, donde predomina familias interrumpidas, contraídas o uní parental, viviendo en familias extensas compuestas, semiintegradas, tradicionales, urbanas, campesinas y obreras con escolaridad baja de los padres, adicciones de predominio alcoholismo, en 1 de cada 3 encuestadas, la ausencia de figura materna o paterna se demostró en 1 de cada 4 encuestadas, lo que tienen gran incidencia en la prevalencia del embarazo adolescente.

Los factores socioculturales son determinantes en el incremento del número de embarazos durante la adolescencia, en este trabajo podría explicarse porque la población participante proviene de estratos sociales bajos, este factor pobreza ha sido asociado a embarazos en edad temprana, las adicciones predominando el alcoholismo, el trabajo no calificado, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social, amor romántico en 1 de cada 3 y relaciones sexuales permisivas se observó en 3 de cada 4 embarazadas.

La etiología se relaciona con factores que incluyen nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, expectativas de grupo de pares respecto a la iniciación de las relaciones sexuales, declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad. La mortalidad y la morbilidad de las adolescentes embarazadas pueden ser similares a las del grupo de las mujeres adultas si se les entrega una adecuada atención prenatal.

Las adolescentes perciben que el embarazo adolescente trunca su proyecto de vida y aconsejan la planificación familiar como mecanismo protector y la abstinencia como la manera más eficaz de evitarlo.

12. Recomendaciones y sugerencias

- Realizar talleres dirigido a los adolescentes para promover y desarrollar habilidades que los conduzcan en un proyecto de vida, evitando la deserción escolar.
- Promover la asistencia de las y los adolescentes a los módulos del adolescente para recibir asesoría psicológica sobre autoestima, sobre aspiraciones académicas y prevención de la violencia.
- Promover la educación sexual enfocada a romper tabúes, mitos y concepciones mágicas sobre amor, sexo y embarazo en las y los adolescentes.
- Promover en los adolescentes, valores espirituales y educativos.
- Fomentar la realización de cursos de verano y en periodos vacacionales donde se promueva la introspección, independencia, capacidad de relacionarse, iniciativa, humor, creatividad y moralidad.
- Realizar ferias continuas sobre métodos de planificación familiar, y anticoncepción de emergencia.
- Implementar pláticas de padres e hijos sobre educación sexual.
- Promover la realización de convivencias entre padres e hijos para mejorar la comunicación familiar, fomentando la comunicación, establecimiento de límites, reglas claras y jerarquías recíprocas.
- Promover la prevención de adicciones con talleres a adolescentes.

Referencias bibliográficas.

- 1.-Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes; un problema culturalmente complejo. 2013.
- 2.-Cobos E. Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. (España). Revista Intercontinental de Psicología y Educación (2008; 10(2):104-122.
- 3.-Organización Mundial de la Salud. Embarazo en Adolescentes: un problema en la región de Las Américas Consultado 15-07-2013.
- 4.-Pardo C. Análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconómicas. (Español). Desarrollo y Sociedad 2012;(69):133-185.
- 5.-Cardozo G, Alderete. A. Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. Psicología desde El Caribe 2009;12(23):148-182.
- 6.-Alarcón, Coello, Cabrera, Monier. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. (2009) Policlínico José Martí Santiago de Cuba. 2009;25(3):226-228
- 7.-Acosta-Varela M, Cárdenas-Ayala V. El embarazo en adolescentes Factores socioculturales. (México). Revista Médica del IMSS 2012;50(4):371-374.
- 8.-Trejo-Lucero H, Torres-Pérez J, Temahuaya-Frances I. Embarazo en las adolescentes y su concepto semántico de amor, sexo y embarazo. Revista Mexicana de Pediatría 2012;79(3):119-123.
- 9.- Pardo C. Óp. Cit. Pág. 4

10.- Ortega E. M., Meta análisis. Factores de protección y/o resiliencia del embarazo adolescente en mujeres de un contexto marginal urbano del municipio de La Paz. Programa de fortalecimiento a la transversalidad de la perspectiva de Género. Instituto Nacional de la Mujer.

11.-Montalvo G. Factores que predisponen al embarazo en adolescentes, tesis para obtener el título de licenciado en enfermería, Minatitlán, Ver., 2009.

12- Pérez L. Perspectiva de los Factores de Riesgo del Embarazo en Adolescentes Guadalajara UAG 2013.

