

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
GUSTAVO A. MADERO
MÉXICO D.F.

**“PERFIL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA Y SU FAMILIA EN UNA
ZONA DE CHALCO, ESTADO DE MÉXICO”**

0352103

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:



DRA. GABRIELA LÓPEZ ZÁRATE



ISSSTE

**“GUSTAVO A. MADERO”
DIRECCION**

MÉXICO, D. F

2005



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.

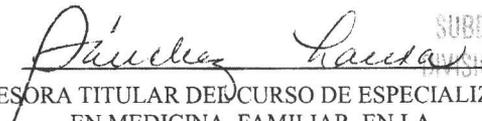
“PERFIL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA Y SU FAMILIA EN UNA ZONA DE CHALCO, ESTADO DE MÉXICO”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. GABRIELA LÓPEZ ZÁRATE

AUTORIZACIONES:

DRA. LAURA ELENA SÁNCHEZ ESCOBAR

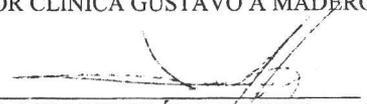

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR EN LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “GUSTAVO A. MADERO” ISSSTE, MÉXICO D. F.

ASESOR DE TESIS:
DR. EFRÉN RAÚL PONCE ROSAS

PROFESOR TITULAR “A” TDC
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

DIRECTOR CLÍNICA


DR. JORGE ANTONIO CASTILLO
DIRECTOR CLÍNICA GUSTAVO A MADERO


DR. LUIS BELTRÁN LAGUNES
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
CLÍNICA GUSTAVO A. MADERO



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Lopez Zárate Gabriela

FECHA: 27-SEP-05

FIRMA: G.B.

**“PERFIL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA Y SU FAMILIA EN UNA
ZONA DE CHALCO, ESTADO DE MÉXICO”**

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

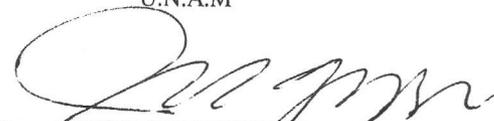
PRESENTA:

DRA. GABRIELA LÓPEZ ZÁRATE

AUTORIZACIONES



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



DR. ARNULFO IRIGOEYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M



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

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme dado a esta hermosa familia.

A mis padres por darme su ejemplo de lucha y superación, gracias por el apoyo que siempre me brindaron.

A mi hermano por todo su cariño y ejemplo, te quiero mucho.

A mi querido esposo: gracias por formar parte de mi vida ¡Te amo mi amor!

Al Dr. Efrén Raúl Ponce mi asesor de este trabajo, por el tiempo y el conocimiento que me otorgó.

A cada una de las adolescentes embarazadas que aceptaron participar en esta investigación que sin su valiosa colaboración no se hubiera podido realizar este trabajo.

Al laboratorio de gabinete y análisis clínicos por haberme facilitado sus instalaciones para hacer esta investigación.

Al médico radiólogo por facilitarme su espacio, su tiempo, por la enseñanza que me brindo y por ser un gran ser humano que me apoyo para culminar esta meta.

A la Dra, Laura Sánchez Escobar: Desde el fondo de mi corazón, le agradezco infinitamente, la atención y dedicación que siempre me brindo, es una persona muy especial que me enseñó a ser mejor en muchos aspectos de mi vida.

A cada uno de mis profesores de esta hermosa especialidad, por toda la enseñanza que siempre me otorgaron.

Agradecimiento especial.

A la Dra. Silvia Landgrave Ibáñez.

Con todo mi corazón le agradezco infinitamente la ayuda que siempre me brindo, gracias a su tolerancia y comprensión me fue posible terminar esta investigación.

Muchas gracias por cada palabra de aliento que me dijo, por su enseñanza, por mostrarme que la investigación es interesante y que siempre hay algo que aprender en cada acción que se realiza.

Nunca olvidaré todo el tiempo que me otorgó así como toda la dedicación que tiene con sus alumnos, la Universidad está orgullosa de tener gente con una admirable calidad humana como la de usted.

Estaré eternamente agradecida por su apoyo pero sobre todo por la gran paciencia que siempre me otorgó.

Con cariño y admiración.



Dra. Gabriela López Zárate.

Dedicado al angelito de mi vida:

Valeria.

¡Te amo mi pequeñita!

Resumen.

Objetivo: Conocer el perfil de la adolescente embarazada y su familia en una zona de Chalco, Estado de México.

Diseño: Descriptivo, transversal, observacional, no comparativo.

Material y métodos: Se aplicaron 100 encuestas a usuarias adolescentes embarazadas, de un laboratorio y gabinete particular en el servicio de ultrasonido, durante los meses de mayo de 2004 a febrero de 2005. La encuesta incluyó cinco secciones: consentimiento de participación voluntaria, ficha de identificación y datos de la familia, antecedentes gineco-obstétricos, aspectos socioeconómicos, sexualidad, y aspectos obstétricos.

Resultados: Los datos obtenidos de la aplicación muestran que la edad promedio de la adolescente embarazada fue de 17 años, en su mayor parte solteras, (52%) escolaridad de secundaria completa, dedicadas al hogar en el 89%. De los casos estudiados, la mitad de las familias de las adolescentes embarazadas, tienen estructura nuclear y la otra mitad extensa, la etapa del ciclo vital en su mayoría fue la de dispersión. Dentro de los antecedentes gineco-obstétricos el 78% de ellas ignoran su fecha última de regla, el 39% de las adolescentes embarazadas utilizó preservativo como método anticonceptivo, la edad promedio del inicio de vida sexual activa fue de 15 años, el 100% de las adolescentes embarazadas no se ha realizado la detección oportuna de cáncer cervicouterino. El ingreso mensual de la familia de la adolescente embarazada fue de 5 ó más salarios mínimos, el 99% de la población estudiada depende de alguien económicamente y sólo el 1.0% percibe un salario, la clasificación de la familia con base en la ocupación del jefe de familia es obrera, la mayor parte de las adolescentes embarazadas recibieron orientación sexual principalmente en la escuela. El embarazo no deseado se presentó en un alto porcentaje y en un 11% presentan alguna complicación médica durante su gestación.

Conclusiones: Se identificó que la adolescente embarazada no es autosuficiente, inicia una vida sexual activa temprana, no utiliza un método de planificación familiar, no tiene presente su fecha última de regla, no se realiza la prueba de detección oportuna de cáncer cervicouterino, no lleva un control prenatal, en su mayoría presentan un embarazo no deseado que ha afectado su estilo de vida, enfrentando deserción escolar.

Palabras clave: Embarazo en adolescentes, perfil ginecológico, Medicina Familiar.

SUMMARY.

Objetives: To know the profile of the pregnant adolescent and its family in a zone of Chalco Estado de México.

Design: Descriptive, cross-sectional, observational, non comparative.

Material and methods: Pregnant women were applied to 100 surveys to adolescent users, of a laboratory and particular in the service of ultrasound, during the months of may of 2004 to december of 2004. The designed survey included five sessions: consent of voluntary participation, card of identification and gineco-obstetrics data, of the familys antecedents, socioeconomic aspects, sexuality, and obstetrics aspects.

Results: The collected data of the application show that the age average of the pregnant adolescent was of 17 years, to a large extent unmarried, (52%) schooling of secondary completes, dedicated to the home in 89%. Of the estuded cases, half of the families of the pregnant adolescent, has a nuclear estructure and other extensive half, the stage of dispersion within the gineco-obstetrics antecedents 78% of them ignore its last date rule, 39% of the pregnat adolescents used preservative like contraceptive method, the age average of the beginning of sexual life was of 15 years, the 100% of the pregnant adolescents has not been made the oportune detection of cervico-uterine cancer. The monthly entrance of the family of the pregnant adolescent was of 5 or more minimal wages, 99% of the studied population depend economically on somebody and only the 1.0% perceive a wage, the classification of the family with base in the occupation of the family head is working, most of the pregnant adolescents mainly received sexual direction in the school. The wished pregnancy did not appear in a high percentage an in 11%. They present some medical complication during its gestation.

Conclusions: It was identified that the pregnant adolescent is not self-sufficient, initiates an early active sexual life, it does not use a method of familiar planning, does not made the test of oportune detection of cervico-uterine cancer, does not take prenatal control, in his majority present a nonwished pregnancy that it has affected his style of life, not facing scholastic desertion.

Key words: Pregnancy in adolescent, profile gynecological, Family Medicine.

INDICE

| | | |
|-------|--|----|
| 1. | MARCO TEÓRICO | 01 |
| 1.1 | Antecedentes del tema y del problema..... | 01 |
| 1.1.1 | Historia del embarazo en adolescentes | 01 |
| 1.1.2 | Concepto del embarazo en la adolescencia | 02 |
| 1.1.3 | Factores de riesgo | 04 |
| 1.1.4 | El papel de la familia | 07 |
| 1.1.5 | El papel del médico familiar | 09 |
| 1.1.6 | La educación sexual | 12 |
| 1.1.7 | El aspecto social | 13 |
| 1.1.8 | El aspecto psicológico | 15 |
| 1.1.9 | La religión | 17 |
| 1.2 | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 19 |
| 1.3 | JUSTIFICACIÓN | 22 |
| 1.4 | OBJETIVOS | 24 |
| 2. | MATERIAL Y METODOS | 25 |
| 2.1 | Tipo de estudio..... | 25 |
| 2.2 | Diseño de investigación del estudio..... | 26 |
| 2.3 | Población, lugar y tiempo..... | 27 |
| 2.4 | Muestra | 27 |
| 2.5 | Criterios de inclusión, exclusión y eliminación..... | 27 |
| 2.6 | Variables | 28 |
| 2.7 | Definiciones conceptuales de variables..... | 40 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 2.8 | Diseño estadístico | 42 |
| 2.9 | Instrumento de recolección de datos | 43 |
| 2.10 | Método de recolección de datos..... | 47 |
| 2.11 | Maniobras para evitar sesgos..... | 47 |
| 2.12 | Prueba piloto | 48 |
| 2.13 | Procedimientos estadísticos | 48 |
| 2.14 | Cronograma | 59 |
| 2.15 | Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio..... | 59 |
| 2.16 | Consideraciones éticas..... | 59 |
| 3. | RESULTADOS | 60 |
| 3.1 | FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA..... | 60 |
| 3.1.1 | Edad de la adolescente embarazada..... | 60 |
| 3.1.2 | Estado civil de la adolescente embarazada..... | 60 |
| 3.1.3 | Escolaridad de la adolescente embarazada..... | 61 |
| 3.1.4 | Ocupación de la adolescente embarazada..... | 62 |
| 3.1.5 | Religión de la adolescente embarazada..... | 62 |
| 3.2 | DATOS DE LA FAMILIA DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA..... | 62 |
| 3.2.1 | Número de integrantes de la familia de la adolescente embarazada..... | 63 |
| 3.2.2 | Estructura de la familia de la adolescente embarazada..... | 63 |
| 3.2.3 | Ciclo vital de la familia de la adolescente embarazada..... | 64 |
| 3.2.4 | Clasificación de la familia de la adolescente embarazada..... | 64 |
| 3.2.5 | Clasificación de la familia en base a su desarrollo..... | 64 |
| 3.2.6 | Clasificación de la familia en base a su demografía..... | 65 |
| 3.2.7 | Clasificación de la familia en base a su integración..... | 65 |

| | |
|--|-----------|
| 3.2.8 Clasificación de la familia en base a su ocupación..... | 65 |
| 3.3 ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS..... | 65 |
| 3.3.1 Menarca..... | 65 |
| 3.3.2 Ritmo..... | 66 |
| 3.3.3 Fecha última de regla..... | 66 |
| 3.3.4 Inicio de vida sexual activa..... | 66 |
| 3.3.5 Antecedentes de eventos obstétricos de la adolescente embarazada..... | 67 |
| 3.3.6 Complicaciones obstétricas previas de la adolescente embarazada..... | 67 |
| 3.3.7 Método de planificación familiar..... | 67 |
| 3.3.8 Detección oportuna de cáncer cérvico-uterino..... | 68 |
| 3.3.9 Antecedente de lactancia materna..... | 68 |
| 3.4 ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS..... | 68 |
| 3.4.1 Ingreso mensual de la familia de la adolescente embarazada..... | 68 |
| 3.4.2 Dependencia económica de la adolescente embarazada..... | 68 |
| 3.4.3 Ocupación de los padres de la adolescente embarazada..... | 69 |
| 3.4.4 Escolaridad de los padres de la adolescente embarazada..... | 70 |
| 3.4.5 Comunicación de la adolescente embarazada con sus padres..... | 70 |
| 3.4.6 Religión de la adolescente embarazada..... | 71 |
| 3.5 ASPECTOS SEXUALES..... | 71 |
| 3.5.1 Orientación sexual de la adolescente..... | 71 |
| 3.5.2 Conocimiento entre sexo y sexualidad de la adolescente embarazada..... | 72 |
| 3.5.3 Dudas con respecto a la sexualidad de la adolescente embarazada..... | 72 |
| 3.5.4 Repercusiones emocionales sobre el acto sexual en la adolescente embarazada..... | 73 |

| | |
|---|-----------|
| 3.5.5 Sugerencia sobre el acto sexual..... | 73 |
| 3.5.6 Utilización de método anticonceptivo por la adolescente embarazada..... | 74 |
| 3.5.7 Comunicación sobre temas de sexualidad con sus padres..... | 74 |
| 3.6 ASPECTOS OBSTÉTRICOS..... | 76 |
| 3.6.1 Embarazo deseado de la adolescente embarazada..... | 76 |
| 3.6.2 Conocimiento de los riesgos obstétricos por la adolescente embarazada..... | 76 |
| 3.6.3 Conocimiento de los riesgos neonatales por la adolescente embarazada..... | 77 |
| 3.6.4 Conocimiento del término control prenatal por la adolescente embarazada..... | 77 |
| 3.6.5 Causas por las cuales la adolescente embarazada no lleva control prenatal..... | 77 |
| 3.6.6 Sentido de ánimo de la adolescente embarazada para enfrentar la llegada de su hijo...78 | |
| 3.6.7 Cómo se siente la adolescente embarazada con su gestación..... | 78 |
| 3.6.8 Limitación de los planes de vida de la adolescente embarazada | 80 |
| 3.6.9 Afección de la relación con la familia de la adolescente embarazada..... | 81 |
| 3.6.10 Apoyo de la adolescente embarazada por parte de su familia..... | 82 |
| 3.6.11 Adolescente embarazada y su pareja..... | 82 |
| 3.6.12 Causas por las que la adolescente embarazada no tiene una pareja..... | 83 |
| 3.6.13 Prevención del embarazo por parte de la adolescente..... | 83 |
| 3.6.14 Problemas médicos de la adolescente embarazada..... | 85 |
| 4. DISCUSIÓN..... | 86 |
| 4.1 APLICACIÓN PRÁCTICA Y CLÍNICA DE LOS RESULTADOS EN EL | |
| PERFIL PROFESIONAL, LOS EJES DE ACCIÓN Y LAS ÁREAS DE | |
| ESTUDIO DE LA MEDICINA FAMILIAR | 88 |
| 5. CONCLUSIONES | 89 |
| 6. REFERENCIAS | 92 |
| 7. ANEXOS..... | 95 |

MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes del tema y del problema

1.1.1 Historia.

En generaciones anteriores, el embarazo entre 15 y 20 años de edad no era considerado por la población como algo indebido históricamente, el matrimonio en edades tempranas era común¹. En el área rural, las madres preparaban a sus hijas para la maternidad, la educación recibida era para ser amas de casa y luego formar un hogar, la maternidad era prácticamente la única función de la mujer, otorgando la mayor preparación para los varones o el varón de la familia; entonces, las uniones a temprana edad eran más comunes que ahora, aún cuando el embarazo ocurriera antes del matrimonio, frecuentemente esto legitimaba la unión conyugal ya fuera consensual o matrimonial. Actualmente, el embarazo en la adolescencia tiene un gran impacto en todo el mundo, sin embargo en México que se encuentra en vías de desarrollo, implica una serie de factores socioculturales, que impiden el crecimiento y el avance del país.

El embarazo en la adolescencia implica diversos factores médicos y sociales, constituyendo así un problema de salud pública de gran importancia que desafortunadamente va en aumento, y que siempre ha estado presente a nivel mundial como se redacta en la historia en donde mencionan que en el año de 1940, en Checoslovaquia se iniciaron los primeros pasos sobre investigación y apoyo al embarazo en la adolescente. El Dr. R Peter, estableció un servicio de Ginecología para niñas y adolescentes, escribiendo uno de los primeros tratados junto a Vaseley en el año de 1966, entre los médicos que se unieron a esta causa se encuentran los Drs. Schaffler en Estados Unidos, Dewhurst en Inglaterra, Contamin en Francia. En 1791, se funda la Sociedad Internacional De Ginecología Infanto-Juvenil (FIGIJ) en Suiza, siendo miembros activos de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. (FIGO)².

En México desde 1969 se trabaja con Centros para la Atención de Adolescentes; en 1978 el Centro de Orientación para Adolescentes se realiza su labor en el área de salud sexual y reproductiva, así como la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (Mexfam) que también tienen tópicos de sexualidad y salud reproductiva, en 1985 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) trabaja con adolescentes, creando más módulos en el interior de la república. La Secretaría de Salud (SSA) en 1994 crea el Programa Nacional de Adolescentes

con énfasis en salud sexual y reproductiva, y acciones contra adicciones y abuso de sustancias tóxicas. El programa IMSS Solidaridad³ en 1997 introduce los Centros de Atención Rural para Adolescentes (CARA), en el año 2000, el Consejo Nacional de Vacunación transforma el programa de atención a la salud del niño en la Atención a la Salud de las y los Adolescentes (PAASA), también existen 240 unidades amigables de Atención para los Adolescentes en donde se otorga consejería y atención de problemas sexuales y reproductivos, con dos objetivos fundamentales: consejería sobre la sexualidad libre e informada, y la reducción sistemática del embarazo en menores de 20 años, puesto que se han demostrado conocimientos limitados en sexualidad y reproducción en general. Cabe mencionar que el embarazo en la adolescente alcanzó cifras de alrededor de 450,000 nacimientos anuales en los últimos lustros. La salud sexual y reproductiva de la población adolescente se consideró como prioridad de atención dentro del Plan Nacional de Salud 1995-2000^{4,5,6}.

1.1.2 Concepto

El embarazo en la adolescencia se define⁶ como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer y cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental.

El embarazo en adolescentes es de etiología multifactorial, en donde intervienen factores sociales, culturales, económicos, psicológicos así como la inestabilidad familiar que se presenta durante una crisis normativa como es la adolescencia; durante esta etapa, el adolescente vive una serie de crisis y experiencias, resultando en algunas veces con embarazos no deseados; que representa una problemática severa, ya que esto cambia en su totalidad el entorno de la adolescente resultando en deserción escolar, rechazo social, abandono del hogar familiar, casarse o vivir en unión libre, tener su primer hijo aún sin tener una adecuada preparación, limitando sus proyectos de vida, implicando un gran riesgo ginecológico, obstétrico y neonatal^{7,8,9,10,11,12,13}.

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁴ como el periodo de vida comprendido entre el inicio de la pubertad y el completo desarrollo de los caracteres sexuales, se acepta que esta etapa de la vida termina alrededor de los 19 años.

En un artículo referido por Pérez Segura¹⁴ divide a la adolescencia en dos etapas:

- Adolescencia temprana que comprende de los 10 a los 14 años y
- Tardía de los 15 a los 19 años.

Margaret J. Blythe¹⁵ define a la adolescencia como el segundo decenio de la vida, dividiéndola en tres subfases:

- Temprana que abarca de los 10 a los 14 años la cual se caracteriza por el comienzo de la pubertad y la transición que se aleja de la infancia,
- La adolescencia media que comprende entre los 15 y 17 años la cuál se caracteriza porque aumenta la identificación con los compañeros de grupo, utilizando cierto tipo de vestido, la música y el lenguaje,
- La adolescencia tardía abarca de los 18 a los 20 años en donde se produce la transición hacia la figura de los adultos.

Desde una visión didáctica,¹⁶ la adolescencia puede ser agrupada en tres fases con un promedio de duración de cada una de ellas de 3 años,

- Adolescencia temprana de los 10 a los 14 años,
- Adolescencia media de los 15 a los 17 años, y
- Adolescencia tardía de los 18 a los 21 años.

Etimológicamente¹⁷ la palabra adolescencia proviene de ad: a, hacia y olescere: crecer, es decir, significa la condición y el proceso de crecimiento, que implica un proceso de crisis vital; de krisis, que en griego es el acto de distinguir, elegir, decidir y/o resolver, a partir del cuál se logrará la identidad personal.

Desde el punto de vista biológico, la adolescencia se caracteriza por el rápido crecimiento, cambios en la composición corporal, el desarrollo de las gónadas, de los órganos sexuales y reproductivos y de características sexuales secundarios así como el logro de su plena madurez física¹⁵.

Al llegar a la pubertad los cambios hormonales desencadenan nuevas sensaciones sexuales y los intereses y motivaciones relacionadas con la sexualidad van a cobrar una enorme importancia. En esta etapa van a nacer las grandes amistades y los primeros amores. Es la época en la que buscan saber quiénes son y a dónde van, sentirán necesidades específicamente sexuales y se encuentran en el conflicto entre lo que sienten y lo que se les prohíbe.

Específicamente en la llamada adolescencia tardía o segunda etapa aparece el sentimiento del enamoramiento que más allá del deseo y la atracción sexual representa un deseo de unión absoluta, con otra persona que en esa edad se percibe como única e insustituible. La necesidad afectiva sexual ligada a la relación de pareja, en este caso al noviazgo adquiere una mayor estabilidad.