13.-Aguilar A. Resiliencia, factores de riesgo y protección en adolescentes Mayas de Yucatán, elementos para favorecer la adaptación escolar. (México). Acta Colombiana de Psicología (2012) ISSN: 0123-9155

14.-Ortega E. Óp. Cit. pág. 25

15.-Guzmán Aguilar Melva. Factores asociados a embarazo en adolescentes, tesis doctoral, Chilpancingo Gro., 2012.

16.-Instituto Interamericano del Niño. (2012)

17.-Galdó M. Embarazo en la adolescencia, actualidad médica. Facultad de Medicina Granada, tesis doctoral (España) 2012.

18.- Secretaria de Salud. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-047-SSA2-2014, Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el jueves 16 de abril del 2009.

19.- Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el jueves 16 de abril del 2009.

20.-Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, [en línea], fecha de consulta, febrero de 2013, en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>

21.- Ley General de Población, [en línea], fecha de consulta, febrero de 2013, en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/140.pdf>

22.- Reglamento de la Ley General de Población, [en línea], fecha de consulta, febrero de 2013, en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGP.pdf

23.- Reglamento de la Ley General de Población. *Ibíd.* Pág. 7.

24.-Ley General de Salud. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, fecha de consulta, febrero 2014 [en línea], en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>

25.- Ley del Instituto Mexicano de la Juventud, [en línea], fecha de consulta, febrero de 2013, en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/87.pdf>

26.-Bonilla O, Sepúlveda M. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia) 2009, *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 61 No. 3, 2010

27.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI. Panorama epidemiológico del embarazo adolescente en México 2014. Disponible en http://www.Embarazo_Adolescente.INEGI.pdf&usg=AFQjCNF3X-XHFoVoifiQ8LTN1iNTEMcffg&sig2=w0LvklbhFSp_rk23ZXjStw

28.- OMS. Embarazo en Adolescentes: un problema en la región de Las Américas. Óp. Cit. Pág. 12

29.-Cardozo G. Óp. Cít pág. 7

30.-Gutiérrez M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública (Julio 2013,), 30(3):465-470 [citada 15-08-2013].

31.-Trejo-Lucero H. Óp. Cít pág. 11

32.- Acosta-Varela M. Óp. Cít pág. 6

33.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. INEGI. Óp. Cít. Pág. 1-15

34.- Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Fecha de consulta, febrero de 2013.

http://www.conbioetica.mexico.salud.gob.mx%2Fdescargas%2Fpdf%2FDeclaracion_Helsinki_.pdf&usg=AFQjCNEki97Dm4S66AXc2_BTrRTmxWOK6w&sig2=wkoSn8VqRydrCrDY92YC1Q&bvm=bv.104819420,d.eXY

35.- Ley General de Salud, Óp. Cít. Pág. 17

Anexos

Anexo 1. Instrumento de recolección de la información.

Prevalencia de características de riesgo encontrado en diversos estudios asociados al primer embarazo en adolescentes, en Iguala Guerrero.

El objetivo de la presente encuesta es estimar la prevalencia de las características de riesgo encontrados en diversos estudios asociados al embarazo adolescente que asisten al área de urgencias obstétricas del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo, en la ciudad de Iguala Guerrero.

Es de suma importancia que usted conteste con sinceridad, ya que su opinión será útil para mejorar la atención que se brinda a las mujeres embarazadas adolescentes.

La información que usted nos proporciones será estrictamente confidencial y empleada con fines estadísticos exclusivamente. Conteste las preguntas que se indican marcando una X la respuesta y complemente donde se indique.

Unidad de salud _____ Fecha _____ Folio _____

SECCION I	
IDENTIFICACION PERSONAL	
1.- ¿Cuántos años tienes? _____ años _____ meses.	2.- ¿En cuál lugar has vivido la mayor parte de tu vida? Municipio _____ ¿Vives en una zona? 1) Rural (- de 3000 habitantes) 2) Urbana (+ de 3,000 habitantes + servicios)
3.- ¿A qué te dedicas? 1) Estudiante 2) Ama de casa 3) Empleada 4) Desempleada 5) Otro especificar _____ ¿Si trabajas a qué edad iniciaste a trabajar? _____	4.- ¿A qué te dedicabas antes de estar embarazada? 1) Estudiante 2) Ama de casa 3) Empleada 4) Otro especificar _____