El desarrollo de un adolescente implica diversos factores socioculturales, que influyen en ellos como son la familia, la educación, los medios masivos de comunicación, el ambiente socioeconómico, los servicios de salud, la comunidad, la recreación, la urbanización¹⁸, etc. Se estima¹⁹ que hay 1,200 millones de adolescentes en el mundo. En México, la población adolescente se duplicó en los últimos 30 años, actualmente representa el 21.3% de la población, cabe mencionar que entre 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años.

1.1.3 Factores de riesgo

El periodo de la adolescencia¹⁶ es una etapa de rápidos y notables cambios desde diversos cambios corporales hasta una crisis existencial, con la finalidad de llamar a la atención de todas las personas que conviven con él. Esta etapa es básicamente donde se consolida la personalidad y la búsqueda de su propia identidad, en donde el propio adolescente quiere encontrarse consigo mismo, necesita saber cual es su rol en su comunidad, en su familia, en el medio ambiente en el cual se desarrolla. Es importante mencionar que intervienen otros factores como el nivel socioeconómico de sus padres, el carácter del adolescente, sus ideas, la comunicación con sus padres, sus tradiciones y prejuicios, absorbiendo creencias y valores morales. En esta etapa tan primordial en la vida, va a depender en gran medida su futuro comportamiento y su desarrollo bio-psico-social que adquiera. Es por ello, que es de gran importancia el diagnóstico temprano de los trastornos emocionales y conductuales que pueda presentar durante su infancia aplicando medidas preventivas, con la finalidad, de evitar patología socio-afectiva en su adolescencia y edad adulta.

Durante este periodo, los adolescentes se sienten incomprendidos, mal identificados, y la mayoría de las veces se encuentran mal ubicados, inseguros de sus actos, dañados en su autoestima, afectados en su entorno psicológico y con muy poca o nula comunicación con los padres.

El adolescente se encuentra en una etapa difícil, debido a la etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, muchas veces con falta de recursos económicos para enfrentar la vida, falta de experiencia, con pocos conocimientos sobre los factores de riesgo y peligros que puede enfrentar como es la mala influencia de sus compañeros, la falta de orientación y el miedo a enfrentar el rechazo social hacia lo que parece erróneo.

Los adolescentes¹⁶ también presentan actitudes de autodefensa, ayudándose a sí mismo ante su ansiedad, sus fracasos y su integridad. El utilizar mecanismos de defensa le favorece para

reducir la tensión y el dolor emocional que enfrenta el adolescente, por ejemplo, la apatía que es el resultado de una frustración y un estrés prolongado.

En todos los países, y con poca diferencia, entre niveles socioeconómicos, se ha encontrado que la mujer adolescente suele tener relaciones sexuales sin protección anticonceptiva, Hofmann,²⁰ en 1984 describe tres factores que condicionan a la adolescente a embarazo no deseado y son:

- Menarca temprana,
- Actividad sexual temprana,
- Poco uso ó uso inadecuado de anticonceptivos

La mala orientación sobre sexualidad o la falta de la misma por parte de la familia incrementa el riesgo para que una adolescente se embarace.

Estudios llevados a cabo en México^{9,18} y en otros países muestran que los compañeros sexuales tienen un papel determinante en lo que se refiere a las relaciones sexuales, conocimientos, actitudes y conductas anticonceptivas, así como en relación con el valor de la maternidad y la paternidad. Una de las investigaciones llevadas a cabo en nuestro país menciona que las adolescentes que se embarazan tienen aspiraciones escolares más reducidas que las adolescentes que no se embarazan¹⁸.

Los adolescentes llegan a tener relaciones sexuales rodeados de una serie de mitos^{20,21}, creencias y actitudes que aumentan el riesgo para obtener un embarazo no esperado. En un estudio realizado en Lima, Perú se encontró que tanto los adolescentes varones como las mujeres, se atribuyen mutuamente la responsabilidad de asumir comportamientos sexuales para la prevención de embarazo, los comentarios expresados²¹ por los adolescentes de 13 a 17 años fueron que:

Sus parejas deberían ser quienes se cuiden "para no salir embarazadas" ya que nosotros los hombres no vamos a llevar en el vientre al niño. Por otra parte "las mujeres mencionan que los hombres deben cuidarse porque ellos son los más interesados en el sexo". Con ese tipo de pensamiento de los adolescentes se puede tener presente que existe un gran riesgo para presentar un embarazo no deseado. Es por ello, que se hace necesario y prioritario fomentar la creación de programas de educación para la salud sexual y reproductiva de adolescentes en forma general.

Los adolescentes son sexualmente activos y desafortunadamente no utilizan métodos anticonceptivos en forma regular, por múltiples causas como son la falta de conocimiento de los mismos, mala aplicación, por miedo a utilizarlos, por no tener acceso a métodos

anticonceptivos, entre otras razones.

El embarazo en adolescentes se ha asociado a factores sociodemográficos como es la pobreza, educación deficiente, inicio temprano de vida sexual activa, menarca temprana; (en los varones es el desarrollo corporal precoz y el aumento temprano de niveles hormonales), en países en vías de desarrollo gran parte de las adolescentes cree que su riesgo de quedar embarazadas es bajo, racionaliza que no va a ocurrir y es poco probable que utilice anticonceptivos, creen en mitos sobre que son demasiado jóvenes para quedar embarazadas, o que la concepción no puede ocurrir en ciertos momentos del ciclo o con el primer coito. Dentro de los factores que se encuentran asociados al no uso de los métodos anticonceptivos se encuentran:

- Disminución en la frecuencia del acto sexual
- Percepción baja del riesgo a embarazo
- Desconocimiento del método anticonceptivo
- Escaso número de visitas al médico para consejo anticonceptivo
- Intervalo largo después de la primera experiencia sexual.
- Rechazo a la anticoncepción

El embarazo durante la adolescencia tiene riesgos como la mortalidad materna que es frecuente en este periodo, ya que se pueden presentar múltiples complicaciones, la mayor parte de estas complicaciones son prevenibles, sin embargo, la madre adolescente muchas veces no esta conciente de esta problemática. Cuando se llega a presentar un embarazo en una adolescente, se convierte en una paciente especial, que amerita atención plena, que debe ser tratada por un equipo multidisciplinario, pues no hay que olvidar que la adolescente presenta cambios biológicos, psicológicos, así como adaptación a su medio ambiente y tener presente que estamos frente a un embarazo de alto riesgo.

Un estudio²² menciona que durante el embarazo en la adolescencia se pueden presentar diversos riesgos y complicaciones como son:

- Mayor tendencia de presentar enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo
- Amenaza de parto pretérmino
- Prematurez
- Alta incidencia de desproporción céfalopélvica
- Mayor número de nacimientos por vía abdominal

- Bajo peso al nacer
- Alta incidencia de muerte neonatal temprana

Así mismo refieren que la población de 16 años o menor que se embaraza posee un riesgo más elevada tanto para ella como para su hijo comparado con las adolescentes de mayor edad.

Dentro de las enfermedades de transmisión sexual en dicho estudio encontraron lo siguiente:

El germen más común fue:

- *Gardnerella vaginalis*

En menor frecuencia se observó:

- El virus del papiloma humano

Las complicaciones asociadas a infección de vías urinarias y procesos infecciosos cervico-vaginales fueron:

- Amenaza de parto pretérmino y
- Ruptura prematura de membranas

También se menciona la incidencia de anemia microcítica hipocrómica, que muy probablemente se presenta por acudir tardíamente a su control prenatal y de la propia adolescencia. Existe también una deficiencia importante de ferretina sérica hasta en un 96% de las pacientes estudiadas.

Durante el puerperio, la principal complicación encontrada fue el desgarro del canal del parto.

La alta incidencia de operación cesárea ha condicionado a la decíduomiometritis, seguida de la dehiscencia de la herida quirúrgica.

1.1.4 El papel de la familia.

Si bien, el embarazo en la adolescente tiene un origen multifactorial, la familia como base de la sociedad, tiene una gran responsabilidad para evitar que la adolescente se embarace, ya que en la familia es en donde se brinda amor, protección, seguridad, cuidado, afecto, socialización, recursos económicos, así como la enseñanza de normas y valores morales, todas estas funciones entre otras más ayudan a que el ser humano crezca y se desarrolle en forma positiva entregando a la sociedad seres humanos responsables de sus actos y con mucho se evita un embarazo a temprana edad.

El embarazo de la adolescente representa un desgaste emocional, social, económico y médico, la adolescente es fértil, pero por razones físicas, emocionales, económicas e intelectuales, no está apta para ser *madre*²⁰.

Los embarazos no deseados son uno de los principales riesgos asociados a la práctica de la sexualidad en la adolescencia. La mayoría de los jóvenes²¹ inician una vida sexual activa desde edades tempranas, muchos de ellos desprotegidos y sin la información necesaria. Los adolescentes que solicitan información sobre sexualidad, gran parte de ellos recurre a fuentes de información errónea, acuden a revistas, a películas, con sus compañeros, no importando que esta información muchas veces es inadecuada, olvidando los valores inculcados en el seno familiar. Desafortunadamente, los padres de familia no cuentan con educación sexual, esto dificulta que puedan hablar con sus hijos sobre el tema y la responsabilidad que implica el inicio de la vida sexual sin protección, hablar sobre riesgos, consecuencias y hasta el resultado de un embarazo no deseado suele ser muy difícil para aquellos padres que no cuentan con una buena educación sexual y cuando se llega a dar, es inadecuada con doubles mensajes, prejuicios y culpas. En menor porcentaje llega a ser clara y abierta, permitiendo el acercamiento del adolescente con sus padres facilitando la comunicación entre ellos con mayor confianza. Se ha escrito que en las familias modernas²³ con una mayor preparación escolar llevan una comunicación entre padres e hijos más abierta, incluso con mayor aceptación hacia el uso de métodos anticonceptivos dándole la oportunidad a sus hijos de consultar libros, revistas entre otras fuentes de información bien documentadas sobre educación sexual.

Cuando una familia se encuentra en crisis normativa o no normativa, es un riesgo para que los adolescentes inicien con problemas de tabaquismo, alcoholismo, drogadicción o el inicio temprano de actividad sexual con el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y hasta un embarazo no deseado. Una familia es norma funcional cuando es capaz de cumplir las funciones propias que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo o entorno²⁴.

Es necesario tener presente que cada paciente y cada familia cursa por diferentes etapas del ciclo vital y cada etapa tiene crisis como es la adolescencia, en este periodo el adolescente presenta cambios emocionales, de identidad, de relación interpersonal, de comunicación, biológicos, psicológicos y fisiológicos, además de la crisis normativas que conlleva esta

situación, es por ello que el Médico Familiar debe de estar pendiente para prestar ayuda y apoyar a mejorar estos cambios en esta etapa del ciclo vital de la familia.

1.1.5 El papel del médico familiar.

1.1.5.1 El Perfil Profesional del Médico de Familia.

El médico de familia²⁵ es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario. La promoción para la salud es una de las actividades más importantes que debe realizar el médico de familia pues favorece el incremento de la calidad de vida en cada miembro de la familia así como de su comunidad, disminuyendo los altos costos de la atención médica.

La función del médico de familia se fundamenta en tres ejes de acción:

- **El estudio de la familia:** Que se refiere al entendimiento del entorno bio-psico-social, señalando a la familia como un grupo social en donde el proceso salud, enfermedad está asociado a factores de tipo funcional, social, estructural, cultural, los cuales favorecen o no la presencia de enfermedad.
- **La continuidad de la atención:** Permite el seguimiento del curso salud-enfermedad, otorgando el tratamiento indicado independientemente del padecimiento que se trata, así como la administración de los recursos médicos, familiares, comunitarios para su mejor aprovechamiento.
- **La acción anticipatoria:** Consiste en identificar los riesgos que rodean al individuo ya sea sólo o en conjunto para aplicar estrategias adecuadas que permitan prevenir la enfermedad.

El médico de familia es un especialista generalista que tiene la capacidad de identificar los posibles riesgos en un individuo, en su entorno familiar, en su comunidad²⁵. El médico de familia ejerce su función proporcionando atención o a través de otros especialistas en función de las necesidades de salud. Existen cinco áreas de la práctica profesional del médico de familia:

Área de atención al individuo: Su primera responsabilidad, consiste en prestar atención clínica efectiva y eficiente, para lograr esta área es necesario que el médico de familia posea conocimientos, habilidades y actitudes para reconocer la etiología del padecimiento,

brindarle tratamiento y curación. Realizando pruebas complementarias, y detectando factores de riesgo en individuos asintomáticos.

Área de atención a la familia: La tríada formada por el individuo, la familia y el médico constituye la base de la medicina familiar. La familia en su lado positivo ayuda a mantener la salud de cada uno de sus miembros así como el cuidado y la resolución de problemas cuando uno de ellos enferma, sin embargo, en su lado negativo favorece a la aparición de enfermedades, conductas erróneas y malos hábitos de vida, un adecuado funcionamiento familiar ayuda a enfrentar las diferentes etapas de crecimiento y desarrollo que se van a presentar en su ciclo de vida.

Área de la atención a la comunidad: El médico de familia tiene la responsabilidad y la necesidad de conocer los problemas de salud de su comunidad, así como los recursos ya sean sanitarios o de otros sectores, para poder dar prioridad a las acciones que resuelvan los problemas locales de mayor importancia.

Área de formación, docencia e investigación: Esta función es de gran importancia para llegar a brindar atención de calidad en materia de salud. Las distintas facetas de las actividades académicas de un médico de familia se encuentran:

- Autoformación
- Formación continuada dentro del equipo de atención primaria
- Docencia a otros profesionales:
- Docencia de pregrado
- Docencia de posgrado.

Área de apoyo que incluye trabajo de equipo, sistemas de registro e información, gestión de recursos-administración sanitaria y por último la garantía de calidad . Además se incluye 4 subáreas:

- Trabajo de equipo
- Sistema de registro e información
- Gestión de recursos
- Administración sanitaria y la garantía de calidad

Además de actuar en estas cinco grandes áreas, es necesario que posea ciertas cualidades como es: saber escuchar, ser paciente, ser excelente clínico, responsable, receptivo, empático, racional, respetuoso, ser pendiente de su formación y de su actualización, tener una humanidad infinita con sus pacientes, que es una cualidad de mayor interés puesto que existen médicos brillantes pero sin vocación, sin ese sentido humanista que caracteriza al

médico familiar. La función primaria del médico familiar es ayudar a las familias a que manejen las enfermedades comunes y reducir la posibilidad de futuras enfermedades.

Al inicio de la adolescencia el médico familiar puede explicar los cambios de la pubertad, ubicando a los jóvenes pacientes a crear conciencia de los cambios en sus cuerpos, en sus pensamientos y sentimientos. El médico familiar²⁶ puede dar orientación sobre la sexualidad con los adolescentes y llevar a cabo examen físico en ambos, como parte del estudio clínico de rutina. Además de que el médico de familia puede reconocer adolescentes en riesgo y aconsejarlos haciéndoles ver que ellos son capaces de tomar su propia decisión en relación al sexo.

La etapa de la familia con adolescentes se identifica como una etapa preparativa, en la cual el papel del médico familiar que esté atendiendo a una familia con adolescentes puede ayudar a remitir este fenómeno a través de:

- Llevar una buena relación médico-paciente con los adolescentes para favorecer el acercamiento con el médico de primer contacto.
- Identificación de adolescentes con alto riesgo, por inicio temprano de actividad sexual.
- Educación al paciente y a su grupo familiar.
- Consejo anticonceptivo para todos los adolescentes.
- Identificar factores asociados al incumplimiento de los métodos anticonceptivos.
- Saber identificar la clasificación y función de la familia²⁶.

Los médicos de primer contacto al tener comunicación con los padres de familia ejercen su papel explicándoles la importancia que tiene la educación sexual con sus hijos, el darles a conocer los riesgos que conlleva el inicio temprano de vida sexual activa, brindarles la suficiente confianza, seguridad y la orientación requerida, con fuentes de educación sexual seria como libros, enciclopedias, videos evitará que sus hijos obtengan dicha información por medio de fuentes erróneas de comunicación como son las películas, revistas, internet, y el posible contacto con sexo servidas.

Por otra parte, es fundamental que el médico de familia se interese por lo que le este pasando al adolescente, por su medio social en el cual se desarrolla (escuela, recreación, pasa tiempos), por la dinámica familiar y por las funciones de la misma que consisten en:

- Socialización
- Cuidado
- Afecto
- Reproducción
- Estatus y nivel socioeconómico²⁷.

Con respecto al uso de los métodos anticonceptivos, el médico de familia debe explicar los mecanismos de acción y los posibles efectos adversos de los mismos, explicar ampliamente en forma verbal y escrita la forma de administrarlos, dar citas para llevar un seguimiento de la paciente, hacerle ver la importancia que tienen sus citas subsecuentes, llevar una buena relación médico-paciente, así como localizar a las pacientes que no asistan a sus citas, escuchar a los pacientes sin expresiones faciales de duda o de admiración, el brindarle al paciente un ambiente de empatía ayudará para el que paciente regrese por su tratamiento y tenga la confianza de expresar todas sus dudas e inquietudes sobre todo en un tema tan delicado como es la sexualidad y la anticoncepción en un periodo tan especial como es la adolescencia

1.1.6 La educación sexual.

Desde el año de 1932, el secretario de educación Narciso Bassols,²⁸ sometió a la consideración de la Secretaria de Educación Pública las bases para la implantación de la educación sexual en las escuelas, sin embargo se presentó descontento por parte de los adultos, padres de familia aún con suficiente nivel cultural, argumentando que la educación sexual no era necesaria, además mencionaba que no existían maestros bien preparados y que igualmente los resultados serían nulos, y que el hecho de que a los niños se les impartiera clases de sexualidad les robaba su inocencia y que nada ni nadie iba a poder reparar esos daños, entre otros argumentos más. Con todo lo mencionado se puede recalcar que existen factores sociales, culturales, educativos, religiosos que consideraban a la educación sexual como algo que puede afectar psicológicamente al desarrollo emocional del niño, incluso actualmente, la educación sexual en nuestro país aún se encuentra restringida, como en algunas escuelas en donde está prohibido hablar sobre sexualidad, principalmente en donde el profesorado esta constituido por religiosos, en otras escuelas se les envía a los padres su consentimiento para aceptar o rechazar la educación sexual en los alumnos.

El papel que desempeñan los padres de familia en la educación sexual del adolescente es fundamental para el futuro de una vida sexual sana, de hecho sería ideal que la participación

de los padres fuera en la etapa previa a la adolescencia, sin mitos, con respeto y responsabilidad, sin embargo en nuestra población no se tiene la información suficiente como para que los padres orienten al adolescente acerca esta función (educación sexual).

El dar una educación sexual^{23,26} a los adolescentes es de gran importancia para la prevención de un embarazo no deseado, la información con respecto a los métodos anticonceptivos brinda una excelente opción para aquellos adolescentes que ya han decidido iniciar una vida sexual temprana pero con responsabilidad. Con respecto a lo anterior, cabe mencionar que la principal causa de muerte en los jóvenes entre 15 y 19 años es por homicidio y en las mujer es por causas maternas^{29,30} (placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, cáncer cérvicouterino)

El poco, malo o nulo conocimiento de sus compañeros de clase sobre sexualidad, en lugar de beneficiarlos los lleva a tomar decisiones erróneas, y no se trata de que sus hijos inicien con múltiples riesgos a causa de una mala educación sexual; por el contrario, el darles una buena educación sexual hará que sus hijos experimenten una vida sexual sana y plena y que por no hacerlo se puede ocasionar una aceleración en el aspecto sexual, por el contrario un adolescente bien informado va a tener la capacidad de ser responsable de sus actos, el adolescente con una educación basada en el amor, en el respeto a su cuerpo y la seguridad en sí mismo hará que tenga una vida plena no sólo en el aspecto sexual sino en todos los aspectos de su vida.

1.1.7 El aspecto social.

Los adolescentes conforman una parte importante dentro del mundo representando entre 20 y 25% de la población global, en México, una quinta parte son adolescentes lo que supone la oportunidad de desarrollo social y económico del país, es por tal motivo que ha despertado un interés creciente en este periodo de vida; principalmente para la adolescente embarazada debido a todas las implicaciones que conlleva este problema de salud pública¹⁹.

El desarrollo de una adolescente implica diversos factores: socioculturales, familiares, educativos, los medios masivos de comunicación, del medio ambiente, socioeconómicos, de servicio de salud, de la comunidad, de la recreación, de la urbanización entre otros más.

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, que se está incrementando de manera importante, hoy por hoy, tiene una alta incidencia, no sólo en nuestro país, también a nivel mundial, está afectando ampliamente al crecimiento y la economía del país en el cual se presenta. En un estudio realizado por el Consejo Estatal de Población³¹ COESPO encontré

que el embarazo entre adolescentes es la principal causa de deserción escolar, además de detectar que existe gran desinformación sobre el ejercicio responsable de la sexualidad así como desconfianza hacia las instituciones de salud para su servicio.

En México,^{4,32} se registran aproximadamente 430,000 embarazos anuales en adolescentes. La natalidad en la adolescente contribuye al empobrecimiento de uno de los sectores de la sociedad más socioeconómicamente desventajoso y favorece la transmisión intergeneracional de esta repercusión económica³³.

En México,¹⁹ los adolescentes representan un quinto del total de la población y uno de cada seis nacimientos ocurre en mujeres menores de 19 años, y el 10% de los partos en todo el mundo⁵, lo que trae como consecuencia un gran riesgo para el desarrollo integral del adolescente y una amenaza para el crecimiento social y económico del país.

En la actualidad, la mujer tiene la oportunidad de tener una vida plena, con mayor calidad de vida, tiene nuevas oportunidades de optar por tener menos hijos y una vida más enriquecedora, desafortunadamente, no toda mujer piensa y actúa de esta forma, y las más distantes para tomar conciencia de los problemas que le puede ocasionar el embarazo a temprana edad son las adolescentes incluso en países como Estados Unidos que se considera un país del primer mundo, con gran riqueza y desarrollo industrial tiene la tasa de natalidad más alta entre adolescentes. En un artículo publicado por la revista National Geographic³⁴ se encuentra un relato interesante de una adolescente soltera contemplando a su bebé quien dice: "Realmente no sabía lo que estaba haciendo. Creí estar enamorada. Pensé que lo nuestro era muy importante, pero me equivoqué" ahora tengo un bebé y una vida diferente a la que tenía.

En un artículo menciona que no todos los embarazos en la adolescente son no deseados puesto que existen muchas adolescentes casadas que se embarazan para formar una familia, y que en ciertas comunidades la adolescente se embaraza porque ve la maternidad como una forma de subir en el estatus social y ganar reconocimiento como adulta, piensan que es una manera de mantener una relación estable con el padre del hijo para garantizar su seguridad social, económica y la permanencia con su pareja al concebir a un hijo lo antes posible¹⁸.

El crecimiento demográfico³⁴ representa un gran problema para los habitantes del mundo en múltiples sentidos, sin embargo, la adolescente se involucra en un segundo embarazo poniendo en riesgo su integridad y la del bebé por lo que es necesario la información y la educación para el espaciamiento de los hijos. Lo ideal es que cada mujer tenga un periodo de 36 meses entre cada nacimiento para dar oportunidad a su organismo a su recuperación al

mismo tiempo que otorga cuidado a su bebé, lo que da como resultado madres y bebés más saludables y un lento crecimiento demográfico.

Estudios^{14,19} sobre las consecuencias psicosociales consideran que la maternidad temprana afecta en forma profunda y adversa las experiencias educacionales, vocacionales y conyugales de numerosas jóvenes:

Dentro de los problemas psicosociales comunes de las adolescentes embarazadas se encuentran los siguientes⁷:

- Pobreza.
- Educación deficiente, fracaso escolar
- Oportunidades profesionales limitadas
- Inestabilidad conyugal
- Aislamiento social
- Depresión, estrés.

1.1.8 El Aspecto Psicológico.

En cuanto al aspecto psicológico, en el sexo femenino son quienes presentan mayores cambios, es más común la depresión. por otra parte los varones tienden a ser agresivos, manifestándose en juegos rudos, en violencia física, en realizar bromas pesadas e inclusive en su forma de hablar y de vestir (sin olvidar los intentos de suicidio, que en ocasiones llegan a consumarse); la conducta antisocial es más frecuente en los varones a diferencia que con las niñas. En un artículo escrito por Castells¹⁴ se encontró que en los varones es cuatro veces más frecuente la conducta violenta en comparación con las niñas.

Para el adolescente es difícil definir su propia identidad, presentan duda con su auto imagen, su identidad sexual, la elección de sus compañeros y amigos así como la elección de su futura profesión, llegan a sentir insatisfacción y aburrimiento en sus actividades cotidianas, provocando relaciones interpersonales inestables e intensas, su estado de ánimo cambia rápidamente desde una euforia hasta una depresión con duración de horas a días.

El suicidio^{16,18} es un grave problema en países desarrollados siendo la segunda causa de muerte en este grupo etario; cabe mencionar que en las niñas se presenta con mayor frecuencia y a menor edad entre los 8 a 14 años y en los varones a partir de los 15 años.

El suicidio implica diversos factores como la genética, patologías psiquiátricas asociadas (esta última hasta en un 90% quienes consumen el suicidio); el medio ambiente que los

rodea; y sobre todo los factores de riesgo en su entorno familiar, se menciona que en 50% de un intento de suicidio tienen relación con situaciones conflictivas en su familia, sintiéndose la mayor parte de las veces culpable. Dentro de los factores desencadenantes se encuentran:

- La discusión entre los padres,
- El miedo a la separación de los cónyuges,
- Miedo a la falta cometida,
- La falta de interés de los padres hacia el adolescente,
- La falta de comprensión, cariño, amor,
- Las constantes críticas destructivas,
- La comparación entre sus hermanos,
- La falta de atención,

Entre muchas otras causas que desencadena fácilmente que un adolescente encuentre en el suicidio, la salida a sus problemas es el uso de drogas e incluso el embarazo no deseado. Dentro de las repercusiones psicosociales que se pueden dar durante la adolescencia se puede mencionar lo siguiente:

- Abandono del hogar
- Caer en alcoholismo o drogadicción
- Inicio de relaciones tempranas
- Estar en riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual
- Tener un hijo no deseado
- Casarse o unirse
- Abandonar la escuela
- No tener acceso a los servicios de salud reproductiva
- Intento o consumación de suicidio^{16,19,29,35,36}

El estado psicológico de la adolescente embarazada es difícil y complejo, se le acumulan los cambios propios de la adolescencia, además de los sentimientos afectivos que presenta a lo largo del embarazo, así como los problemas familiares (y personales) que enfrenta, ya sea rechazo o aceptación de su situación, el miedo que experimenta hacia su entorno, el porvenir de su hijo, entre otras razones³⁷. El tener en cuenta que la adolescente acaba de terminar con su niñez y que de repente entra a el mundo de los adultos, adquiriendo nuevas responsabilidades ante los cuales no se encuentra preparada.

El embarazo en la adolescencia se presenta con mayor frecuencia en mujeres menos preparadas para enfrentar los problemas y riesgos que acarrea tal situación, en la mayor parte de ellas existen factores desfavorables, en gran parte de los casos, la adolescente presenta un deseo de escapar, de un ambiente familiar deplorable, incluso el término de sus actividades escolares por medio de la maternidad temprana.

Otras conductas riesgosas que adoptan las adolescentes incluyen el abuso de sustancias, en especial el tabaquismo y el consumo de alcohol^{16,29,30}. Las causas de mortalidad y morbilidad incluyen desórdenes sexuales y reproductivos, sólo detrás del tabaquismo, suicidio y accidentes²⁶.

1.1.9 La Religión

Desde el punto de vista religioso, la sexualidad es vista como un tema sagrado, la literatura sapiencial desarrolla el lado profundamente humano del amor y la sexualidad conyugal, se puede decir, que las religiones ven a la sexualidad como un acto de profundo amor conyugal, en donde mencionan que el cuerpo humano debe ser valorado y no utilizado por la persona amada.³⁸

La religión no acepta el embarazo en la adolescencia, es mal visto si se trata de una mujer soltera que no se ha unido en matrimonio a una pareja ya que de esa forma comprueba que practica la sexualidad antes del matrimonio.

Acerca de los métodos anticonceptivos, mencionan que el uso de estos ha propiciado la banalización del acto sexual al privarlo de su trascendencia. Hombres y mujeres, casados o solteros, provocan encuentros sexuales evitando las consecuencias. Además refieren que antes la infidelidad conyugal era triste privilegio del varón, pero ahora, gracias a las píldoras, también las mujeres, sobre todo las que trabajan fuera de casa, tienen aventuras sexuales extra conyugales.

Respecto a la mujer, mencionan que se ha convertido en objeto sexual,³⁸ en parte por el machismo del hombre, pero también con la influencia de las feministas “liberadas de tabúes sexuales”. El haber separado, gracias a los anticonceptivos, el placer de la procreación, ha propiciado en el mundo entero la mente hedonista, que busca el placer por el placer a toda costa.

El uso de métodos anticonceptivos es visto por la religión como un egoísmo paternal y aburguesado por parte de los padres y pierden la capacidad de esforzarse, de tolerarse de

superar dificultades, de perdonarse de padecer incomodidades por los demás, el único método de planificación familiar permitido por la iglesia es el método natural para quienes desean vivir su amor conyugal en armonía completa.

La religión³⁸ no acepta el derecho de los adolescentes a expresar su sexualidad, no acepta métodos anticonceptivos seguros que puedan evitar el fenómeno del embarazo durante la adolescencia, por el contrario los alejan más y probablemente evitan que los adolescentes se expresen y resuelvan sus dudas respecto a la sexualidad creándoles muy probablemente culpas psicológicas y represión.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Chalco es uno de los municipios del Estado de México cuyo nombre es de origen náhuatl que significa en el borde del lago. La cabecera municipal, Chalco, lleva el apellido de Díaz Covarrubias. Se localiza al oriente del Estado de México, entre las coordenadas 19° 58' 17" longitud oeste, tiene una superficie total de 234,72 Km. Dentro de este municipio se encuentran algunos grupos como mixtes, totonacas, mazahuas, mazatecos, zapotecos, otomíes, náhuas y mixtecos, siendo éste el predominante. En el año 2000, de acuerdo con los resultados preliminares del Censo General de Población y Vivienda efectuado por el Instituto Nacional de Estadísticas Geográficas e Informática (INEGI), para entonces existían en el municipio un total de 222,201 habitantes, de los cuales 109,161 son hombres y 113,040 son mujeres; estos representa el 49% del sexo masculino y el 51% del sexo femenino. En cuanto a la educación el municipio cuenta con un total de 205 planteles que son atendidos por 2,177 profesores. Así mismo, esta entidad cuenta con 98,057 habitantes alfabetas y 8499 analfabetas. Para recibir atención médica esta población cuenta con clínicas del IMSS, ISSSTE e ISEMYM, y privadas con un total de 22 instituciones públicas. En base a su actividad económica después de ser un municipio eminentemente agrícola ha ido decayendo por el proceso de urbanización, por lo que sólo en algunas comunidades se siembra frijol y maíz. El municipio cuenta con dos zonas industriales así como dos hornos para la producción de tabique, dentro de las industrias que existen se encuentran: fabricación de muebles, agua purificada, fabricación de bloque y concreto, maquiladora de ropa y elaboración de perfumes, fábrica de tijeras y cuchillos entre otras. Por lo antes citado es interesante el municipio de Chalco como campo de estudio para investigar el problema del embarazo en la adolescencia ya que se considera de etiología multifactorial en donde intervienen factores demográficos, económicos, de inestabilidad familiar, falta de afecto, maltrato físico (abuso sexual), falta de orientación, falta de comunicación entre padres e hijos, las circunstancias conflictivas tales como: padres muy estrictos o muy permisivos todo esto puede estar relacionado con la presencia de un embarazo en la adolescencia es por ello que se de gran importancia estudiar este fenómeno en un área suburbana, de un nivel económico probablemente bajo así como un nivel educativo bajo. La pobreza es otro factor importante que acompaña este problema, la cual se presenta en el 38% de las adolescentes^{1,4,14,20,39}.

Uno de los problemas de salud pública que se plantea a nivel nacional es el embarazo en adolescentes que se está incrementando de manera importante no sólo en México, también en América Latina y el resto del mundo, lo que afecta el crecimiento y desarrollo del país que lo padece, ocasionando una gran inquietud en el mundo médico y político; el cual constituye una problemática social que afecta a niñas y jóvenes que tienen que abandonar sus estudios y hogares, limitando así sus proyectos de vida^{5,6,7,10}. La adolescencia es un período de transición en el individuo, de cambios significativos desde el punto de vista fisiológico como del psicológico, es un proceso de adaptación a su ambiente familiar y social, así como iniciar un nuevo rol, del que aún no se encuentra preparada para desempeñarlo, el ser madre es una tarea difícil que rompe con las oportunidades de educación y desarrollo de la adolescente^{4,6,20}.

En México, actualmente se registran aproximadamente 430,000 embarazos anuales en adolescentes, considerados de alto riesgo lo que significa una mayor probabilidad de morbilidad y mortalidad materna, fetal y neonatal, además de no tener el adecuado establecimiento del vínculo madre e hijo lo cual puede ocasionar el rechazo del producto, de igual manera el proceso de desarrollo de la madre adolescente se ve interrumpido y se ha visto que posteriormente es muy difícil para ella estructurar una relación de pareja estable, terminar su educación y reintegrarse al mercado de trabajo^{6,7,8,9,10,32}. Por otra parte, el recién nacido en la mayor parte no cuenta con un padre, formando así una familia monoparental con limitaciones para desarrollarse, o bien formado una familia reconstruida y frecuentemente los padres de la familia de origen de la adolescente embarazada toman el rol de padres ocasionando repercusiones emocionales en el niño y en la madre adolescente.

La adolescencia es el periodo de la vida que se caracteriza por múltiples cambios, físicos, mentales, sociales, sexuales y psicológicos^{12,16,18}. Los adolescentes se encuentran en un proceso de adaptación en su ambiente familiar, escolar, social, es en esta etapa en donde más se enfrentan a presiones y prejuicios sociales, a nuevas amistades que pueden llegar a influir en sus decisiones y cambios en su estilo de vida.

Dentro de la misión del nuevo programa de Salud Reproductiva se encuentra la salud reproductiva de la población adolescente, el riesgo preconcepcional detección de neoplasias, detección y manejo de las enfermedades de transmisión sexual entre otras, por lo que es necesario realizar investigación en los adolescentes^{5,40,41}.

Otro aspecto importante que expone el programa de salud reproductiva es sobre el embarazo en la adolescencia, declara que un porcentaje elevado de embarazos no son planeados y muchos de ellos no son deseados, lo que repercute en el proceso de educación, desarrollo y autonomía de las/los adolescentes. Los embarazos en la adolescencia temprana se acompañan frecuentemente de una mayor incidencia de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, especialmente en las poblaciones más vulnerables^{3,7,17,21,22,33,35,36}.

1.3 JUSTIFICACIÓN.

La salud sexual y reproductiva de la población adolescente se ha considerado en México como una prioridad de atención dentro del Plan Nacional de Salud 1995-2000.^{4,5}

En los últimos años la población adolescente se ha incrementado de manera notable, por lo que actualmente representa el 23.2% de la población total del país. Para 1994 se estimaba una población de 20.9 millones de adolescentes, de los cuales 10.4 eran mujeres y 10.5 varones. Un porcentaje elevado de embarazos en la adolescencia no son planeados y muchos de ellos no son deseados. El embarazo no planeado tiene enorme impacto no solamente en términos de salud sino que además dificulta el proceso de educación, desarrollo y autonomía de las/los adolescentes. Los embarazos en la adolescencia temprana se acompaña frecuentemente de una mayor incidencia de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, especialmente en poblaciones más vulnerables²².

El embarazo en la adolescente se ha convertido en una fuente de preocupación social, económica y política creciente a causa de la evidencia notable de que la natalidad precoz pone gravemente en peligro las oportunidades vitales de la mayoría de padres jóvenes y de sus hijos, limitando los logros educativos y las oportunidades laborales de las generaciones sucesivas, la natalidad en la adolescente contribuye al empobrecimiento de uno de los segmentos de la sociedad más socioeconómicamente desventajoso y favorece la transmisión intergeneracional de este inconveniente socioeconómico³³.

En México, actualmente se registran aproximadamente 430,000 embarazos anuales en adolescentes, lo que ha dado como resultado que en los últimos quinquenios haya aumentado este problema en forma significativa, además de considerarse como un embarazo de alto riesgo ya que existe una mayor tendencia de presentar más complicaciones; cabe mencionar, que dentro de las principales causas de mortalidad en este grupo etario se originan por la maternidad^{22,32,36}.

Existen múltiples investigaciones sobre los factores de riesgo que pueden influir para que una adolescente se embarace, sin embargo la situación demográfica, el nivel socioeconómico, la inestabilidad familiar, el abuso sexual y el incesto, la menarquia temprana (12 años), la falta de educación sexual oportuna y formal, la carencia habitacional y los medios de comunicación, la educación sexual entre otras causas pueden favorecer o disminuir este fenómeno. Por consiguiente los factores antes mencionados están presentes en

el ambiente en el cual se desarrollan los adolescentes, contribuyendo a propiciar una actividad sexual temprana y en embarazos sucesivos en la adolescente, cabe resaltar la constante publicidad sobre la sexualidad en los medios de televisión, cine, radio, publicaciones y el acceso a internet.

El saber como influye una mala comunicación entre padres e hija, la falta de orientación, la falta de límites y el medio ambiente que la rodea, conocer su estructura familiar y su ciclo vital, enriquecerá el punto de vista del profesional de salud respecto a este tema.

El embarazo en la adolescente³³ es considerado como un problema de salud pública y se ha convertido en una fuente de preocupación social, económica y política creciente a causa de la evidencia notable de que la natalidad precoz pone gravemente en peligro las oportunidades vitales de la mayoría de padres jóvenes y de sus hijos. La adolescente es fértil, pero por razones físicas, emocionales, fisiológicas económicas e intelectuales no está preparada para ser madre²⁰. El embarazo en adolescentes es de etiología multifactorial, ocasionando embarazos no deseados, que cambian su entorno familiar, limitando sus proyectos de vida, afectando su unidad biopsicosocial, causando deserción escolar, y muchas veces rechazo social, riesgo obstétrico y neonatal representando así un gran costo emocional, económico y médico, afectando en gran medida el desarrollo y crecimiento del país^{3,4,5,6,9,10,12,17,20}.

Los recién nacidos de madres adolescentes jóvenes es significativamente más probable que tengan bajo peso al nacer y que mueran durante el primer año de vida que los nacidos de madres de mayor edad⁷.

1.4 OBJETIVO GENERAL:

Identificar el perfil de la adolescente embarazada y su familia en una zona del municipio de Chalco Estado de México.

1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Identificar el perfil socioeconómico y educativo de la adolescente embarazada
- 2) Conocer la estructura, el ciclo vital, y la clasificación de la familia de la adolescente embarazada.
- 3) Identificar los antecedentes gineco-obstétricos de la adolescente embarazada.
- 4) Conocer si la adolescente embarazada tiene conocimiento con respecto a la práctica de su sexualidad.
- 5) Identificar cuál es el estado emocional de la adolescente embarazada en relación a su embarazo.
- 6) Conocer si la adolescente embarazada tiene un embarazo deseado.
- 7) Identificar las características de la relación que tiene la adolescente embarazada con su familia.

2.- MATERIAL Y MÉTODOS.

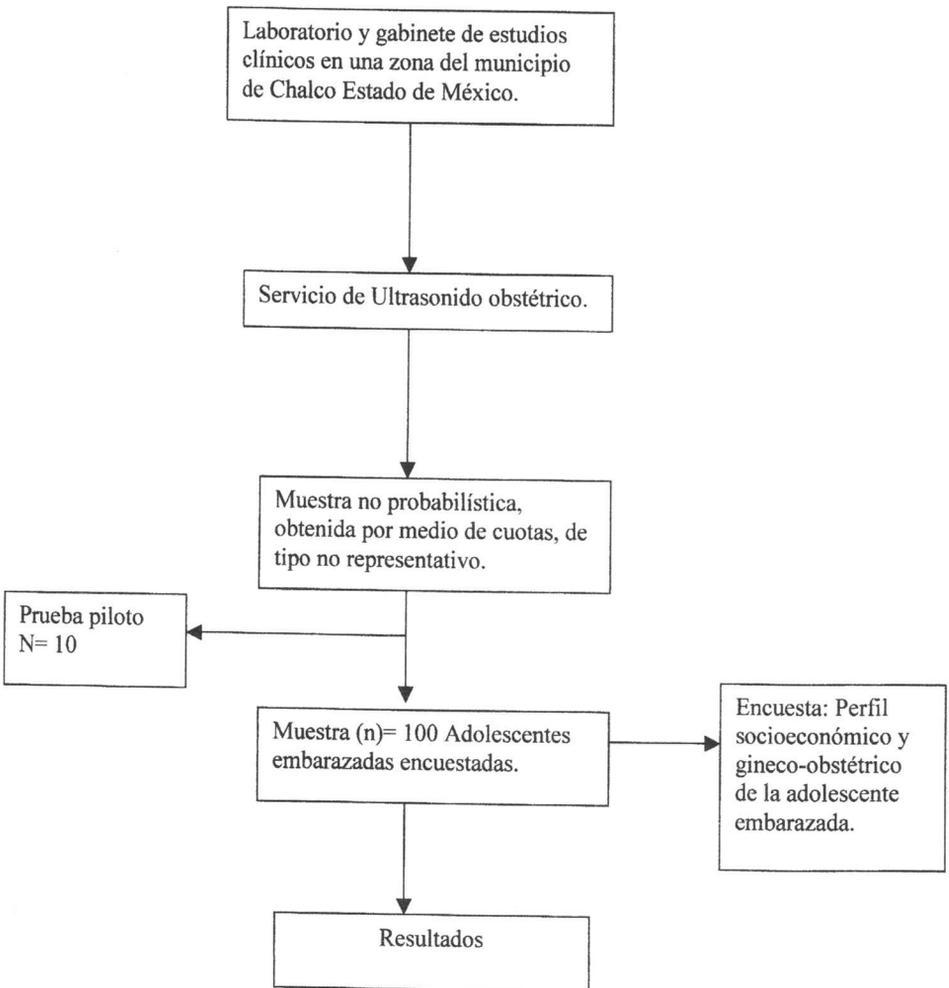
2.1 Tipo de estudio:^{42,43}

- Descriptivo
- Transversal
- Observacional
- No comparativo

2.2 Diseño de investigación del estudio

En el siguiente esquema se muestra el diseño de la investigación de este estudio; llevado a cabo en un laboratorio y gabinete de estudios clínicos en el municipio de Chalco Estado de México. A las adolescentes embarazadas que acudían a realizarse el ultrasonido obstétrico se les solicitaba su consentimiento para que participaran en el estudio, las pacientes que aceptaban y que cumplían con los criterios de inclusión se les aplicó una encuesta en forma dirigida sobre el perfil socioeconómico y gineco-obstétrico de la adolescente embarazada para cumplir con los objetivos de esta investigación.

Diseño del Estudio.



2.3 Población, lugar y tiempo.

Adolescentes embarazadas que acudieron al laboratorio y gabinete de análisis clínicos en una zona del municipio de Chalco Estado de México, durante los meses de mayo de 2004 a febrero de 2005 durante los días sábado y domingo.