<p>5.- ¿Cuál es tu estado civil?</p> <p>1) Casada 2) Soltera 3) Unión libre 4) Divorciada 5) Separada</p>	<p>6.- ¿Religión?</p> <p>1) Católica 2) Cristiana 3) Testigo de Jehová 4) Otra _____ 5) Ninguna</p>
<p>7.- ¿Pertenece a una etnia indígena?</p> <p>1) No 2) Si a) Náhuatl b) Mixteco (Tun savi) c) Tlapaneco (Me´ paa) d) Amuzgo e) Otro</p>	<p>8.-En qué institución recibes atención médica?</p> <p>1) IMSS 2) ISSSTE 3) DIF 4) PEMEX 5) SSA 6) Privado 7) Otro 8) Ninguno</p>
<p>9.- ¿De quién dependes económicamente?</p> <p>1) Pareja 2) Padres 3) Hermanos 4) Tíos 5) Abuelos 6) Trabajo (Económicamente activa)</p>	<p>10.- ¿Con quién viviste la mayor parte del último año?</p> <p>1) Pareja 2) Padres 3) Hermanos 4) Otros</p>
<p>11.- ¿Estado civil antes de tu embarazo?</p> <p>1) Casada 2) Soltera 3) Unión libre 4) Divorciada 5) Separada</p>	<p>12.-Nivel de escolaridad</p> <p>1) Sin estudios_____</p> <p>2) Primaria incompleta _____ años completos</p> <p>3) Primaria completa_____</p> <p>4) Secundaria o equivalente incompleta_____ años completos</p> <p>5) Secundaria completa_____</p> <p>6) Preparatoria incompleta____ años completos</p> <p>7) Preparatoria o carrera técnica completa_____</p>
<p>SECCION II</p> <p>FACTORES PERSONALES</p>	
<p>13.- ¿Te sentías querida por tus padres?</p> <p>1) Mucho 2) Regular 3) Nada</p>	<p>14.- ¿Te aceptabas a ti misma con cualidades y defectos?</p> <p>1) Si 2) No</p>
<p>15.-Me sentía sola, sin cariño, necesitada de comprensión y amor</p> <p>1) Si 2) No</p>	<p>16.- ¿Te embarazaste antes o después de dejar de estudiar?</p> <p>1) Antes 2) Después</p>

<p>17.- ¿Dejaste los estudios por causa del embarazo?</p> <p>1) Si 2) No 3) Sigo estudiando</p>	<p>18.- ¿Antes de dejar de estudiar ya planeabas embarazarte?</p> <p>1) Si 2) No 3) Sigo estudiando</p>
<p>19.- ¿Pensaste en abortar?</p> <p>1) Si 2) No</p>	<p>20.- ¿Utilizaste método anticonceptivo en tu primera relación sexual?</p> <p>1) Si ¿cuál?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Preservativo masculino b) Preservativo femenino c) Inyecciones d) Pastillas e) Parches f) DIU g) Implante <p>2) No ¿Por qué?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Miedo b) Desconocimiento c) Pena d) Quería saber que se sentía sin método e) Negación de la pareja f) No conocía
<p>21.- ¿Utilizaste método anticonceptivo en tus relaciones sexuales subsecuentes?</p> <p>1) Si ¿cuál?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Preservativo masculino b) Preservativo femenino c) Inyecciones d) Pastillas e) Parches f) DIU g) Implante <p>2) No ¿Por qué?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Miedo b) Desconocimiento c) Pena d) Quería saber que se sentía sin método e) Negación de la pareja f) No conocía 	<p>22.- ¿Utilizaste alguna vez la píldora de emergencia?</p> <p>1) Si 2) No</p>
<p>23.- ¿Antes de embarazarte tuviste problemas con tu pareja si no aceptabas tener relaciones sexuales con él?</p> <p>1) Si 2) No 3) A veces</p>	<p>24.- ¿Vives actualmente con el padre de tu hijo?</p> <p>1) Si 2) No</p>