2.4 Muestra:

En esta investigación no se realizó un cálculo de la muestra requerida porque se desconocía el número total de la población de adolescentes embarazadas.

La muestra fue probabilística, no representativa obtenida por cuotas de adolescentes embarazadas usuarias de un laboratorio y gabinete de estudios clínicos en una zona del municipio de Chalco estado de México. Se obtuvieron un total de 110 encuestas de las cuales se descartaron 10 por no cumplir con los criterios de inclusión.

2.5 Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.

Criterios de inclusión:

- Adolescentes embarazadas en cualquier trimestre del embarazo
- Que aceptaron contestar el cuestionario
- Que acudieron al laboratorio y gabinete de análisis clínicos

Criterios de exclusión:

- Adolescentes no embarazadas
- Pacientes que no acepten contestar el cuestionario

Criterios de eliminación:

- Interrupción de la encuesta por la paciente

2.6 Variables (tipo y escala de medición)

Se estudiaron un total de 83 variables, las cuales se distribuyeron en 5 secciones:

- Sección A. Consentimiento de participación voluntaria, Ficha de identificación y datos de la familia (17 variables).
- Sección B. Antecedentes Gineco-obstétricos (15 variables).
- Sección C. Aspectos Socioeconómicos (14 variables).
- Sección D. Sexualidad (11 variables).
- Sección E. Aspectos Obstétricos (26 variables)

2.6.1 Descripción de las variables.

A continuación se describe el nombre completo de la variable, tipo de variable, escala de medición y valores que toma la variable.

Variabes del estudio.

SECCIÓN A. CONSENTIMIENTO INFORMADO, FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y DATOS DE LA FAMILIA.

| FICHA DE IDENTIFICACIÓN. | | | |
|---------------------------------|--------------|----------|---|
| Número de folio | Cuantitativa | Continua | Número consecutivo de 1 a n |
| 1.-¿Cuál es su edad? | Cuantitativa | Continua | Números enteros |
| 2.-¿Cuál es su estado civil? | Cualitativa | Nominal | 1.-Soltero 2.- Casado, 3.-Divorciado 4.-Viudo 5.-Unión libre |
| 3.-¿Hasta que año estudió? | Cuantitativa | Continua | Número total de años a partir de la primaria (no son válidos los años repetidos o reprobados) |

| | | | |
|--------------------------|-------------|---------|---|
| 4.- ¿A que se dedica? | Cualitativa | Nominal | 1.-Hogar (Ama de casa. 2.-Desempleada 3.-Subempleada 4.-Empleada 5.-Obrera 6.-Técnica 7.-Profesional 8.-Empresaria 9.-Comerciante 10.-Campesina 11.-Estudiante 12.-Estudia y trabaja 13.-Servicios diversos 14.-Artista 15.-Otras ocupaciones no especificadas. |
| 5.-¿Cuál es su religión? | Cualitativa | Nominal | 1.-Católica 2.-Evangélica 3.-Protestante 4.-Testigo de Jehová 5.-Cristiana 6.-Ninguna 7.-Otra |

DATOS DE LA FAMILIA.

| | | | |
|---|--------------|-------------|---|
| 6.-¿Cuántas personas habitan en su casa?. | Cuantitativa | Discontinua | Valor del número total de habitantes. |
| 7.- Parentesco | Cualitativa | Nominal | 1.-Padre 2.-Madre 3.-Abuelo paterno 4.-Abuela paterna 5.-Abuelo materno 6.-Abuela materna 7.-Hermano 8.-Hermana 9.-Tío 10.-Tía 11.-Primo 12.-Prima |

| | | | |
|---|--------------|-------------------------|--|
| 8.-Sexo | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.Femenino 2.-Masculino |
| 9.- Edad | Cuantitativa | Continua | Edad en años (Números enteros) |
| 10.- Escolaridad | Cuantitativa | Continua | Número total de años estudiados a partir de la primaria (no son válidos los años repetidos o reprobados) |
| 11.- Trabaja | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.-Si 2.-No |
| 12.-Estructura familiar | Cualitativa | Nominal | 1.-Nuclear 2.-Extensa 3.-Extensa compuesta |
| 13.-Etapa del ciclo vital de la familia | Cualitativa | Nominal | 1.-Matrimonio 2.-Expansión 3.-Dispersión 4.-Independencia 5.-Retiro y muerte |
| 14.-Clasificación de la familia en base a su desarrollo. | Cualitativa | Nominal | 1.- Moderna 2.-Tradicional 3.-Arcaica o primitiva |
| 15.-Clasificación de la familia en base a su Demografía. | Cualitativa | Nominal | 1.-Urbana 2.-Rural |
| 16.-Clasificación de la familia en base a su integración. | Cualitativa | Nominal | 1.-Integrada 2.-Semi-integrada 3.-Desintegrada |
| 17.-Clasificación de la familia en base a su ocupación. | Cualitativa | Nominal | 1.-Campesina 2.-Obrera 3.-Técnica 4.-Profesional técnica 5.-Profesional. |

SECCIÓN B. ASPECTOS GINECO-OBSTÉTRICOS.

| | | | |
|---|--------------|----------|-----------------|
| 18.-¿A qué edad presentó su primer periodo menstrual? | Cuantitativa | Continua | Números enteros |
|---|--------------|----------|-----------------|

| | | | |
|--|--------------|----------------------|--|
| 19.-¿Cada cuantos días presenta su periodo menstrual? | Cuantitativa | Continua | Números enteros |
| 20.- ¿ Cuántos días dura su sangrado? | Cuantitativa | Continua | Números enteros |
| 21.-¿Cuál es la fecha de su última regla previa a su embarazo? | Cuantitativa | Continua | Números enteros |
| 22.-¿A que edad empezó a tener relaciones sexuales? | Cuantitativa | Continua | Números enteros |
| 23.-¿Cuántas veces se ha embarazado? | Cuantitativa | Continua | Números enteros |
| 24.-¿Cuántos partos ha tenido? | Cuantitativa | Continua | Número total de partos. |
| 25.-¿Cuántas cesáreas ha tenido? | Cuantitativa | Continua | Número total de cesáreas. |
| 26.-¿Ha presentado algún aborto? | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.-NO 2.-SI |
| 27.-¿En caso de que usted tenga el antecedente de un parto, cesárea o aborto previo, presentó alguna complicación durante dicho procedimiento? | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.-NO 2.-SI |
| 28.-¿Qué tipo de complicación? | Cualitativa | Nominal | 1.-Parto prematuro 2.-Preclamsia 3.-Eclampsia 4.-Desprendimiento prematura de placenta 5.-Infección de vías urinarias 6.-Infecciones de transmisión sexual 7.- Infección de la herida quirúrgica. 8.-Dehiscencia de la herida. 9.- Otras no especificadas. |
| 29.-¿Utiliza algún método anticonceptivo? | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.-NO 2.-SI |

| | | | |
|---|-------------|----------------------|---|
| 30.-¿Que tipo de método anticonceptivo utiliza? | Cualitativa | Nominal | 1.-Ritmo 2.-Coitus interruptus 3.-Dispositivo Intrauterino 4.-Orales 5.-Inyectables 6.-Preservativos 7.-Otros no especificados. |
| 31.-¿Se ha realizado la prueba de cáncer de matriz? | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.-SI 2.-NO |
| 32.-¿Le dio lactancia materna a sus hijos? | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.-SI 2.-NO |

SECCIÓN C. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS.

| | | | |
|--|-------------|----------------------|---|
| 33.-¿Cuál es el ingreso mensual de su familia? | Cualitativa | Nominal | 1.-De uno a tres salarios mínimos. 2.-De cuatro a cinco salarios mínimos. 3.- Cinco o más salarios mínimos. |
| 34.-¿Depende de alguien económicamente? | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.,NO 2.-SI |
| 35.-¿De quien? | Cualitativa | Nominal | 1.-Padre 2.-Madre 3.-Abuelos 4.-Hermano 5.-Tutor 6.-Otros no especificados |
| 36.-¿Usted recibe un salario? | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.-SI 2.-NO |

| | | | |
|--|--------------|----------|---|
| 37.-¿A que se dedica su padre? | Cualitativa | Nominal | 1.-hogar (ama de casa) 2.-Desempleado 3.-Subempleado 4.-Empleado 5.-Obrero 6.-Técnico 7.-Técnico profesional 8.-Profesional 9.-Empresario 10.-Comerciante 11.-Estudiante 12.-Estudio y trabaja 13.-Servicios diversos 14.-Artista 15.-Otras ocupaciones no especificadas. |
| 38.-¿A que se dedica se madre? | Cualitativa | Nominal | 1.-Hogar 2.-Desempleada 3.-Subempleada 4.-Empleada 5.-Obrera 6.-Técnica 7.-Técnica profesional 8.-Profesional 9.-Empresaria 10.-Comerciante 11.-Campesina 12.-Estudiante 13.-Servicios diversos 14.-Artista 15.-Otras ocupaciones no especificadas |
| 39.-¿Hasta que año estudió su padre? | Cuantitativa | Continua | Número total de años a partir de la primaria (no son validos los años repetidos o reprobados) |
| 40.-¿Hasta que año estudió su madre? | Cuantitativa | Continua | Número total de años a partir de la primaria (no son validos los años repetidos o reprobados) |
| 41.-¿Cómo es la comunicación con su padre? | Cualitativa | Nominal | 1.-Muy buena 2.-Buena 3.-Regular 4.-Mala. |
| 42.-¿Cómo es la comunicación con su madre? | Cualitativa | Nominal | 1.-Muy buena 2.-Buena 3.-Regular 4.-Mala |

| | | | |
|---|-------------|-------------------------|---|
| 43.-¿Su religión le prohíbe tener relaciones sexuales antes de casarse? | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.-SI 2.-NO |
| 44.-¿Por qué? | Cualitativa | Nominal | 1.-Normas morales 2.-Por tener que cumplir el rito del matrimonio. 3- Otras no especificadas. |
| 45.-¿Su religión le prohíbe hablar sobre sexo y sexualidad? | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.-SI 2.-NO |
| 46.-¿El aborto está prohibido por su religión? | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.-SI 2.-NO |

SECCIÓN D. SEXUALIDAD

| | | | |
|--|-------------|-------------------------|---|
| 47.-¿Recibió orientación sexual? | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.-NO 2.-SI |
| 48.-¿De parte de quien recibió la orientación sexual? | Cualitativa | Nominal | 1.-Padres 2.-Escuela 3.-Amigos 4.-Medios de comunicación (televisión, radio, revistas) 5.-Médico 6.-Internet 7.- Oros no especificados. |
| 49.-¿Conoce la diferencia entre sexo y sexualidad? | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.-SI 2.-NO |
| 50.-¿Tiene dudas sobre su sexualidad? | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.-SI 2.-NO |
| 51.-¿El tener relaciones sexuales le ocasionó repercusiones emocionales? | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.-SI 2.-NO |
| 52.-¿Quién sugirió el acto sexual? | Cualitativa | Nominal | 1.-Usted 2.-Él 3.-Ambos |
| 53.-¿Utilizó algún método anticonceptivo? | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.-SI 2.-NO |

| | | | |
|--|-------------|-------------------------|---|
| 54.-¿Qué tipo de método anticonceptivo utilizo? | Cualitativa | Nominal | 1.-Ritmo 2.-Coitus interruptus 3.-Dispositivo intrauterino 4.-Orales 5.-Inyectables 6.-Preservativo 7.-Otros no especificados. |
| 55.-¿En caso de que usted hubiera utilizado algún tipo de método anticonceptivo, en donde lo obtuvo? | Cualitativa | Nominal | 1.-En la Casa de usted 2.-En la casa de su pareja 3.- En la farmacia 4.-Clínica de 1er. nivel 5.- Escuela 6.-Baños públicos 7.-Otros no especificados. |
| 56.-¿Habla de temas de sexualidad con sus padres? | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.-SI 2.-NO |
| 57.-¿Porqué? | Cualitativa | Nominal | 1.- Por mala educación 2.-Por miedo 3.-Por la falta de contacto entre ellos 4.-Por respeto hacia ellos 5.-Porque sus padres no lo entienden 6.- Otras causas no especificadas. |

SECCION E: ASPECTOS OBSTÉTRICOS

| | | | |
|---|-------------|-------------------------|----------------|
| 58.-¿Su embarazo fue deseado? | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.-Si 2.-No |
| 59.-¿Sabe usted, cuales son los riesgos obstétricos que representa un embarazo durante la adolescencia? | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.-Si 2.-No |

| | | | |
|---|-------------|----------------------|--|
| 60.-¿Cuáles conoce? | Cualitativa | Nominal | 1.-Preclampsia 2.-Cérvico-vaginitis. 3.-Parto prematuro 4.-Infecciones de vías urinarias 5.-Otras no especificadas. 6.-Desconoce. |
| 61.-¿Sabe usted los riesgos a los que esta expuesto el bebé de un embarazo a temprana edad? | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.-SI 2.-NO |
| 62.-¿Cuáles conoce? | Cualitativa | Nominal | 1.-Desnutrición en útero 2.-Bajo peso al nacer 3.-niños prematuros 4.-Otras no especificadas 5.- Desconoce. |
| 63.-¿Sabe usted a que se refiere el término control prenatal? | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.-SI 2.-NO |
| 64.-¿Lleva control prenatal? | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.-SI 2.-NO |
| 65.-¿Porqué? | Cualitativa | Nominal | 1.-Por desconocimiento 2.-Por no tener acceso a servicios de salud 3.-Por sus limitaciones económicas 4.-Otras causas no especificadas. |
| 66.-¿Actualmente, como se siente para enfrentar la llegada de su hijo? | Cualitativa | Nominal | 1.-Triste 2.-Contenta 3.-Preparada para enfrentar la llegada del bebé. 4.-Con miedo 5.-Otras no especificadas. |

| | | | |
|---|-------------|-------------------------|---|
| 67.-¿Cómo se siente con respecto a su embarazo? | Cualitativa | Nominal | 1.-Contenta 2.-Triste 3.-Con miedo 4.-Con mucho ánimo 5.-Otras no especificadas |
| 68.-¿Considera que su embarazo limita sus planes de vida? | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.-NO 2.-SI |
| 69.- ¿Por qué? | Cualitativa | Nominal | 1.-Abandono escolar 2.-Pérdida de apoyo familiar 3.-Pérdida de su pareja 4.-Alejamiento de sus padres 5.-Otras no especificadas. |
| 70.-¿Considera que su embarazo ha afectado su estilo de vida? | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.-NO 2.-SI |
| 71.-¿De qué manera? | Cualitativa | Nominal | 1.-No puedo realizar mis actividades 2.-Abandono escolar 3.-Ya no tengo actividades recreativas 4.-Alejarme de mis amigos 5.-Molestias de mis padres 6.-No me afecto 7.-Otras no especificadas. |
| 72.-¿Considera usted que su embarazo afectó la relación con su familia? | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.-Si 2.-No |
| 73.-¿Por qué? | Cualitativa | Nominal | 1.-Recibo menos atención 2.-Siento rechazo por parte de mis padres 3.-Me consideran como un fracaso 4.-Ya no existe comunicación entre nosotros 5.-Otras no especificadas. |

| | | | |
|--|-------------|----------------------|---|
| 74.-¿Tiene apoyo por parte de su familia? | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.-SI 2.-NO |
| 75.-¿Porqué? | Cualitativa | Nominal | 1.- Se preocupan por mi embarazo 2.-Me llevan al médico. 3.-Aceptan mi situación sin llamarme la atención 4.-Porque me escuchan. 5.-Otras no especificadas. |
| 76.-¿De los miembros de su familia, quién considera usted, que la apoya más? | Cualitativa | Nominal | 1.-Padre 2.-Madre 3.-Hermano 4.-Abuela 5.-Abuelo 6.-Tía 7.-Tío 8.-primo 9.-prima 10.-Otros no especificados. |
| 77.-¿Actualmente tiene una pareja responsable de la paternidad de su hijo? | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.-NO 2.-SI |
| 78.-¿Porqué? | Cualitativa | Nominal | 1.-Me abandonó 2.-Niega su paternidad 3.-No quiere asumir su responsabilidad 4.-Tiene otros proyectos de vida 5.-Otros no especificados. |
| 79.-¿Si usted hubiera podido evitar su embarazo lo hubiera hecho? | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | 1.-SI 2.-NO |

| | | | |
|--|-------------|----------------------|--|
| 80.-¿Por qué? | Cualitativa | Nominal | <ol style="list-style-type: none"> 1.-Por su edad 2.-Por no estar preparada 3.-Para continuar con sus estudios 4.-Para no tener problemas con sus padres. 5.-Otros no especificados. |
| 81.-Por qué decidió continuar con su embarazo? | Cualitativa | Nominal | <ol style="list-style-type: none"> 1.-Porque quiero al bebé 2.-Porque mi religión me lo indica. 3.-Porque soy responsable de mis actos 4.-Porque me obligan 5.-Otras no especificadas. |
| 82.-¿Actualmente cursa con algún problema médico de su embarazo? | Cualitativa | Nominal (dicotómica) | <ol style="list-style-type: none"> 1.-Si 2.-No |
| 83.-¿Qué tipo de problema médico presenta? | Cualitativa | Nominal | <ol style="list-style-type: none"> 1.-Preclampsia 2.-Diabetes 3.-Infección de vías urinarias 4.-Cervico-vaginitis 5.-Amenaza de aborto 6.-Amenaza de parto pretérmino. 7.-Otras no especificadas. |

2.7 Definiciones conceptuales.

- Conceptual⁴²: Se refiere a cómo se comprenderá una variable.

En esta investigación las preguntas estuvieron relacionadas al perfil socioeconómico y gineco-obstétrico de la adolescente embarazada en base a la literatura consultada.

La estructura familiar se refiere a como está la familia de la adolescente embarazada con base a la definición del Dr. Irigoyen.²⁷

- Familia nuclear: Formada por padre, madre e hijos
- Familia extensa: Formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos de adopción o de afinidad.
- Familia extensa compuesta: Esta formada por los que integran a la familia extensa y se agregan miembros sin algún nexo legal como es el caso de amigos y compadres.

Etapas del ciclo vital de la familia según Geyman.

La etapa del ciclo vital de la familia propuesto por Geyman en 1980, y referido por el Dr. Irigoyen²⁷ fue el esquema que se utilizó.

- La fase del matrimonio: Se inicia con el vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.
- Fase de expansión: Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia.
- Fase de dispersión: Generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos.
- Fase de independencia: Etapa en que los hijos de mayor edad (usualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la de origen.
- Fase de retiro y muerte: Etapa en la que se deben enfrentar diversos retos y situaciones críticas como el desempleo, la jubilación, la vejez y el abandono.

Clasificación de la familia en base a su desarrollo.

- Moderna: Se caracteriza por la incorporación de la mujer al trabajo fuera del hogar, en iguales condiciones que el padre.
- Tradicional: El proveedor es el padre de familia y excepcionalmente puede colaborar la madre o uno de sus hijos.
- Primitiva o arcaica: Se considera así a la familia campesina, cuyo sostenimiento es exclusivamente de los productos de la tierra que trabaja.

Clasificación de la familia en base a su demografía: Se caracteriza por la localización en la cual habita la familia

- Urbana
- Rural.

Clasificación de la familia en base a su Integración:

- Integrada. En la cuál los cónyuges viven y cumplen sus funciones.
- Semi-integrada. En la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.
- Desintegrada: Es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.

Clasificación de la familia con base a la ocupación del jefe (s) de familia:

- Campesina
- Obrera
- Técnica
- Profesional técnica
- Profesional

2.8 Diseño estadístico⁴².

2.8.1 ¿Cuál fue el propósito estadístico de la Investigación?

Identificar el perfil socioeconómico y gineco-obstétrico de la adolescente embarazada

2.8.2 ¿Cuántos grupos se investigaron?

Se investigó un grupo de 100 adolescentes embarazadas

2.8.3 ¿Cuántas mediciones se realizaron en la unidad de muestreo?

Una sola medición en forma independiente

2.8.4 ¿Qué tipo de variables fueron medidas?

Cuantitativas y Cualitativas

2.8.5 ¿Qué escala de medición se utilizó?

Para las variables cuantitativas se utilizó escala discreta y continua, para las variables cualitativas se utilizó nominal y ordinal.

2.8.6 ¿Qué distribución presentaron los datos obtenidos?

Las variables cuantitativas, distribución paramétrica

Las variables cualitativas, con distribución no paramétrica.

2.8.7. ¿Qué tipo de muestra es la que se investigó?

No aleatoria, con muestreo por medio de cuotas, no representativa.

2.9. Instrumento de recolección de datos.

Se elaboró una encuesta creada para lograr los propósitos de esta investigación, compuesta por 83 preguntas cerradas y abiertas, aplicada en forma dirigida.

La encuesta se dividió en 5 secciones.

- Sección A. Consentimiento de participación voluntaria, ficha de identificación y datos de la familia. (17 variables)
- Sección B. Antecedentes Gineco-obstétricos. (15 variables)
- Sección C. Aspectos socioeconómicos. (14 variables)
- Sección D. Sexualidad. (11 variables)
- Sección E. Aspectos obstétricos (26 variables)

Cabe mencionar que la siguiente encuesta no fue estandarizada ni cuesta con los criterios de validez ni confiabilidad. Fue necesario realizarla dado que en la bibliografía consultada no se encontró un instrumento adecuado para este estudio.

SECCIÓN B. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.

18.-¿A qué edad presentó su primer periodo menstrual? ____ 19.-¿Cada cuantos días presenta su periodo menstrual ____ 20.-¿ Cuantos días dura su sangrado menstrual? ____ 21 ¿Cuál es la fecha de su última regla previa a su embarazo? ____ 22.- ¿A qué edad empezó a tener relaciones sexuales? ____ 23.- ¿Cuántas veces se ha embarazado? ____ 24.-¿Cuántos partos ha tenido? ____ 25.-¿Cuántas cesáreas ha tenido? ____ 26.-¿Ha presentado algún aborto? ____ 27.-¿En caso de que usted tenga el antecedente de un parto, cesárea o aborto previo, presento alguna complicación durante dicho procedimiento? NO ____ SI ____ 28.-¿Cuál ó cuáles? _____ 29.-¿Utiliza algún tipo de método anticonceptivo? NO ____ SI ____ 30.-¿Qué tipo de método anticonceptivo utiliza? 1.-Ritmo 2.-Coitus interruptus 3.-Dispositivo Intrauterino 4.-Hormonales orales 5.-Hormonales Inyectables 6.-Preservativo 7.-Otros no especificados 8.-Ninguno 31.-¿Se ha realizado la prueba de cáncer de matriz? SI ____ NO ____ 32.-¿Le dio lactancia materna a sus hijos? NO ____ SI ____

SECCIÓN C. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS.

33.-¿Cuál es el ingreso mensual de su familia?
a) De uno a tres salarios mínimos.
b) De cuatro a cinco salarios mínimos.
c) Cinco o más salarios mínimos.

34.- ¿Depende de alguien económicamente? NO ____ SI ____ 35.-¿De quién? 1.- Padre 2.- Madre
3.-Hermano 4.-Abuelos 5.-No especificado 6.-Ambos padres 7.-Nadie

36.- ¿Usted recibe un salario? SI ____ NO ____

37.- ¿A qué se dedica su padre? _____

38.- ¿A qué se dedica su madre? _____

39.-¿Hasta que año estudió su padre? _____

40.-¿Hasta que año estudió su madre? _____

41.-¿Cómo es la comunicación con su padre? Muy buena ____ Buena ____ Regular ____ Mala ____

42.- ¿Cómo es la comunicación con su madre? Muy buena ____ Buena ____ Regular ____ Mala ____

43.-¿Su religión le prohíbe tener relaciones sexuales antes de casarse? NO ____ SI ____

44.-¿Porqué? _____

45.-¿Su religión le prohíbe hablar sobre sexo y sexualidad? SI ____ NO ____

46.- ¿El aborto está prohibido por su religión? SI ____ NO ____

SECCIÓN D. SEXUALIDAD.

47.-¿Recibió orientación sexual? NO ____ SI ____ 48.-¿ De parte de quien recibió la orientación sexual?:
a) Padres e) Médico
b) Escuela f) Internet
c) Amigos g)Revistas pornográficas
d) Medios de comunicación. h) Películas pornográficas.

- 49.-¿Conoce la diferencia entre sexo y sexualidad? SI ____ NO ____
- 50.-¿Tiene dudas sobre su sexualidad? SI ____ NO ____
- 51.-¿El tener relaciones sexuales le ocasionó repercusiones emocionales? SI ____ NO ____
- 52.-¿Quién sugirió el acto sexual? usted, ____ él ____ ó ambos ____
- 53.-¿Utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual? NO ____ SI ____ 54.-¿Qué tipo de método anticonceptivo utilizó? 1.-Ritmo 2.-Coitus interruptus 3.-Dispositivo Intrauterino 4.-Hormonales orales 5.-Hormonales inyectables 6.-Preservativo 7.-Otros no especificados 8.- Ninguno
- 55.-¿En caso que usted hubiera utilizado algún tipo de método anticonceptivo, en donde lo obtuvo?
- 1.-En la casa de usted () 2.-En la casa de su pareja () 3.-En la farmacia 4.-Clínicas de primer nivel () 5.-Escuelas () 6.- Baños públicos 7.-Otros no especificados ()
- 56.-¿Habla de temas de sexualidad con sus padres? SI ____ NO ____ 57.-¿Porque? 1.-Por mala comunicación 2.-Por miedo 3.-Por falta de contacto con ellos 4.-Por respeto a ellos 5.-Porque sus padres no la entienden 6.-Otras causas no especificadas 7.-Por falta de comunicación.

SECCIÓN E ASPECTOS OBSTETRICOS.

- 58.-¿Su embarazo fue deseado? SI ____ NO ____
- 59.-¿Sabe usted, cuales son los riesgos que representa un embarazo durante la adolescencia? NO ____ SI ____
- 60.-¿Cuales conoce? 1.- Preclamsia 2.-Bajo peso al nacer 3.-Parto prematuro 4.-Cérvico-vaginitis 5.-Desconoce 6.-No especificados.
- 61.-¿Sabe usted los riesgos a los que está expuesto el bebé de un embarazo a temprana edad? SI ____ NO ____ 62.-¿Cuáles conoce? 1.-Desnutrición en útero 2.-Bajo peso al nacer 3.-Niños prematuros 4.-Otras no especificadas 5.-Desconoce
- 63.-¿Sabe a que se refiere el término control prenatal? SI ____ NO ____
- 64.-¿Lleva control prenatal? SI ____ NO ____ 65.-¿Por qué? 1.-Por desconocimiento 2.-Por no tener acceso a servicios médicos 3.-Por tener limitaciones económicas 4.-Por falta de interés hacia su embarazo 5.- Otros no especificados.
- 66.-¿Actualmente, como se siente para enfrentar la llegada de su hijo? 1.-Triste 2.-Contenta 3.-Preparada 4.-Con miedo 5.-No específica
- 67.-¿Cómo se siente respecto a su embarazo? 1.-Contenta 2.-Triste 3.-Con miedo 4.-Preocupada 5.-No específica.
- 68.-¿Considera que su embarazo limita sus planes de vida? SI ____ NO ____ 69.- ¿Porque? 1.-Abandono escolar 2.-Iniciar a trabajar 3.-Tener una nueva responsabilidad 4.-Iniciar una vida conyugal 5.-Otras no especificadas 6.-Afectó la relación con mis padres.
- 70.-¿Considera que su embarazo ha afectado su estilo de vida? SI ____ NO ____ 71.-¿De qué Manera? 1.-No puedo realizar mis actividades 2.- Abandono escolar 3.- Ya no tengo actividades recreativas 4.-Alejarme de mis amigos 5.-Molestia de mis padres 6.-No me afecto 7.-Otras no especificadas.
- 72.-¿Considera usted que su embarazo afecto la relación con su familia? SI ____ NO ____

73.-¿Por qué? 1.- Recibo menos atención 2.- Siento rechazo por parte de mis padres 3.- Me consideran como un fracaso 4.-Ya no existe comunicación entre nosotros 5.-No me afectó.

74.-¿Tiene apoyo por parte de su familia? SI ____ NO ____ 75.-¿Por qué? 1.-Se preocupan por mi 2.-Me llevan al médico 3.-Aceptan mi situación sin llamarme la atención 4.-Porque me escuchan 5.-Otras no especificadas.

76.-¿De los miembros de su familia, quién considera usted, que la apoya más? 1.-Padre 2.-Madre 3.- Hermano 4.- Abuelo 5.-No especificados 6.-Ambos padres 7.-Pareja 8.-Nadie.

77.-¿Actualmente tiene una pareja responsable de la paternidad de su futuro hijo (a) SI ____ NO ____ 78.-¿Porqué? 1.- Me abandonó 2.-Niega su paternidad 3.-No quiere asumir su responsabilidad 4.- Tiene otros proyectos de vida 5.-Otros no especificados

79.-¿Si usted hubiera podido evitar su embarazo lo hubiera hecho? SI ____ NO ____ 80.-¿Por qué? 1.- Por su edad 2.-Por no estar preparada para ser madre 3.-Para continuar con sus estudios 4.-Para no tener problemas con sus padres 5.-Otros no especificados

81.- ¿Por qué decidió continuar con su embarazo? 1.-Porque quiero al bebé 2.-Porque mi religión me lo indica 3.-Porque soy responsable de mis actos 4.-Porque me obligan 5.-Otras no especificadas.

82.-¿Actualmente cursa con algún problema médico de su embarazo? SI ____ NO ____

83.- En caso afirmativo especifique su padecimiento. 1.-Desnutrición en útero 2.-IVU 3.-Cérvico vaginitis 4.- Presión alta (preclampsia) 5.-Amenaza de aborto 6.-Amenaza de parto pretérmino 7.-Otros no especificados 8.-Ninguno.

2.10 Método de recolección de datos.

En un laboratorio y gabinete de análisis clínicos en una zona del municipio de Chalco Estado de México con previa autorización por parte de las autoridades de dicho establecimiento se tomó una muestra de 10 adolescentes embarazadas para realizar la prueba piloto de este estudio.

Se solicitó al médico radiólogo encargado de realizar los ultrasonidos gineco-obstétricos permiso para aplicar la encuesta a las adolescentes embarazadas que acudieran a realizarse dicho estudio, explicando ampliamente la justificación del estudio.

La encuesta se aplicó en forma directa en el cubículo de ultrasonido con previo consentimiento de la paciente, además de explicarles la justificación de esta investigación.

Se realizó la encuesta llevada a cabo por la investigadora, registrando la investigación obtenida en forma escrita, utilizando las mismas palabras que las adolescentes embarazadas emplearon en el instrumento aplicado.

Se realizaron un total de 110 encuestas, de las cuales se eliminaron 10 por no cumplir con los criterios de inclusión, quedando así 100 encuestas. La duración de la encuesta fue de 20 minutos y que se prolongó hasta 30 minutos por interés de la adolescente.

Una vez concluida la muestra se procedió a diseñar la base de datos en el programa estadístico SPSS V10.0 para almacenar la información adecuadamente y hacer su análisis estadístico.

2.11. Maniobras para evitar o controlar sesgos.

Control de sesgos.

- Sesgo de información. Es posible que la información obtenida no fuera sincera ni veraz, se trató de controlar este sesgo por medio de una relación empática, fomentando la participación de la adolescente embarazada, sin embargo esta estrategia no asegura el control de este tipo de sesgo.

- Sesgo de medición. Se realizó una prueba piloto a 10 adolescentes embarazadas en la cual se modificaron 6 preguntas y se eliminaron 5 preguntas, para tratar que cada pregunta fuera clara y comprensible.
- Sesgo de selección. Este sesgo es inevitable, ya que se obtuvo una muestra no aleatoria y no representativa.
- Sesgo de captura de información. Se recibió la capacitación requerida para almacenar la información en el programa SPSS V10.0, impartida por el asesor de tesis.
- Control de fuentes de error intraobservador e interobservador: Las encuestas se llevaron a cabo por la misma investigadora, otorgando las mismas instrucciones y condiciones ambientales (en el mismo lugar, en forma cómoda y privada).

2.12. Prueba piloto.

Se realizó una prueba piloto con previa autorización por parte de las autoridades de dicho establecimiento, aplicando 10 encuestas dirigidas, con el fin de identificar si las preguntas del instrumento eran claras y comprensibles, con una duración aproximada de 20 a 30 minutos en cada encuesta. Con los resultados obtenidos, se modificaron 6 preguntas y se eliminaron 5.

2.13. Procedimiento estadístico.

- Se elaboró un plan de codificación de datos.
- Se realizó un análisis descriptivo

Se construyó una base de datos para usarse en el programa estadístico SPSS V10.0 presentado a continuación.

DISEÑO DE LA BASE DE DATOS.

| Nombre de la variable (ocho caracteres) | Tipo N=número S=cadena (nombre) | Ancho de la columna Enteros | Etiqueta Nombre completo de la variable | Valores que toma la variable CODIGOS | Escala de medición S=Continua o escalar O=Ordinaria N=Nominal. |
|--|--|--------------------------------|---|--|---|
| Folio | N | 3 | Número de folio | Número consecutivo de 1 a 100 | S |
| 1.-¿Cuál es su edad? | N | 3 | Edad | Números enteros | S |
| 2.-¿Cuál es su estado civil? | N | 3 | Estado civil | 1.-Soltero 2.-Casado 3.-Divorciado 4.-Viudo 5.-Unión libre. | N |
| 3.-Hasta que año estudió? | N | 3 | Escolaridad | Número total de años a partir de la primaria (no son válidos los años repetidos o reprobados) | S |
| 4.-¿A que se dedica? | N | 3 | Ocupación | 1.- Hogar (Ama de casa). 2.-Desempleada 3.-Subempleada 4.-Empleada 5.-Obrera 6.-Técnica 7.-Profesional 8.-Empresaria 9.- Comerciante 10.-Campesina 11.-Estudiante 12.- Estudia y trabaja 13.-Servicios diversos 14.-Artista 15.-Otras ocupaciones no especificadas | N |
| 5.-¿Cuál es su religión? | N | 3 | Religión | 1.-Católica 2.-Evangélica 3.-Protestante 4.-Testigo de Jehová 5.-Cristiana 6.-Ninguna 7.-Otra | N |
| 6.-¿Cuántas personas habitan en su casa? | N | 3 | Número de integrantes de la familia de la adolescente embarazada. | Número consecutivo | S |

| | | | | | |
|-------------------------------|---|---|--|---|---|
| 7.-Parentesco | N | 3 | Parentesco de los familiares de la adolescente embarazada que habitan con ella | 1.-Padre 2.-Madre 3.-Abuelo paterno 4.-Abuela Paterna 5.-Abuelo materno 6.-Abuela materna 7.-Hermano 8.- Hermana 9.-Tío 10.-Tía 11.-Primo 12.-Prima | N |
| 8.-Sexo | N | 3 | De los integrantes de la familia de la adolescente embarazada | 1.-Femenino 2.-Masculino | N |
| 9.-Edad | N | 3 | Edad en años de los integrantes de la familia de la adolescente embarazada | Número consecutivo | S |
| 10.-Escolaridad | N | 3 | Escolaridad de los familiares que habitan con la adolescente embarazada. | Número consecutivo | S |
| 11.-Trabaja | N | 3 | Situación laboral de los integrantes de la familia de la adolescente embarazada. | 1.-SI 2.-nO | N |
| 12.-Estruc.Fam | N | 3 | Estructura familiar | 1.-Nuclear 2.-Extensa 3.-Extensa compuesta | N |
| 13.-Etapa del ciclo vital | N | 3 | Etapa del Ciclo Vital de la Familia de la familia de la adolescente embarazada | 1.-Matrimonio 2.-Expansión 3.-Dispersión 4.-Independencia 5.-Retiro y muerte | N |
| 14.-Clasificación desarrollo | N | 3 | Clasificación de la familia en base a su desarrollo | 1.-Moderna 2.-Tradicional 3.-Arcaica | N |
| 15.-Clasificación Demografía. | N | 3 | Clasificación de la familia en base a su demografía | 1.-Urbana 2.- Rural | N |
| 16.-Clasificación Integración | N | 3 | Clasificación de la familia en base a su integración | 1.-Integrada 2.-Semi-integrada 3.-Desintegrada | N |
| 17.-Clasificación ocupación. | N | 3 | Clasificación de la familia en base a su ocupación | 1.-Campesina 2.-Obrera 3.-Técnica 4.-Profesional técnica 5.-Profesional. | N |
| 18.-Menarca | N | 3 | ¿A que edad presentó su primer periodo menstrual? | Número en años | S |

| | | | | | |
|--------------------------------|---|---|--|---|---|
| 19.-Cada cuantos días | N | 3 | ¿Cada cuantos días presenta su periodo menstrual? | Número en días de presentación | S |
| 20.- Cuantos días le dura | N | 3 | ¿Cuantos días le dura su sangrado menstrual? | Número total de días de sangrado menstrual | S |
| 21.-Fecha última de regla. | N | 3 | ¿Cuál es la fecha última de regla? | Números enteros | S |
| 22.-¿A que edad empezó? | N | 3 | ¿A que edad empezó a tener relaciones sexuales? | Números enteros | S |
| 23.-¿Cuántas veces se ha? | N | 3 | ¿Cuántas veces se ha embarazado? | Números enteros | S |
| 24.-¿Cuántos partos ha tenido? | N | 3 | ¿Cuántos partos ha tenido? | Números enteros | S |
| 25.-¿Cuántas cesáreas? | N | 3 | ¿Cuántas cesáreas ha tenido? | Números enteros | S |
| 26.-¿Ha presentado? | N | 3 | ¿H a presentado algún aborto? | 1.-Si 2.-No | N |
| 27.-¿En caso de que ud.? | N | 3 | ¿Presentó alguna complicación durante algún parto. cesárea o aborto? | 1.- No 2.-Si | N |
| 28.-¿cuál o cuales? | N | 3 | ¿Cuál o cuales? | 1.-Parto prematuro 2.- Preclampsia 3.-Eclampsia 4.-Desprendimiento prematuro de placenta 7.- IVU 8.-ETS 9.-Infecciones dela herida quirúrgica 10.- Dehiscencia dela herida 11.- Otras no especificadas. | N |
| 29.-¿Utiliza algún tipo? | N | 3 | ¿Utiliza algún tipo de método anticonceptivo? | 1.No 2.- Si | N |

| | | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|
| 30.-¿qué tipo de ? | N | 3 | ¿Qué tipo de MPF utiliza? | 1.-Ritmo 2.-Coitus interruptus 3.-DIU 4.-Hormonales orales 5.-Hormonales inyectables 6.-Preservativos 7.-Otros no especificados | N |
| 31.-¿Se ha realizado? | N | 3 | ¿Se ha realizado la prueba de cáncer de mama? | 1.-Si 2.-No | N |
| 32.-¿Le dio lactancia? | N | 3 | ¿Le dio lactancia materna a sus hijos? | 1.-Si 2.-No | N |
| 33.-¿Cuál es el | N | 3 | ¿Cuál es el ingreso mensual de su familia? | 1.-De uno a tres salarios mínimos 2.- De cuatro a cinco salarios mínimos 3.- Cinco o más salarios mínimos | N |
| 34.-¿Depende de alguien eco.? | N | 3 | ¿Depende de alguien económicamente? | 1.-No 2.-Si | N |
| 35.-¿De quien? | N | 3 | ¿De quien? | 1.-Padre 2.-Madre 3.-Abuelos 4.-Hermano 5.-Tutor 6.-Otros no especificados | N |
| 36.-¿Ud. Recibe un | N | 3 | ¿Usted recibe un salario? | 1.-Si 2.-No | N |
| 37.-¿A que se dedica | N | 3 | ¿A que se dedica su padre? | 1.-Hogar 2.- Desempleado 3.-Subempleado 4.-Empleado 5.-Obrero 6.-Técnico 7.-Técnico profesional 8.-Profesional 9.-Empresario 10.-Comerciante 11.-Estudiante 12.-Estudia y trabaja 13.-Servicios diversos 14.-Artista 15.-Otras ocupaciones no especificadas | N |

| | | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|
| 38.-¿A que se dedica su madre | N | 3 | ¿A que de dedica su madre? | 1.-Hogar 2.-Desempleada 3.-Subempleada 4.-Empleada 5.-Obrera 6.-Técnica 7.-Técnica profesional 8.-Profesional 9.-Empresaria 10.-Comerciante 11.-Campesina 12.-Estudiante 13.-Servicios diversos 14.-Artista 15.-Otras no especificadas. | N |
| 39.-¿Hasta que año? | N | 3 | ¿Hasta que año estudió su padre? | Números enteros a partir de la primaria (no son válidos los años repetidos o reprobados). | S |
| 40.-¿Hasta que año? | N | 3 | ¿Hasta que año estudió su madre? | Números enteros a partir de la primaria (no son válidos los años repetidos o reprobados). | S |
| 41.-¿Cómo es la comunicación? | N | 3 | ¿Cómo es la comunicación con su padre? | 1.-Muy buena 2.-Buena 3.-Regular 4.- Mala. | N |
| 42.-¿Cómo es la comunicación? | N | S | ¿Cómo es la comunicación con su madre? | 1.-Muy buena 2.- Buena 3.- Regular 4.- Mala | N |
| 43.-¿Su religión? | N | 3 | ¿Su religión le prohíbe tener relaciones sexuales antes de casarse? | 1.-Si 2.-No | N |
| 44.-¿Por qué? | N | 3 | ¿Por qué? | 1.-Por normas morales 2.- Por tener que cumplir con el rito del matrimonio 3.- Otras no especificadas | N |
| 45.-¿Su religión le prohíbe? | N | 3 | ¿Su religión le prohíbe hablar sobre sexo y sexualidad? | 1.-Si 2.-No | N |
| 46.-El aborto esta prohibido? | N | 3 | ¿El aborto está prohibido por su religión? | 1.-Si 2.-No | N |
| 47.-¿Recibió orientación? | N | 3 | ¿Recibió orientación sexual? | 1.-No 2.-Si | N |

| | | | | | |
|------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 48.-¿De parte de quién | N | 3 | ¿De parte de quien recibió la orientación sexual? | 1.-Padres 2.-Escuela 3.-Amigos 4.- Medios de comunicación 5.-Médico 6.-Internet 7.-Revistas pornográficas 8.-Películas pornográficas | N |
| 49.-¿Conoce la diferencia? | N | 3 | ¿Conoce la diferencia entre sexo y sexualidad? | 1.-Si 2.-No | N |
| 50.-¿Tiene dudas? | N | 3 | ¿Tiene dudas respecto a su sexualidad? | 1.-Si 2.-No | N |
| 51.-¿El tener relaciones? | N | 3 | ¿El tener relaciones sexuales le ocasionó repercusiones emocionales? | 1.-Si 2.-No | N |
| 52.-¿Quien sugirió el? | N | 3 | ¿Quién sugirió el acto sexual? | 1.- Usted 2.-El ó 3.- Ambos | N |
| 53.-¿Utilizó algún método? | N | 3 | ¿Utilizó algún Método de planificación familiar en su primera relación sexual? | 1.-Si 2.-No | N |
| 54.-¿Qué tipo de? | N | 3 | ¿Qué tipo de método anticonceptivo utilizó? | 1.-Ritmo 2.-Coitus interruptus 3.-DIU 4.- Hormonales orales 5.- Inyectables 6.- Preservativos 7.- Otros no especificados | N |
| 55.-¿En caso de que? | N | 3 | ¿En caso de que usted hubiera utilizado algún método anticonceptivo, ¿en donde lo obtuvo? | 1.-En la casa de usted 2.- En la casa de su pareja 3.- En la farmacia 4.-Clínicas de primer nivel 5.- Escuela 6.-Baños públicos 7.-Otros no especificados | N |
| 56.-¿Habla de temas de sexualidad? | N | 3 | ¿Habla de temas de sexualidad con sus padres? | 1.-Si 2.-No | N |