25.- ¿Al saberte embarazada tu pareja te apoyó emocionalmente? 1) Si 2) No	26.- ¿Tuviste algún tipo de presión de parte de tu pareja para embarazarte? 1) Si 2) No
27.- ¿Tienes una relación de pareja estable? 1) Si 2) No	28.- ¿Tienes un proyecto de vida? 1) Si 2) No
29.- ¿El embarazo trunca tu proyecto de vida? 1) Si 2) No	30.- ¿Consideras que estabas muy enamorada y no deseabas perder a mi novio y eso influyó en que te embarazaras? 1) Si 2) No
31.- ¿Pensabas que el embarazo te realizaría como mujer? 1) Si 2) No	32.- ¿El que tus amigas ya tenían relaciones o ya tenían hijos influyó en que te embarazaras? 1) Si 2) No
33.- ¿Deseabas embarazarte? 1) Si 2) No	
SECCION III FACTORES REPRODUCTIVOS	
34.- ¿A qué edad iniciaste a menstruar? _____ años	35.- ¿A qué edad iniciaste a tener relaciones sexuales? _____ años
36.- ¿Qué influyó para que iniciaras tu vida sexual? 1) Novio o pareja 2) Amigos 3) La televisión 4) Internet 5) Padres 6) Hermanos 7) Otros _____	37.- ¿Antes de embarazarte recibiste orientación sobre métodos anticonceptivos? 1) No 2) Si ¿señala de parte de quién? a) Padres b) Medios de Comunicación c) Amigos d) Personal de salud e) Escuela
38.- ¿Antes de embarazarte conocías métodos anticonceptivos? 1) Si 2) No	39.- ¿Conocías el uso de la píldora de emergencia? 1) Si 2) No ¿La utilizaste alguna vez? 1) Si 2) No

40.- ¿Recibiste en tu hogar información sobre orientación sexual? 1) Si 2) No	41.- ¿Tenías conocimiento sobre reproducción humana antes de embarazarte? 1) Si 2) No
IV FACTORES FAMILIARES	
42.- ¿Viven juntos tus padres? 1) Si 2) No	43.- ¿La relación con tus padres antes de embarazarte era? 1) Excelente 2) Regular 3) Mala
44.- ¿Al saberte embarazada tus padres te apoyaron emocionalmente? 1) Si 2) No	45.- ¿Consideras que la relación con tus hermanos(as) antes de embarazarte era? 1) Excelente 2) Buena 3) Regular 4) Mala
46.- ¿Cuándo supiste que estabas embarazada ¿con quién vivías? 1) Padres 2) Esposo 2) Pareja 3) Familiares 4) Amigos(as) 5) Sola	47.- ¿Antes de embarazarte los fines de semana los compartías con tus padres en casa o de paseo? 1) Siempre 2) A veces 3) Nunca
48.- ¿Tu madre tuvo embarazo adolescente? 1) Si 2) No	49.- ¿Tu hermana(s) tuvieron embarazo adolescente? 1) Si 2) No
50.- ¿Al saber que estabas embarazada a quien le informaste? 1) Padres 2) Hermano(a) 3) Pareja 4) Amigo(a) 5) otro2	51.- ¿Te enseñaron tus padres valores, reglas, respeto, equidad? 1) Si 2) No
52.- ¿Consideras que la educación recibida en tu hogar fue? 1) Rígida 2) Flexible 3) Tolerante	53.- ¿Alguna ocasión te comentaron tus padres que si te embarazabas que consecuencias negativas tendría? 1) No 2) Si ¿Cuáles? _____ ¿Esto influyó en que te embarazaras? 1) Si 2) No

<p>54.- ¿Vive tu madre?</p> <p>1) Si</p> <p>2) No</p>	<p>55.- ¿Vive tu padre?</p> <p>1) Si</p> <p>2) No</p>
<p>56.- ¿Viven juntos tus padres?</p> <p>1) Si</p> <p>2) No</p>	<p>57.- ¿Grado de escolaridad de tu padre?</p> <p>1) Analfabeta</p> <p>2) Primaria incompleta</p> <p>3) Primaria completa</p> <p>4) Secundaria completa</p> <p>5) Bachillerato</p> <p>6) Profesional</p>
<p>58.- ¿Grado de escolaridad de tu madre?</p> <p>1) Analfabeta</p> <p>2) Primaria incompleta</p> <p>3) Primaria completa</p> <p>4) Secundaria completa</p> <p>5) Bachillerato</p> <p>6) Profesional</p>	<p>59.- ¿Tu madre tiene alguna adicción?</p> <p>1) No</p> <p>2) Si ¿Cuál?</p> <p>a) Alcohol</p> <p>b) Drogas</p> <p>c) Tabaco</p> <p>d) Juegos</p> <p>e) Otro especificar</p>
<p>60.- ¿Esto influyó en que te embarazaras?</p> <p>1) Si</p> <p>2) No</p>	<p>61.- ¿Tu padre tiene alguna adicción?</p> <p>1) No</p> <p>2) Si ¿Cuál?</p> <p>a) Alcohol</p> <p>b) Drogas</p> <p>c) Tabaco</p> <p>d) Juegos</p> <p>e) Otro especificar</p>
<p>62.- ¿Esto influyó en que te embarazaras?</p> <p>1) Si</p> <p>2) No</p>	<p>63.- ¿Cuántas personas viven en casa de tus padres?_____</p> <p>Hombres_____ Mujeres_____</p>
<p>64.- ¿Cuántos cuartos tiene la casa de tus padres?_____</p>	<p>65.- ¿Viven solo tus padres y hermanos?</p> <p>1) Si</p> <p>2) No</p>
<p>66.- ¿Sufriste antes del embarazo algún tipo de violencia?</p> <p>2) No</p> <p>1) Si ¿Cuál?</p> <p>a) Física</p> <p>b) Sexual</p> <p>c) Económica</p> <p>d) Psicológica</p> <p>¿De parte de quién?_____</p>	