| | | | | | |
|---------------------|---|---|---|--|---|
| 57.-¿Por qué? | N | 3 | ¿Por qué? | 1.-Por mala comunicación 2.-Por miedo 3.-Por falta de contacto entre ellos 4.-Por respeto hacia ellos 5.-Por que sus padres no la entienden 6.-Otras causas no especificadas. | N |
| 58.-¿Su embarazo? | N | 3 | ¿Su embarazo fue deseado? | 1.-Si 2.-No | N |
| 59.-¿Sabe usted? | N | 3 | ¿Sabe usted cuales son los riesgos que representa un embarazo durante la adolescencia? | 1.-Si 2.-No | N |
| 60.-¿Cuáles conoce? | N | 3 | ¿Cuáles conoce? | 1.-Preclampsia 2.-Bajo peso al nacer 3.-Parto prematuro4.-cérvico-vaginitis 5.- Desconoce 6.-Otras no especificadas. | N |
| 61.-¿Sabe usted? | N | 3 | ¿Sabe usted los riesgos a los que está expuesto el bebé de un embarazo a temprana edad? | 1.-Si 2.-No | N |
| 62.-¿Cuáles conoce? | N | 3 | ¿Cuáles conoce? | 1.-Desnutrición en útero 2.-Bajo peso al nacer 3.-Niños prematuros 4.-Otras no especificadas 5.-Desconoce. | N |
| 63.-¿Sabe usted? | N | 3 | ¿Sabe usted a que se refiere el término de control prenatal? | 1.- Si 2.-.No | N |
| 64.-¿Lleva control? | N | 3 | ¿Lleva control prenatal? | 1.-Si 2.-No | N |
| 65.-¿Por qué? | N | 3 | ¿Por qué no lleva control prenatal? | 1.-Por desconocimiento 2.-Por no tener accesos de salud 3.-Por sus limitaciones económicas 4.- Otras no especificadas | N |

| | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|--|---|
| 66.-¿Actualmente como? | N | 3 | ¿Actualmente como se siente para enfrentar la llegada de su hijo? | 1.-Triste 2.-Contenta 3.-Preparada para enfrentar la llegada del bebé 4.-Con miedo 5.-Otras no especificadas | N |
| 67.-¿Cómo se siente? | N | 3 | ¿Cómo se siente con respecto a su embarazo? | 1.- Contenta 2.-Triste 3.- Con miedo 4.-Con mucho ánimo 5.- Otras no especificadas | N |
| 68.-¿Considera que su? | N | 3 | ¿Considera que su embarazo limita sus planes de vida? | 1.-No 2.-Si | N |
| 69.-¿Por qué? | N | 3 | ¿Por qué? | 1.-Abandono escolar 2.- Pérdida del apoyo familiar 3.-Pérdida de su pareja 4.-Alejamiento de sus padres 5.-Otras no especificadas | N |
| 70.-¿Considera que su embarazo? | N | 3 | ¿Considera que su embarazo ha afectado su estilo de vida? | 1.-No 2.-Si | N |
| 71.-¿De qué manera? | N | 3 | ¿De qué manera? | 1.-No puedo realizar mis actividades como antes 2.- Abandono escolar 3.- Dejar el entretenimiento 4.-No estar con mis amigos 5.- Otros no especificados | N |
| 72.-¿Considera usted que el embarazo? | N | 3 | ¿Considera usted que su embarazo afectó la relación con su familia? | 1.-Si 2.-No | N |
| 73.-¿Por qué? | N | 3 | ¿Por qué? | 1.-Recibo menos atención2.-Siento rechazo por parte de mis padres3.- Me consideran como un fracaso 4.-Ya no existe comunicación entre nosotros 5.-No me afectó | N |
| 74.-¿Tiene apoyo por parte? | N | 3 | ¿Tiene apoyo por parte de su familia? | 1.- Si 2.- No | N |

| | | | | | |
|---------------------------------|---|---|--|---|---|
| 75.-¿Por qué? | N | 3 | ¿Por qué? | 1.- Se preocupan por mi embarazo 2.-Me llevan al médico 3.- Aceptan mi situación 4.-Porque me escuchan 5.- Otras no especificadas | N |
| 76.-¿De los miembros? | N | 3 | ¿De los miembros de su familia. quién considera usted, que la apoya más? | 1.- Padre 2.-Madre 3.-Hermano 4.-Abuelo 5.-No especificado 6.- Ambos padres 7.-pareja 8.-Nadie. | N |
| 77.-¿Actualmente tiene? | N | 3 | ¿Actualmente tiene una pareja responsable dela paternidad de su futuro hijo (a)? | 1.-No 2.-Si | N |
| 78.-¿Por qué? | N | 3 | ¿Por qué? | 1.-Me abandonó 2.-Niega su paternidad 3.-No quiere asumir su responsabilidad 4.-Tiene otros proyectos de vida 5. Otras no especificadas | N |
| 79.-¿Si usted? | N | 3 | ¿Si usted hubiera podido evitar su embarazo lo hubiera hecho? | 1.-Si 2.-No | N |
| 80.-¿Por qué? | N | 3 | ¿Por qué? | 1.-Por su edad 2.-Por no estar preparada para ser madre 3.-Para continuar con mis estudios 4.-Para no tener problemas con mis padres 5.-Otras no especificadas. | N |
| 81.-¿Por qué decidió continuar? | N | 3 | ¿Por qué decidió continuar con su embarazo? | 1.-Porque quiero al bebé 2.-Porque mi religión me lo indica 3.-Porque soy responsable de mis actos 4.-Porque me obligan 5.-Otras no especificadas. | N |
| 82.-¿Actualmente cursa? | N | 3 | ¿Actualmente cursa con algún problema médico en su embarazo? | 1.- Si 2.-No | N |

| | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|
| 83.-¿En caso afirmativo especifique su? | N | 3 | En caso afirmativo especifique su tratamiento. | 1.-Preclampsia 2.-Diabetes 3.-IVU 4.-Cérvico-vaginitis 5.-Amenaza de aborto 6.- Amenaza de parto pretérmino 7.- Otras no especificadas 8.- Ninguno. | N |
|---|---|---|--|---|---|

2.14 Cronograma. Anexo 1

2.15 Recursos humanos, materiales, físicos y financieros del estudio.

- Recursos humanos:

Para llevar a cabo este trabajo se necesitó de la autora de esta investigación con asesoría y apoyo de investigadores de la UNAM.

- Recursos físicos:

El laboratorio y gabinete de estudios clínicos en una zona del municipio de Chalco Estado de México de sus instalaciones como fue el consultorio en donde se realizan los ultrasonidos, sala de espera.

- Recursos materiales:

Hojas tamaño carta, copias, dos carpetas, plumas, lápices, marcadores, separadores, gomas, calculadoras, apoyo bibliográfico, computadora, discos para computadora, Programa estadístico SPSS V10.0

- Financiamiento:

Los recursos financieros fueron aportados por la autora de la presente investigación.

2.16 Consideraciones éticas^{44,45}.

Este trabajo está acorde con los principios éticos para orientar a médicos que realizan investigación médica en seres humanos manifestada en la declaración de "Helsinki" de la Asociación Médica Mundial, emitida en la quincuagésima segunda Asamblea General Mundial llevada a cabo en Edimburgo, Escocia, en octubre del 2000, se tomó en cuenta para la realización de este proyecto como guía en el aspecto de Bioética⁴⁵.

La investigación, no implicó riesgo alguno para las adolescentes embarazadas que aceptaron participar en el mismo, puesto que la Ley General de Salud establece en el título segundo, capítulo 1, artículo 17, categoría I de investigación sin riesgo para el paciente. A los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión de se les solicitó su participación voluntaria de manera verbal y escrita, la información obtenida, se guardó como secreto profesional, manejada únicamente por el autor y asesores del mismo. Las pacientes que decidieron no aportar más información interrumpiendo de esta manera la encuesta, se les informó que fueron eliminadas de la investigación y la encuesta fue destruida ante su presencia.

Adicionalmente se solicitó la participación voluntaria mediante un texto que fue leído a cada adolescente embarazada que participó en la investigación, cumpliendo con los criterios éticos de la investigación. Dicho texto se incluyó en la sección A del instrumento utilizado.

3. RESULTADOS.

Se realizaron 100 encuestas dirigidas a las adolescentes embarazadas que aceptaron contestarlas en un laboratorio y gabinete de estudios clínicos en una zona de Chalco Estado de México.

Consentimiento Informado, Ficha de Identificación y datos de la familia. (17 variables.)

3.1 Sección A. Ficha de Identificación.

3.1.1 Edad.

Con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas encuestadas se encontró que la mínima fue de 14 años y la máxima de 18 años y un promedio de 16.6, con la siguiente distribución de edad en años.

Cuadro 1

Edad de las adolescentes embarazadas en un laboratorio y gabinete de estudios clínicos en una zona de Chalco Estado de México.

| Edad en años | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| 14 | 7 | 7.0 |
| 15 | 20 | 20.0 |
| 16 | 24 | 24.0 |
| 17 | 48 | 48.0 |
| 18 | 1 | 1.0 |
| Total | 100 | 100.0 |

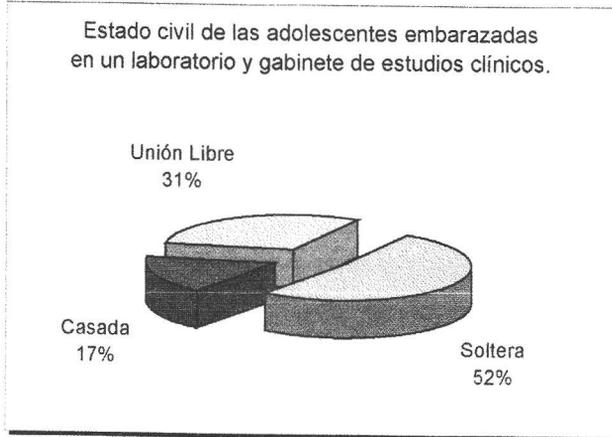
Fuente: Encuestas realizadas

n= 100

3.1.2 Estado civil.

El estado civil de las adolescentes encuestadas se observa en la figura 1.

Figura 1



Fuente: Encuestas realizadas

N=100

3.1.3 Escolaridad.

La escolaridad encontrada en las adolescentes embarazadas encuestadas fue de 5 años como mínimo, máximo de 11 años con un promedio de 9.38, la frecuencia y el porcentaje se muestra en el cuadro número 2

Cuadro 2

Grado de escolaridad en años de las adolescentes embarazadas en un laboratorio y gabinete de estudios clínicos.

| Grado de escolaridad en años | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------|------------|------------|
| 5 | 1 | 1.0% |
| 6 | 2 | 2.0% |
| 8 | 2 | 2.0% |
| 9 | 56 | 56.0% |
| 10 | 28 | 28.0% |
| 11 | 11 | 11.0% |
| Total | 100 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas.

N=100

3.1.4 Ocupación.

En relación a la ocupación de las adolescentes embarazadas encuestadas se encontró lo siguiente:

Cuadro 3

Tipo de ocupación de las adolescentes embarazadas en un laboratorio y gabinete de estudios clínicos.

| Ocupación | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|------------|------------|
| Hogar | 89 | 89.0 |
| Subempleada | 1 | 1.0 |
| Estudiante | 10 | 10.0 |
| Total | 100 | 100.0% |

Fuente. Encuestas realizadas
n=100

3.1.5 Religión.

La religión que profesan las adolescentes embarazadas encuestadas fue la católica con frecuencia del 93% del total de las encuestadas, seguida por 4 casos sin tipo alguno de religión que originó el 4%, el resto una cristiana, una evangélica y un testigo de Jehová.

3.2 Datos de la familia.

3.2.1 Número de integrantes de la familia.

Respecto al número de integrantes de la familia que viven en la casa de las adolescentes embarazadas encuestadas se encontró lo representado en el cuadro 4.

Cuadro 4

Número de integrantes de la familia de la adolescente embarazada en un laboratorio y gabinete de estudios clínicos.

| Número de integrantes | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|------------|
| 2 | 6 | 6% |
| 3 | 4 | 4% |
| 4 | 24 | 24% |
| 5 | 25 | 25% |
| 6 | 32 | 32% |
| 7 | 4 | 4% |
| 8 | 3 | 3% |
| 9 | 1 | 1% |
| 11 | 1 | 1% |
| Total | 100 | 100% |

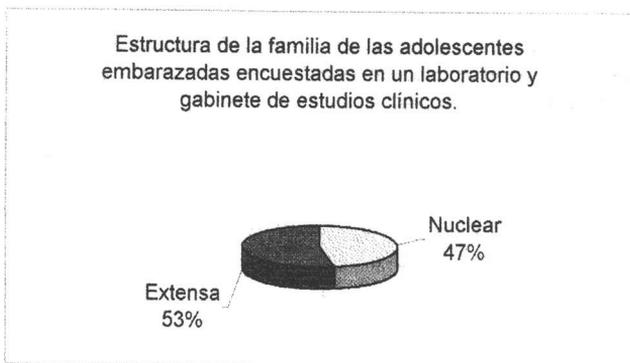
Fuente. Encuestas realizadas

n=100

3.2.2 Estructura de la familia.

En relación a la estructura de la familia de la adolescente embarazada se encontró lo representado en la figura 2

Figura 2.



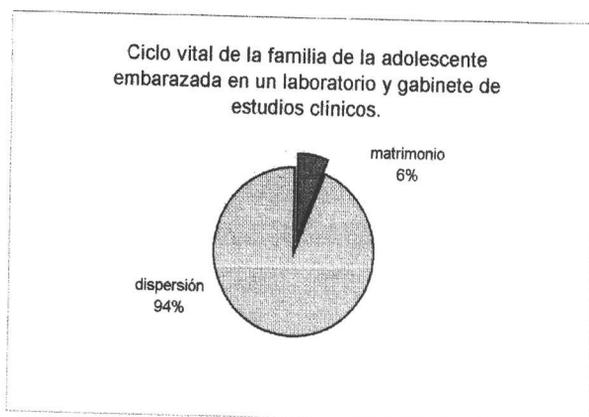
Fuente: Encuestas realizadas.

n=100

3.2.3. Ciclo Vital.

El ciclo vital de la familia de la adolescente embarazada se presenta en la figura 3.

Figura 3.



Fuente: Encuestas realizadas

n=100

3.2.4 Clasificación de la familia.

3.2.5 Desarrollo.

En base al desarrollo de la familia se encontró lo expuesto en el cuadro 5.

Cuadro No. 5

Clasificación de la familia de la adolescente embarazada en un laboratorio y gabinete de estudios clínicos.

| Desarrollo | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|------------|------------|
| Moderna | 67 | 67% |
| Tradicional | 33 | 33% |
| Total | 100 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas

n=100

3.2.6 Demografía.

Con respecto a la demografía de la familia de la adolescente embarazada se observó que el 97% de las adolescentes embarazadas encuestadas viven en una zona urbana y el 3% de los casos viven en un área rural.

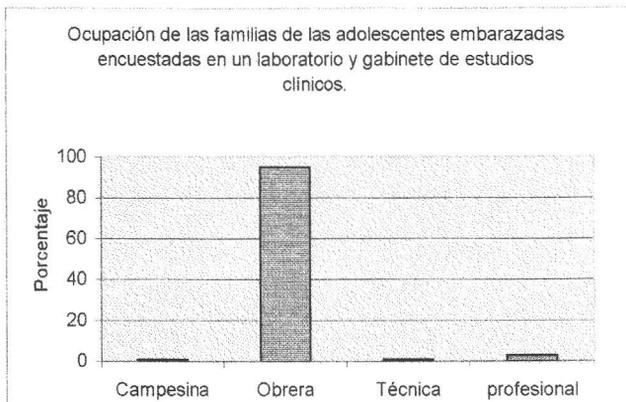
3.2.7 Integración.

En base a la integración de la familia de la adolescente embarazada se identificó que el 95% de ellas tiene una familia integrada y el 5% desintegrada.

3.2.8 Ocupación.

Sobre la ocupación de la familia de la adolescente embarazada se identificó lo representado en la figura 4.

Figura 4.



Fuente: Encuestas realizadas
n=100

3.3 Sección B. Antecedentes gineco-obstétricos

Por lo que se refiere a los antecedentes gineco-obstétricos se identificó lo siguiente:

3.3.1 Menarca.

La edad de la menarca fluctuó entre los 10 y 13 años de edad, representada en el cuadro número 6.

Cuadro 6

Edad de la menarca de las adolescentes encuestadas en un laboratorio y gabinete de estudios clínicos.

| Edad de la menarca en años | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------|------------|------------|
| 10 | 7 | 7.0 |
| 11 | 40 | 40.0 |
| 12 | 47 | 47.0 |
| 13 | 6 | 6.0 |
| Total | 100 | 100.00 |

Fuente: Encuestas realizadas

n=100

Características del ciclo menstrual.

3.3.2 Ritmo.

Los días de duración del ciclo menstrual de la adolescente embarazada se identificó que varían de 15 a 30 días con un promedio de 28 días con un mínimo de 15 días y un máximo de 30 días. Los días de sangrado menstrual fueron de 3 a 15 días con un 63% de 3 días y en un caso de 15 días

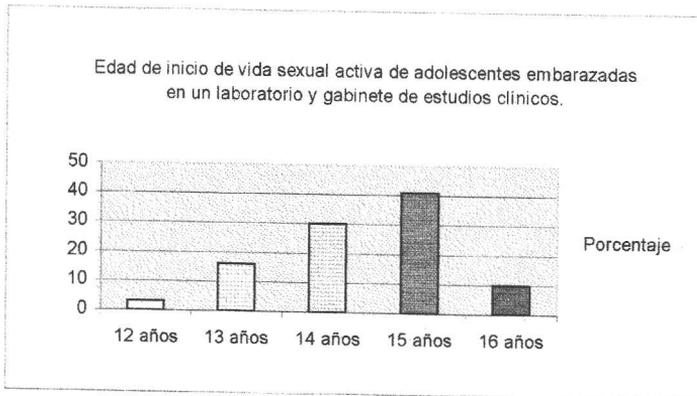
3.3.3 Fecha última de regla.

Con respecto a la fecha de última regla se identificó que el 78% de las adolescentes embarazadas no recuerdan su fecha última de regla y el 22% restantes si la tienen presente.

3.3.4 Inicio de vida sexual activa.

La edad de inicio de vida sexual activa se encontró lo representado en la figura 6:

Figura 6



Fuente: Encuestas realizadas
n=100

3.3.5 Antecedentes de eventos obstétricos de la adolescente embarazada.

En relación al total de gestas se encontró que el número de embarazos variaba de 1 a 3 gestas, representando el 92% a una gesta, el 7% a dos y el 1% a tres.

En cuanto al número de partos se identificó que el 96% no tenían un parto previo y el 4% contaba con un parto previo.

Sobre el número de cesáreas previas se investigó que el 98% de las adolescentes encuestadas no tenían cesárea previa y el 2% contaban con dicho antecedente.

Por lo que respecta al antecedente de abortos previos se identificó que el 98% de las adolescentes encuestadas no tenían dicho antecedente mientras que el 2% de ellas si cuentan con el.

3.3.6 Complicaciones obstétricas previas de la adolescente embarazada.

Ninguna de las adolescentes encuestadas sufrió alguna complicación en partos, cesáreas o abortos previos.

3.3.7 Método de planificación familiar.

Con respecto al tipo de método anticonceptivo se identificó lo siguiente que el 61% de ellas si utilizó un Método de Planificación Familiar (MPF) en su primera relación sexual y un 39% no hizo uso del mismo.

3.3.8 Detección oportuna de cáncer cérvico-uterino.

El 100% de las adolescentes encuestadas no se ha realizado la detección de cáncer cervico-uterino (papanicolaou).

3.3.9 Antecedente de lactancia materna.

Se identificó que el 5% de las adolescentes embarazadas con previa gesta si le dieron lactancia materna a sus hijos.

3.4 Sección C Aspectos Socioeconómicos.

3.4.1 Ingreso mensual.

Sobre el ingreso mensual de la familia de la adolescente embarazada se encontró lo expuesto en el cuadro 7.

Cuadro 7

Ingreso mensual dela familia dela adolescente embarazada en un laboratorio y gabinete de estudios clínicos.

| Ingreso mensual equivalente a salario mínimo mensual. | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| De 1 a 3 salarios mínimos | 8 | 8.0 |
| De 4 a 5 salarios mínimos | 26 | 26.0 |
| 5 o más salarios mínimos | 66 | 66.0 |
| Total | 100 | 100 % |

Fuente: Encuestas realizadas

n=100

3.4.2 Dependencia económica.

El 99% de las adolescentes embarazadas encuestadas dependen de alguien económicamente y únicamente el 1% de ellas percibe un salario. En el cuadro 8 se representa de quién depende económicamente la adolescente embarazada.

Cuadro 8**De quién depende económicamente la adolescente embarazada en un laboratorio y gabinete de estudios clínicos.**

| De quién depende la adolescente embarazada | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Esposo | 41 | 41% |
| Ambos padres | 31 | 31% |
| Padre | 22 | 22% |
| Madre | 3 | 3% |
| Hermanos | 2 | 2% |
| Nadie | 1 | 1% |
| Total | 100 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas

n=100

3.4.3 Ocupación de los padres de la adolescente embarazada.

En el cuadro 9 se muestra en forma comparativa la ocupación de los padres de la adolescente embarazada.

Cuadro 9**Ocupación de los padres de la adolescente embarazada en un laboratorio y gabinete de estudios clínicos.**

| Ocupación de los padres de la adolescente embarazada | Frecuencia del Padre | Frecuencia de la Madre | Porcentaje del padre | Porcentaje de la madre |
|--|----------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| Comerciante | 59 | 46 | 59% | 46% |
| Hogar | 0 | 40 | 0% | 40% |
| Obrero (a) | 25 | 3 | 25% | 3% |
| Empleado (a) | 6 | 5 | 6% | 5% |
| Profesional | 3 | 2 | 3% | 2% |
| Técnico (o) | 1 | 3 | 1% | 3% |
| Otras | 6 | 1 | 6% | 1% |
| Total | 100 | 100 | 100% | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas

n=100

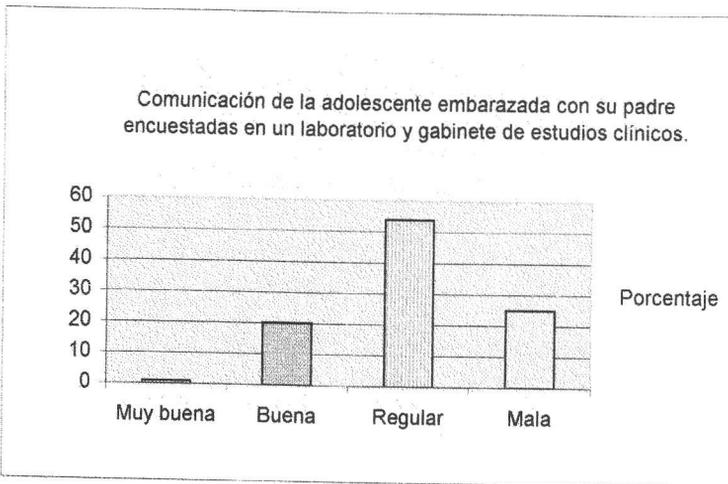
3.4.4 Escolaridad de los padres de la adolescente embarazada.

Sobre la escolaridad del padre de la adolescente embarazada se encontró que el mínimo de escolaridad fue de 5 años y el máximo de 17 con un promedio de 11, con una frecuencia de 9 años. La escolaridad de la madre de la adolescente embarazada se identificó que el mínimo de 6 años con un máximo de 12 años, con una frecuencia de 9 años.

3.4.5 Comunicación de la adolescente embarazada con sus padres.

Con respecto a la comunicación que existe entre la adolescente y sus padres se identificó lo representado en la figura 10 y 11 representadas a continuación.

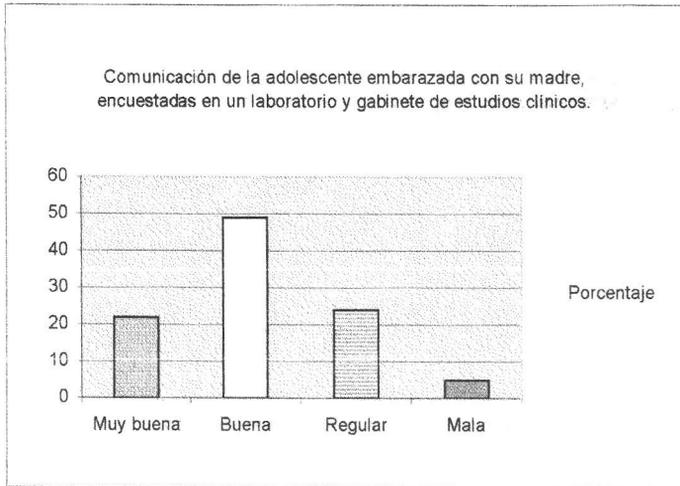
Figura 10



Fuente: Encuestas realizadas

n=100

Figura 11



Fuente: Encuestas realizadas.

n=100

3.4.6 Religión de la adolescente embarazada.

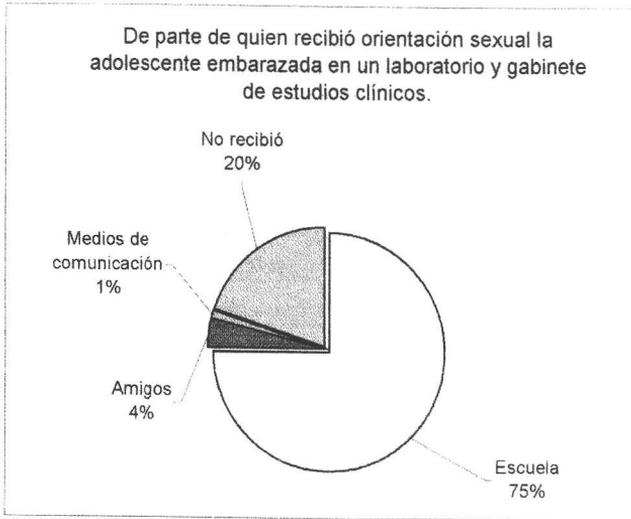
Por lo que se refiere a la religión, el 93% de las adolescentes embarazadas encuestadas refieren que su religión les prohíbe tener relaciones sexuales antes de casarse y al 7% restante no se les prohíbe tener relaciones sexuales previas a su matrimonio, con respecto al aborto, se identificó que el 99% de las adolescentes encuestadas refieren que el aborto está prohibido por su religión y el 1% refiere que no está prohibido tener vida sexual activa previa al matrimonio.

3.5 Sección D Aspectos sexuales.

3.5.1 Orientación sexual.

En relación a la orientación sexual de la adolescente embarazada se encontró lo representado en la figura 12.

Figura 12



Fuente: Encuestas realizadas

n=100

3.5.2 Conocimiento entre sexo y sexualidad de la adolescente embarazada.

Sobre el conocimiento de la diferencia entre sexo y sexualidad el 71% de las adolescentes embarazadas encuestadas refieren sí saber la diferencia mientras que el 29% restante no.

3.5.3 Dudas respecto a la sexualidad de la adolescente embarazada.

En cuanto a que si tienen dudas respecto a su sexualidad se encontró lo representado en el cuadro 10.

Cuadro 10

Dudas con respecto a la sexualidad de la adolescente embarazada en un laboratorio y gabinete de estudios clínicos

| Tiene dudas sobre la sexualidad de la adolescente embarazada | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Si | 2 | 2% |
| No | 98 | 98% |
| Total | 100 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas

n=100

3.5.4 Repercusiones emocionales sobre el acto sexual en la adolescente embarazada.

En el cuadro 11 se muestra si a la adolescente embarazada le ocasionó repercusiones emocionales tener relaciones sexuales.

Cuadro 11

Repercusiones emocionales de la adolescente embarazada al tener relaciones sexuales en un laboratorio y gabinete de estudios clínicos.

| Repercusiones emocionales de la adolescente embarazada al tener relaciones sexuales | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| Si | 21 | 21% |
| No | 79 | 79% |
| Total | 100 | 100% |

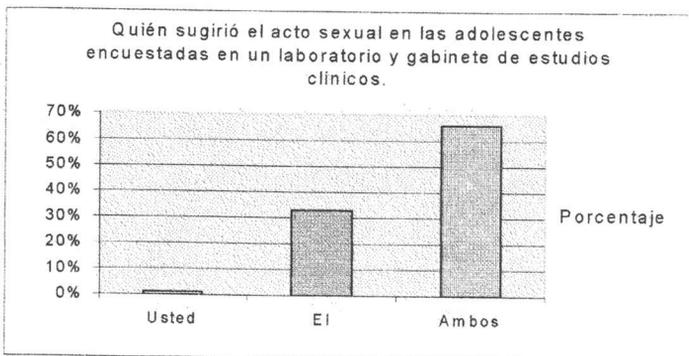
Fuente: Encuestas realizadas

n=100

3.5.5 Sugerencia sobre el acto sexual.

Sobre quien sugirió el acto sexual se presenta en la figura 13.

Figura 13



Fuente: Encuestas realizadas

n=100

3.5.6 Utilización de método anticonceptivo.

Sobre el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual de la adolescente embarazada se identificó lo representado en el cuadro 12.

Cuadro 12

Utilización de método anticonceptivo en su primera relación sexual de la adolescente embarazada.

| Utilizó algún método anticonceptivo en la primera relación sexual de la adolescente embarazada | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| No | 63 | 63% |
| Sí | 37 | 37% |
| Total | 100 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas

n=100

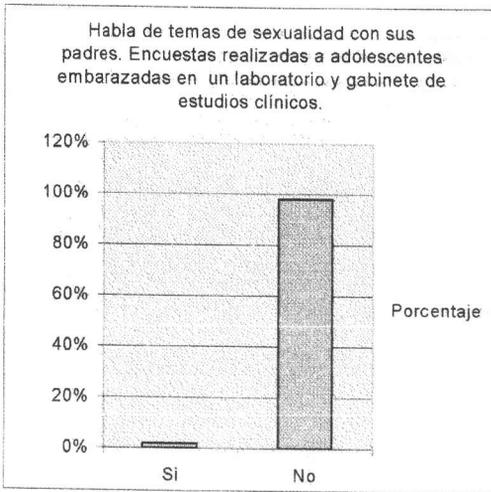
Con lo que se refiere al tipo de método anticonceptivo utilizado en su primera relación sexual se encontró que el 63% no utilizó ningún método anticonceptivo y el 37% utilizó el preservativo.

El lugar en el cuál se obtuvo dicho método fue de un 36% en la farmacia, el 1% en la clínica de primer nivel y el 63% no utilizó.

3.5.7 Comunicación sobre temas de sexualidad con sus padres.

En relación sobre si habla de temas de sexualidad con sus padres, se encontró lo representado en la figura 14.

Figura 14



Fuente: Encuestas realizadas

n=100

Con respecto a las causas por las cuales la adolescente no habla sobre temas de sexualidad con sus padres se presenta en el cuadro 13.

Cuadro 13

Causas por las cuales la adolescente embarazada no habla sobre temas de sexualidad con sus padres.

| Causas por las cuales la adolescente no habla sobre temas de sexualidad con sus padres | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Por mala comunicación | 21 | 21% |
| Por miedo | 7 | 7% |
| Por falta de contacto entre ellos | 1 | 1% |
| Por respeto hacia ellos | 26 | 26% |
| Porque sus padres no la entienden | 3 | 3% |
| Otras causas no especificadas | 24 | 24% |
| Falta de comunicación | 18 | 18% |
| Total | 100 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas

N=100

3.6 Sección E Aspectos obstétricos.

3.6.1 Embarazo deseado de la adolescente embarazada.

Por lo que se refiere a si su embarazo fue deseado o no se identificó que el 92% fue un embarazo no deseado y el 8% fue deseado.

3.6.2 Conocimiento de los riesgos obstétricos por la adolescente embarazada.

Sobre el conocimiento que tiene la adolescente embarazada respecto a los riesgos que representa un embarazo en la adolescencia se encontró que el 58% de las adolescentes embarazadas no saben los riesgos del embarazo en la adolescencia y el 42% refieren sí saberlo. De las causas que mencionaron las adolescentes embarazadas encuestadas se representan en el siguiente cuadro.

Cuadro 14

Conocimiento de los riesgos obstétricos del embarazo en la adolescencia referidos por las adolescentes embarazadas encuestadas, en un laboratorio y gabinete de estudios clínicos.

| Causa referida por la adolescente embarazada | Frecuencia | Porcentaje. |
|--|------------|-------------|
| Desconoce | 59 | 59% |
| Bajo peso | 33 | 33% |
| Otras no especificadas | 6 | 6% |
| Preclampsia | 1 | 1% |
| Parto prematuro | 1 | 1% |
| Total | 100 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas

n=100

3.6.3 Conocimiento de riesgo neonatal mencionadas por la adolescente embarazada.

En cuanto a los riesgos neonatales a temprana edad se observó que el 58% si tenía conocimiento al respecto y el 42% restante no. Las causas tienen a continuación.

Cuadro 15

Conocimiento sobre riesgo neonatal por la adolescente embarazada en un laboratorio y gabinete de estudios clínicos.

| Riesgo neonatal referido por la adolescente embarazada | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Desnutrición en útero | 2 | 2% |
| Bajo peso al nacer | 42 | 42% |
| Niños prematuros | 4 | 4% |
| Desconoce | 52 | 52% |
| Total | 100 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas

n=100

3.6.4 Conocimiento del término control neonatal por la adolescente embarazada.

Sobre el conocimiento del término de control prenatal se encontró que el 52% de las adolescentes embarazadas encuestadas desconoce dicho término, mientras que el 48% restante si sabían el significado del término control prenatal.

Acerca del control prenatal se identificó que el 64% de las adolescentes embarazadas encuestadas si llevan un control prenatal y el 36% restante no llevan control prenatal.

3.6.5 Causas por las cuales la adolescente embarazada no lleva control prenatal.

Sobre las causas por las cuales no llevan control prenatal se muestran en el cuadro 16.

Cuadro 16

**Causas por las cuales la adolescente embarazada no lleva control prenatal.
Adolescentes encuestadas en un laboratorio y gabinete de estudios clínicos.**

| Causas por las cuales la adolescente embarazada no lleva control prenatal | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| Por desconocimiento | 28 | 28% |
| Por no tener acceso a servicios de salud | 2 | 2% |
| Por limitaciones económicas | 1 | 1% |
| Por falta de interés | 3 | 3% |
| Otras no especificadas | 2 | 2% |
| Con control prenatal | 64 | 64% |
| Total | 100 | 100% |

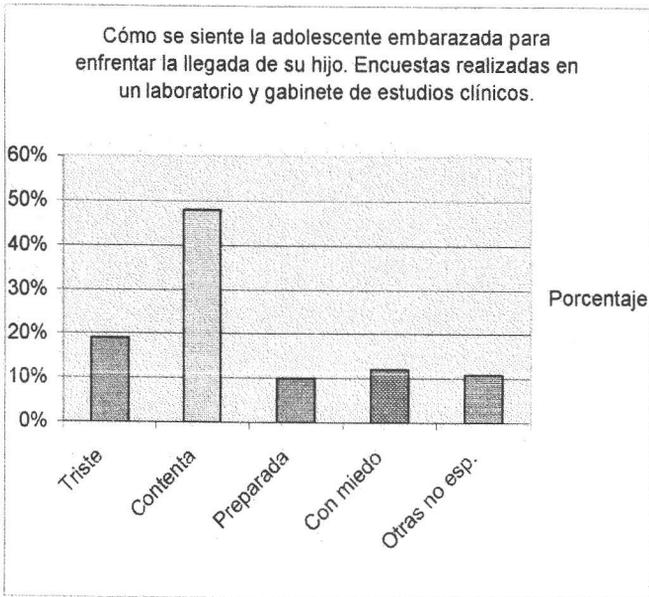
Fuente: Encuestas realizadas

n=100

3.6.6 Sentido de ánimo de la adolescente embarazada para enfrentar la llegada de su hijo.

Con respecto a como se siente la adolescente embarazada para enfrentar la llegada de su hijo se identificó lo representado en la figura 15.

Figura 15



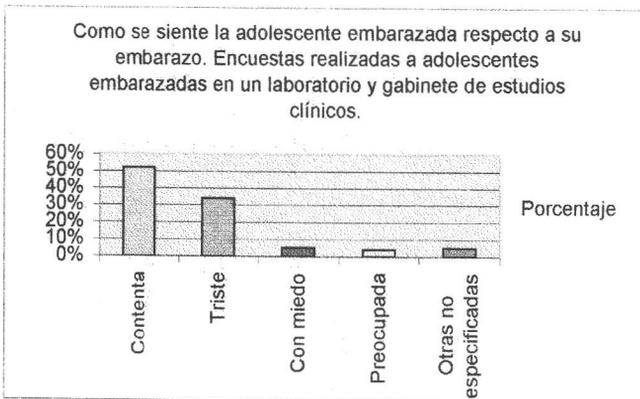
Fuente: Encuestas realizadas

n=100

3.6.7 Como se siente la adolescente embarazada con su gestación.

Sobre como se siente la adolescente embarazada en su embarazo se encontró lo siguiente.

Figura 16



Fuente: Encuestas realizadas

n=100

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

3.6.8 Limitación de los planes de vida de la adolescente embarazada.

Con lo que se refiere a que si el embarazo limitó sus planes de vida de la adolescente embarazada se identificó que el 89% de las adolescentes embarazadas encuestadas mencionaron que el embarazo si les afectó en sus planes de vida y el 11% refirió que el embarazo no afectó sus planes de vida. Sobre la manera en que el embarazo limitó sus planes de vida se encontró lo representado en el cuadro 17.

Cuadro 17.

**Limitación de los planes de vida de la adolescente embarazada por su embarazo.
Adolescentes encuestadas en un laboratorio y gabinete de estudios clínicos.**

| De que manera afectó el embarazo a la adolescente embarazada al limitar sus planes de vida | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Abandono escolar | 68 | 68% |
| Iniciar una vida conyugal | 1 | 1% |
| Otras no especificadas | 5 | 5% |
| Afectó la relación con mis padres | 17 | 17% |
| No afectó | 9 | 9% |
| Total | 100 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas

n=100

En cuanto a que si el embarazo afectó el estilo de vida de la adolescente embarazada se encontró que en el 92% de ellas si les afectó mientras que al 8% restante no les afectó. La manera en la cual se afectó su estilo de vida fue lo representado en el cuadro 18.

Cuadro 18

De que manera afectó el embarazo al estilo de vida de la adolescente embarazada, a las adolescentes encuestadas en un laboratorio y gabinete de estudios clínicos.

| De que manera afecto el embarazo al estilo de vida de la adolescente embarazada | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| No poder realizar sus actividades | 6 | 6% |
| Abandono escolar | 19 | 19% |
| Abandonar actividades recreativas | 11 | 11% |
| Alejarse de sus amistades | 27 | 27% |
| Otras no especificadas | 11 | 11% |
| No me afecto | 9 | 9% |
| Molestia de sus padres | 17 | 17% |
| Total | 100 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas

n=100

3.6.9 Afeción de la relación con la familia de la adolescente embarazada.

Acerca si el embarazo afecto la relación de la adolescente con su familia se encontró que el 95% de ellas si les afectó y en el 5% restante no. Las causas por las cuales el embarazo afecto la relación con la familia, se identificaron las representadas en el cuadro 19.

Cuadro 19

Causas por las cuales el embarazo afecto la relación con su familia de la adolescente embarazada en un laboratorio y gabinete de estudios clínicos.

| Causas por las cuales el embarazo afecto la relación con la familia dela adolescente embarazada | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| Se siente rechazada | 28 | 28% |
| La consideran como un fracaso | 54 | 54% |
| Otras no especificadas | 15 | 15% |
| Ya no existe comunicación | 3 | 3% |
| Total | 100 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas

n=100

3.6.10 Apoyo de la adolescente embarazada por parte de su familia.

En relación a que si la adolescente embarazada tiene apoyo por parte de familia se encontró que el 85% de las adolescentes encuestadas si tienen apoyo por parte de su familia y el 15% restante no cuentan con apoyo por parte de su familia. Las causas referidas por las adolescentes embarazadas que si cuentan con apoyo familiar fueron las siguientes:

- Se preocupan por mi embarazo
- Me llevan al médico
- Aceptan mi situación sin llamarme la atención
- Otras no especificadas

Sobre los miembros de la familia que apoyan a la adolescente embarazada se encontró lo representado en el cuadro 20.

Cuadro 20

Miembro de la familia de quien recibe apoyo la adolescente embarazada en un laboratorio y gabinete de estudios clínicos.

| Familiar de quien recibe apoyo la adolescente embarazada | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Madre | 73 | 73% |
| Hermano | 2 | 2% |
| Abuelos | 2 | 2% |
| Otro no especificado | 4 | 4% |
| Ambos padres | 12 | 12% |
| Nadie | 6 | 6% |
| Esposo | 1 | 1% |
| Total | 100 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas

n=100

3.6.11 Adolescente embarazada y su pareja.

Con respecto a que si la adolescente embarazada cuenta con una pareja se identificó que el 53% de las adolescentes embarazadas cuentan con una pareja responsable de la paternidad de su futuro hijo mientras que el 47% restante no cuenta con una pareja responsable.

3.6.12 Causas por las que la adolescente embarazada no cuenta con una pareja.

Las causas por las cuales la adolescente embarazada no cuenta con una pareja responsable de la paternidad de su futuro hijo se encuentran representadas en el cuadro 21.

Cuadro 21

Causas por las cuales la adolescente no tiene una pareja responsable de la paternidad de su futuro hijo, en un laboratorio y gabinete de estudios clínicos.

| Causas por las cuales la adolescente embarazada no cuenta con una pareja responsable de la paternidad de su futuro hijo. | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Me abandonó | 21 | 21% |
| Niega paternidad | 1 | 1% |
| No quiere asumir la responsabilidad | 9 | 9% |
| Tiene otros proyectos de vida | 8 | 8% |
| Otros no especificados | 8 | 8% |
| Cuentan con pareja | 53 | 53% |
| Total | 100 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas

n=100

3.6.13 Causas por las cuales la adolescente embarazada hubiera preferido evitar su embarazo en este periodo de la vida.

En base a que si la adolescente embarazada hubiera podido evitar su embarazo se identificó que el 95% de ellas lo hubiera evitado y el 5% restante no lo consideró. Con respecto a las causas mencionadas se representa en el cuadro 22.