V.-FACTORES CULTURALES	
67.- Ingreso económico mensual de tu familia \$_____	68.- ¿En qué nivel socioeconómico consideras que está tu familia de origen (padres y hermanos)? 1) Bajo 2) Medio 3) Alto
69.- ¿Fumabas antes de embarazarte? 1) No 2) Si ¿Cuántos cigarrillos a la semana?_____ ¿Esto influyó en que te embarazaras? 1) Si 2) no	70.- ¿Tienes algún otro tipo de adicción? 1) No 2) Si ¿Cuál? especificar_____ ¿Esto influyó en que te embarazaras? 1) Si 2) no
71.- ¿Tomabas alcohol antes de embarazarte? 1) No 2) Si	72.- ¿Esto influyó en que te embarazaras? 1) Si 2) no
73.- ¿El embarazo cambia tu situación familiar? 1) Si 2) No	74.- ¿Consideras que tu nivel socioeconómico haya influido en que te embarazaras? 1) Si 2) No
75.- ¿Define con una palabra amor? 1) Felicidad 2) Compromiso 3) Respeto	76.- ¿Qué significa para ti el embarazo? 1) Realización 2) Frustración 3) Problemas 4) Miedo 5) Felicidad 6) Estabilidad 7) Algo negativo
77.- ¿Define con una palabra sexo? 1) Necesidad biológica para la reproducción 2) Placer 3) Amor 4) Algo negativo	78.- ¿Qué significa para ti tener relaciones sexuales? 1) Un compromiso 2) Un gusto 3) Una necesidad
79.- ¿Consideras que las relaciones sexuales en la adolescencia son normales? 1) Si 2) No	80.- ¿Consideras que los medios de comunicación, influyeron en el inicio de tu vida sexual que trajo como consecuencia el embarazo? 1) Si 2) No

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: _____

La que suscribe _____ Edad ____ años,
Representante legal de _____
con _____ domicilio
en _____ doy

mi consentimiento para que mi hija conteste las preguntas solicitadas en la investigación con el título "PREVALENCIA DE CARACTERÍSTICAS DE RIESGO ENCONTRADOS EN DIVERSOS ESTUDIOS ASOCIADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE, EN IGUALA GUERRERO".

Lo cual no tiene procedimiento invasivos por lo que no pone en peligro la integridad de mi hija.

Estoy debidamente enterada de que:

1. La información recabada será manejada de manera confidencial.
2. Puedo desistir en cualquier momento antes de contestar a las preguntas, y por esto no se me negarán los servicios médicos, ni otros servicios que otorgue la Secretaría de Salud.
3. La orientación consejería se me proporcionó en mi idioma _____ lo que me permitió aclarar mis dudas y temores.
4. Estoy consciente de que no se me ha prometido algún beneficio económico o material, ni personal, ni comunitario para aceptar responder este cuestionario.
5. No he recibido amenazas, ni he sido presionada u obligada para aceptar la participación.
6. Si aún persistieran algunas dudas sobre esta investigación, las puedo aclarar con el Dr. Johnatan Vladimir Reyes Tavitás al teléfono 733-688-0015

Firma del aceptante _____.
Nombre completo y firma del personal que proporcionó la orientación y consejería.

PROFESIONAL _____

TESTIGO _____