Cuadro 22

Causas referidas por las cuales la adolescente embarazada hubiera preferido evitar su embarazo en este periodo de la vida. Adolescentes embarazadas encuestadas en un laboratorio y gabinete de estudios clínicos.

| Causas mencionadas por las adolescentes embarazadas encuestadas para evitar su embarazo. | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Por su edad | 10 | 10% |
| Para continuar con sus estudios | 46 | 46% |
| Para no tener problemas con su familia | 36 | 36% |
| Otros no especificados | 4 | 4% |
| Fue un embarazo deseado | 4 | 4% |
| Total | 100 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas

n=100

Con lo que se refiere al porqué la adolescente decidió continuar con su embarazo se encontró que en el 79% de ellas fue porque desean al bebé, el 3% continuó con su embarazo por su religión, el 9% porque las obligan a continuar, por otras causas no especificadas el 9%.

3.6.14 Problemas médicos de la adolescente embarazada.

En cuanto a que si cursa la adolescente embarazada con algún problema médico durante su gestación se identificó que el 89% no cursó con ningún problema médico y el 11% restante si lo presentó.

Dentro de los problemas médicos que presentaron las adolescentes embarazadas encuestadas se encontraron los representados en el cuadro 23.

Cuadro 23

Problemas médicos identificados en las adolescentes embarazadas encuestadas en una zona del Municipio de Chalco Estado de México de mayo de 2004 a febrero de 2005.

| Problemas médicos de las adolescentes embarazadas encuestadas | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| Amenaza de aborto | 8 | 8% |
| Amenaza de parto prematuro | 1 | 1% |
| Otras no especificadas | 2 | 2% |
| Ninguna | 89 | 89% |
| Total | 100 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas

n=100

4. Discusión.

La participación de las adolescentes embarazadas a la hora de contestar la encuesta fue satisfactoria permitiendo el acercamiento con ellas.

Con respecto a esta investigación se identificó que el perfil de la adolescente embarazada y su familia es un campo amplio de investigar, del cuál se cumplieron con los objetivos descritos, quedando nuevas líneas de investigación relacionadas con la medicina familiar, como es el estudio en forma específica de las funciones de la familia de la adolescente embarazada, ya que son de gran utilidad para determinar la integración familiar y facilitar el diagnóstico familiar.

Dado que la literatura médica³⁰ refiere que el cáncer cérvico uterino se está presentando cada vez más en la mujer joven y que en este estudio se observó que el 100% de las pacientes encuestadas no se habían realizado el papanicolaou es importante ponerle más interés a la salud reproductiva⁵ realizando programas específicos para la salud reproductiva de este grupo de edad, la falta de orientación y la educación para la salud deficiente. así como el no acercamiento de la adolescente a las clínicas de primer nivel, ocasiona que la adolescente no tenga el conocimiento sobre qué es y para qué sirve dicho estudio.

Se observó que la adolescente recibe orientación sexual por parte de la escuela, sin embargo se llegan a embarazar aún utilizando un método de planificación familiar, en este caso el preservativo que fue el más utilizado por las adolescentes encuestadas, por lo que considero que otra línea de investigación es el conocimiento y el uso adecuado de métodos anticonceptivos en los adolescentes, no sólo por la causa de un embarazo también por la prevención de enfermedades de transmisión sexual, existiendo también la posibilidad que los maestros de las escuelas no orientan adecuadamente a sus alumnos partiendo otra línea de investigación sobre el conocimiento de sexualidad en los maestros de escuelas primarias, secundarias e incluso preparatorias. Con respecto a lo anterior cabe destacar la importancia que tiene la prevención en la salud reproductiva a través de una educación sexual clara, específica y accesible tal como lo refieren en la literatura médica^{3,4,12,33}.

Sobre la comunicación considero que faltó preguntar más específicamente sobre este tema dando una línea más de investigación, acerca de la comunicación que existe entre padres e hijos adolescentes enfocándose específicamente sobre temas de sexualidad.

En el aspecto religioso, la literatura médica consultada³⁸, reporta que la religión si influye en la sexualidad de la adolescente, observándose de igual manera en las adolescentes encuestadas mencionando que su religión les impide llevar una vida sexual activa previa al

matrimonio, así como el uso de métodos anticonceptivos no naturales exponiendo a la adolescente a ETS y a embarazos no deseados.

Otro de los aspectos importantes sobre el embarazo en la adolescencia es investigar las redes de apoyo con las que cuenta la adolescente embarazada que en este trabajo no se realizó, investigando directamente el apoyo familiar, el servicio médico con el que cuenta, el apoyo o la orientación psicológica,¹³ entre otras.

Es importante dar a conocer a la adolescente embarazada la importancia de llevar control prenatal ya que se observó en este estudio que la mayor parte de las adolescentes embarazadas ignoran qué es el control prenatal y para que sirve.

La mayor parte de las adolescentes de este estudio consideran que si hubieran podido evitar su embarazo lo hubieran hecho, por su edad, por evitar problemas con sus padres, por no abandonar sus estudios, por no cambiar su estilo de vida, lo que coincide con la literatura médica,^{7,10,12,17,19} por lo que es importante prevenir este problema y dar apoyo emocional a las adolescentes durante su embarazo y después del nacimiento de su hijo. Así como es importante evitar un segundo embarazo^{4,12}. Con respecto a lo anterior se podría realizar una investigación sobre las acciones que el médico familiar realiza con los adolescentes las cuales se presentan a continuación:

- Proporcionar¹⁴ consejo anticonceptivo a todas las adolescentes (ambos sexos) aprovechando cualquier consulta.
- Informar sobre la efectividad de los MPF y la prevención de embarazos no deseados, las ETS incluyendo HIV y Hepatitis B.
- Facilitar una elección informada y garantizar la accesibilidad para consultar las posibles dudas.
- Informar sobre la posibilidad de anticoncepción poscoital, ante una relación sin protección o un fallo del método anticonceptivo
- Facilitar hojas impresas para reforzar información²⁶.
- La atención que recibe la adolescente durante su embarazo, parto, puerperio
- Brindar soporte emocional que se le otorga a la adolescente embarazada por el médico familiar ya que es una oportunidad que se tiene de incidir favorablemente en la aceptación del bebé a la vida de una joven madre³⁴.

Sería ideal que existiera un taller para padres de adolescentes en cada clínica de primer nivel así como taller de adolescentes para que de esta forma se otorgue orientación y prevención tanto a los padres como a los adolescentes.

4.1 Aplicación práctica y clínica de los resultados en el perfil profesional, los ejes de acción y las áreas de estudio de la Medicina Familiar.

El estudio de la familia es fundamental para detectar a los adolescentes de las distintas poblaciones encomendadas al médico familiar participando de tal manera en mayores acciones anticipatorias, como lo indica la práctica de la Medicina Familiar que se fundamenta en tres ejes de acción:

- Estudio de la familia
- La continuidad de la atención
- La acción anticipatoria basada en un enfoque de riesgo²⁵.

En esta investigación se identificó que en la práctica clínica es necesario identificar a las familias con adolescentes para prevenir este problema con las siguientes acciones:

Favorecer la relación de los adolescentes con los profesionales de atención primaria de salud.

Proporcionar consejo anticonceptivo a las adolescentes que acuden al servicio médico aprovechando cada consulta independientemente del padecimiento que presente.

Informar sobre la efectividad de los métodos de planificación familiar para la prevención de embarazos no deseados, y la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Facilitar la accesibilidad para consultar posibles dudas.

Informar sobre la posibilidad de anticoncepción poscoital, ante una relación sin protección.

Otorgar información impresa para reforzar información.

Ofrecer una atención adecuada a las necesidades individuales del adolescente.

Al llevar a cabo las cinco áreas que el médico familiar realiza al ejercer su papel, se encontró que se cumple con estas áreas si se le otorga al adolescente como individuo atención médica, al proporcionarle un diagnóstico, tratamiento, seguimiento y curación del padecimiento que presente. El conocer a la familia como un sistema, identificar a cada uno de sus integrantes y hacer un diagnóstico familiar así como conocer la comunidad en la cual habita ayudará a saber los factores de riesgo para que el ó la adolescente sea identificado de alto riesgo para iniciar el inicio de una vida sexual temprana y sin protección.

Una de las preguntas realizadas en esta investigación fue referente al control prenatal realizando docencia con las adolescentes embarazadas al explicarles dicho término.

5. Conclusión.

En esta investigación, se identificó el perfil socioeconómico y ginecobstétrico de la adolescente embarazada en un laboratorio de análisis clínicos y gabinete una zona de Chalco estado de México en un periodo de mayo de 2004 a febrero de 2005.

La encuesta que se realizó para esta investigación se aplicó en un promedio de 20 minutos, a las adolescentes embarazadas que aceptaran contestar la encuesta, en donde algunas ocasiones se llegó a prolongar por interés de la adolescente con temas respecto al producto.

Los resultados obtenidos en esta investigación no se pueden generalizar para todas las adolescentes embarazadas, puesto que la muestra obtenida fue reducida ya que no se contó con el apoyo de alguna institución de salud, por cuestiones ajenas al estudio.

En este estudio se comprueba que la mayor parte de los datos obtenidos si tienen semejanza con lo que la literatura médica reporta tanto en los aspectos de familia, como en los aspectos gineco-obstétricos y socioeconómicos de la adolescente embarazada¹.

La encuesta aplicada en forma dirigida se utilizaron un total de 83 variables con una muestra de 100 casos, con lo que se logro identificar que en los 17 años de edad es más frecuente este problema, la mayor parte de las adolescentes son solteras, con una escolaridad promedio máxima de secundaria completa, la mayoría de ellas dedicadas al hogar, teniendo la religión católica en su mayor parte, que habitan generalmente con un promedio de 6 personas, perteneciendo a una familia extensa, encontrándose en fase de dispersión en el ciclo vital de la familia según la clasificación de Geyman²⁷, la mayor parte se clasifica como familia moderna, urbana, integrada, obrera.

Con respecto a los antecedentes gineco-obstétricos, la edad de menarca fue de 12 años, con un ritmo de 30X3 en un 78% desconocían su fecha ultima de regla, el inicio de vida sexual activa en su mayor parte fue a los 15 años, solo 8 adolescentes tenían el antecedente de embarazo previo, 4 de ellas con antecedente de un parto, 2 con una cesárea previa, y 2 con un aborto previo, en ninguna de ellas se presento alguna complicación perinatal o durante el legrado, el 63% de las adolescentes embarazadas no utilizó un método anticonceptivo, siendo el preservativo en un 100% de las que utilizaron método anticonceptivo, ninguna de las adolescentes se ha realizado la prueba de papanicolaou, y el 100% de las adolescentes con gesta previa si dieron lactancia materna a sus hijos.

En el aspecto socioeconómico se identificó que el ingreso mensual es de 5 o más salarios mínimos, en un 99% no reciben salario, dependiendo económicamente de su pareja en un 41%, la escolaridad de ambos padres de las adolescentes encuestadas en su mayor parte fue de secundaria completa. La comunicación entre la adolescente y su padre fue generalmente regular y con la madre buena. En el 93% de las adolescentes su religión les prohíbe tener relaciones sexuales previas a su matrimonio, considerándolas como pecaminosas, en el 99% de las embarazadas en su religión está prohibido el aborto.

En cuanto a la sexualidad de la adolescente embarazada se identificó que un 80% de ellas si recibió orientación sobre sexualidad y la mayor parte de estas fue dada por medio de la escuela en un 75%, en su mayor parte de las adolescentes si saben la diferencia entre sexo y sexualidad y generalmente no presentan dudas respecto a su sexualidad, en un porcentaje del 66% la pareja sugirió el acto sexual y el 33% fue por parte del hombre, y el 1% la mujer. Como se menciono previamente, el 37% de ellas utilizo anticonceptivo temporal siendo el preservativo el se utilizo en el 100% de ellas, obtenido en la farmacia y únicamente una persona lo obtuvo en un centro de salud, en su mayor parte las adolescentes refieren no hablar de temas de sexualidad con sus padres por respeto hacia ellos.

Dentro de los aspectos obstétricos, se observó que en un 92% no deseaban su embarazo, tampoco sabían cual eran los riesgos de tener un embarazo a temprana edad, tanto para ellas como para el producto. En un alto porcentaje de ellas desconocían el termino de control prenatal, dando orientación en el momento de aplicarles dicha pregunta, identificando que el 64% de ellas si llevan un control prenatal y de las que no llevan control prenatal, en su mayor parte fue por desconocimiento del mismo. Como se mencionó anteriormente, en la mayor parte de las adolescentes encuestadas, su embarazo no fue deseado, sin embargo las adolescentes refieren estar contentas con el mismo así como con la llegada su futuro hijo, en un 48% de ellas refieren sentir miedo por el hijo que van a tener. También se observó que en gran parte de las adolescentes embarazadas consideran que su gestación limitó sus planes de vida principalmente por el abandono escolar y por los problemas que enfrentaron o que estaban enfrentando con sus padres, además de considerar que el embarazo afectó la relación con su familia, no obstante, gran parte de las adolescentes embarazadas si reciben apoyo por parte del seno familiar principalmente por la madre, únicamente el 6% de ellas no recibe protección por parte de su familia. En un 53% de las adolescentes embarazadas tienen una pareja responsable de la paternidad de su futuro hijo y el 47% de ellas no cuentan con una

pareja responsable de su hijo, y la principal causa referida fue por abandono en un 21%, por negar su paternidad en el 1%, por no querer asumir su responsabilidad y en un 9% por tener otros proyectos de vida en un 8%.

En la mayor parte de las adolescentes embarazadas se identificó que si hubieran podido evitar su embarazo lo hubieran hecho, para terminar sus estudios. Sin embargo, decidieron continuar con su embarazo porque quieren a su hijo un 79%.

Sólo en un 11% presentan algún problema médico durante su gestación, siendo más frecuente la amenaza de aborto.

6. REFERENCIAS.

- 1.-Robert E. Flein G. Chapela. Programas de intervención para adolescentes. Rev Psicol 2001 ; 2 :24-31
- 2.-Kramarosky D. : Ginecología y Obstetricia de la Infancia y Adolescencia. Hechos más recientes en su desarrollo. Rev Soc Chil Obst 1994;1:1-9
- 3.-Santos P. La salud de adolescentes: cambio de paradigma de un enfoque de daños a la salud al estilo de vida sana. Salud Pub Mex 2003;45 (1):5-7
- 4.-Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. Salud Pub Mex 1997;39:137-143
- 5.-Secretaría de Salud. Programa de salud reproductiva, 1995-2000 México; p:3-8
- 6.-Juventud Viva: Embarazo en Adolescentes. Disponible en :
<File://A:/Juventud%Viva%20EMABARAZO%EN%ADOLESCENTES htm> ;2003,p:4
- 7.-Stevens C. Mc Anarney El embarazo en la Adolescente. En Mc Anarney Medicina del Adolescente. Panamericana Buenos Aires Argentina 726-732 7ª.Ed. 1997
- 8.-Adolescentes y embarazo: Salud y Nutrición Disponible en :
<http://www.encolombia.com/obsgine51300-adolescentesyemb.htm>; 2002,p:3
- 9.-Arcelus Mercedes. La adolescente embarazada y su familia Rev Psico 2001; 2:15-20
- 10.-Padilla de Gil M. Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia . Instituto Salvadoreño de seguridad Social.1999 Disponible en:
<adolec.ops.org.sv/maternas/Textos-completos.htm>,2002,p:4
- 11.-Berenson A. Wiemann C. Inadequete weight gain among pregnant adolescenmts: Risk factors and relationship to infant birth weight. Am J Obstet Gynecol 1997;6(6176):120-1227
- 12.-Susan Pick L. Atkin Diferencias entre adolescentes embarazadas y la población en general. Rev Psicol. 2001,2:21-23
- 13.-Ortigosa E. Padilla JY. López O. Necesidades educativas en salud perinatal en madres adolescentes embarazadas. Ginecol Obstet Mex; 2002;70:28-35
- 14.-J. Pérez A. Torres Repercusión del embarazo en la salud perinatal de la adolescente. Rev Psicol. 2001;2:2-3
- 15.-Clínicas de Ginecología y Obstetricia de la Adolescente. Mc-Graw-Hill Interamericana 2000;1:111-123

- 16.-Castells CP. Dou Playá. Aspectos Psicológicos de la Adolescencia. Características normales de esta etapa de la vida. Indicaciones clínicas de desarrollo de patología. *Medicine* 1997;7(132):6225-6233
- 17.-La sexualidad en la adolescencia. En *Ant. Tomo II Ed. CONAPO 1ª. Ed, 1994 Monroy* 692-730
- 18.-Sinapsis de Psiquiatría Kaplan H. I. 8ª. Ed. Panamericana Buenos Aires 1999;p: 47-53
- 19.-Díaz SV. El embarazo de las adolescentes en México. *Gac Med Mex* 2003;139:23-28
- 20.-Kathry Tolbrt La adolescente embarazada características y riesgos psicosociales. *Rev Psicol.* 2001;2:7-14
- 21.-Chirinos J.Salazar V. Bardales O. Prevención del embarazo: Una reflexión desde la perspectiva de los/las escolares adolescentes de cuatro colegios de Lima Peru *Rev Sogía* 2001;8(2):43-49
- 22.-L. Simón Plascencia. Morbilidad materna en la adolescente embarazada *Ginecol Obst Méx* 2002;70(6):270-274
- 23.-Hernández V.Altamirano G. Influencia de la familia en la aceptación al uso del condón en adolescentes. *Arch Med Fam.* 2000;3(1):11-15
- 24.- De la Revilla. La disfunción familiar. *Aten. Primaria* 1992;10(2):7-8
- 25.-Gallo V.F.J Altisent Trota R. Díaz E.J Perfil profesional del médico de familia. *Aten Primaria* 1999;23(4):136-248
- 26.-Brandt TC. El concepto de la Medicina Familiar en la prevención del embarazo en adolescentes. *Med Fam* 1995(4):15-18
- 27.-Irigoyen CA. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar 1ª. Ed. México Editorial Medicina Familiar Mexicana, México 2002;p:151-156
- 28.-La Educación Sexual. Disponible en:
<http://www.ilustrados.com/secciones/Salud-18.html> 2002;p:6
- 29.-Celis Rosa. La salud de adolescentes en cifras. *Salud Pub Mex* 2003 45(supli):S152-S166
- 30.-Torres LA. Cáncer Ginecológico Diagnóstico y Tratamiento Mc-Graw-Hill México 2003;p:134-135
- 31.-Embarazo en adolescentes, principal causa de deserción escolar. Disponible en:
<http://mx.news.yahoo.com/020626/7/fljs.html>;2003;p:2
- 32.-Carreón VJ. Mendoza S. Pérez H. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes . *Arch Med Fam* 2000; 6(3):70-73

- 33.-Maternidad y paternidad adolescente. Disponible en:
<http://www.creciendojuntos.com.or/maternaadolesc.htm>;2003;p:6
- 34.-Zwingle E. La mujer y la Población . National Geographic Oct. 1998(3):335-55
- 35.-Shellhaas C. Sones. Comienzo y final de la edad reproductora. En Gleicher. Tratamiento de las complicaciones clínicas del embarazo 3ª. Ed. Editorial Panamericana 2000; México; P:128-131
- 36.-Villanueva L., Campos R. Conocimientos y prácticas anticonceptivas en adolescentes embarazadas. Ginecol Obst Mex 2001;69:239-242.
- 37.-Ortigosa C. Padilla y López R. Diseño y evaluación de un curso educativo dirigido a madres de adolescentes embarazadas. Ginecol Obst Mex 2001;69:363-370
- 38.-Hermilia A. Algunos mitos y realidades sobre el aborto. Folleto E.V.C 651,2ª.Ed. Editorial Sociedad E.V.C México.
- 39.-Enciclopedia de los Municipios del Estado de México. Disponible en:
<http://www.e.local.gob.mx/work/templates/enciclo/Mexico/opios/15025ª.htm> 2004;p:1-21
- 40.-Aerosa S. Hernández P. Domínguez G. Embarazo ¿Hemos de cambiar nuestro punto de vista sobre el embarazo en la adolescencia? Aten Primaria 1988;22:371-374
- 41.-Núñez U. Hernández P. Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. Salud Púb Mex 2003;45 (supli):92-102
- 42.-Ponce R.E.R. Guía para la Tutoría de Proyectos de Investigación en Medicina Familiar Ed. Medicina Familiar Mexicana 1ª. Ed. México,2003.
- 43.-Gómez Clavelina F J, Irigoyen C A, Ponce R.E.R. Bases para la Investigación en las especialidades médicas. Ed. Medicina Familiar Mexicana, México 2003;p: 24-40
- 44.-Reglamento de la Ley general de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Secretaría de Salud. Secretaría de Salud, México. 3 feb. 1983; cap. I y IV.
- 45.- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adaptada en la 18ª. Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y Enmendada en la 52ª. Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre de 2000.

7. Anexos.

ANEXO 1

2.14 Cronograma.

Calendario de actividades

| | | | | |
|------------|------|------|--------|------|
| Cronograma | 2003 | 2004 | Meses. | 2005 |
|------------|------|------|--------|------|

| Etapa / actividad | 09 | 10 | 11 | 12 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
|--------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Planeación del proyecto | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marco Teórico | | | | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | |
| Material y métodos | | | | | | | | X | X | X | | | | | | | | | | | | |
| Registro y autorización del proyecto | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | |
| Prueba piloto | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | |
| Etapa de ejecución del proyecto | | | | | | | | | | X | X | X | | | | | | | | | | |
| Recolección de datos | | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | |
| Almacenamiento de los datos | | | | | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | | | | | |
| Análisis de los datos | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | | | | |
| Descripción de los resultados | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | | | | |
| Discusión de los resultados | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | | | |
| Conclusiones del estudio | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | | | |
| Integración y revisión final | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | | | |
| Reporte final | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | | | |
| Autorizaciones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | X | |
| Impresión del trabajo final | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X |
| Solicitud de examen de tesis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X |