



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DE INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
SECRETARIA DE SALUD
JONUTA, TABASCO

***CONOCIMIENTO DE EMBARAZO Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN
EMBARAZADAS DE 12 A 19 AÑOS QUE LLEVEN CONTROL PRENATAL EN
EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO EN EL PERIODO DE AGOSTO A
NOVIEMBRE DEL 2007***

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

PRESENTA: DR BERNARDO ERICK YESCAS ESQUIVEL.

ASESORES:

Esp. M.F. Elías Hernández Cornelio

MAPS. Sonia Bernardo Álvarez

CUNDUACAN, TABASCO

2009



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.

**CONOCIMIENTO DE EMBARAZO Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN
EMBARAZADAS DE 12 A 19 AÑOS QUE LLEVEN CONTROL
PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO EN EL
PERIODO DE AGOSTO A NOVIEMBRE DEL 2007**

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

PRESENTA: DR BERNARDO ERICK YESCAS ESQUIVEL.

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GARCIA CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
CORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

**CONOCIMIENTO DE EMBARAZO Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN
EMBARAZADAS DE 12 A 19 AÑOS QUE LLEVEN CONTROL
PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO EN EL
PERIODO DE AGOSTO A NOVIEMBRE DEL 2007**

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

PRESENTA: DR BERNARDO ERICK YESCAS ESQUIVEL.

AUTORIZACIONES

DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA

SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

QUIMICO SERGIO LEON RAMIREZ

DIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA EN SALUD

**CONOCIMIENTO DE EMBARAZO Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN
EMBARAZADAS DE 12 A 19 AÑOS QUE LLEVEN CONTROL
PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO EN EL
PERIODO DE AGOSTO A NOVIEMBRE DEL 2007**

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

PRESENTA: DR BERNARDO ERICK YESCAS ESQUIVEL.

AUTORIZACIONES

DR. ELIAS HERNANDEZ CORNELIO

PROFESOR TITULAR DEL CURSODE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PSRS MEDICOS GENERALES EN CAAPS DE CUNDUACAN, TABASCO

MAPS. SONIA BERNARDO ALVAEZ

ASESOR METODOLOGICO EN TESIS

MAESTRA EN ATENCION PRIMARIA LA SALUD CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA

SECRETARIA DE SALUD

VILLAHERMOSA, TABASCO

ENERO 2009

Agradecimiento

A mis padres y hermanos:
Por sus enseñanzas y tiempo, por su infinito
Amor y perseverancia, por estar siempre
Cuando los necesite:

A mi esposa e hija:
Por su comprensión y apoyo en todos los momentos
Que hasta hoy hemos vivido y brindarme su
Amor para seguir adelante.

A dios:
Por su oportunidad de existir y realizar mis sueños.

Nadie nos pertenece salvo en
el recuerdo

ÍNDICE

CONTENIDO	pagina
I.- Marco teórico.....	3
II.- Planteamiento del problema.....	16
III.- Justificación.....	17
IV.- Objetivo General.....	19
V.- Objetivos Específicos.....	19
VI Metodología	
a).- Tipo de estudio.....	20
.- b) Población, lugar y tiempo de estudio.....	20
c).- Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	20
d).- Criterios de inclusión ,exclusión y de eliminación.....	21
e).- Información a recolectar y variables a recolectar.....	32
f).- Método.....	32
g).- Ética del estudio.....	33
VII.- Resultados.....	34
VIII.- Discusión.	50
IX.- Conclusiones	52
a).- Recomendaciones.....	55
XVIII.- Referencias bibliográficas.....	57
XIX.- Anexos.....	61

ANTECEDENTES

Muchos y muchas adolescentes carecen de información sobre métodos anticonceptivos y no tienen acceso a ellos.

El 10 por ciento de los partos en el mundo son de madres adolescentes.

La mortalidad relacionada con el embarazo y el parto es de dos a cinco veces más alta entre las mujeres menores de 18 años que entre aquellas de 20 a 29 años.

Anualmente, ocurren hasta 4.4 millones de abortos en adolescentes, la mayoría de ellos practicados en condiciones de riesgo.

La OMS señala que cada cinco minutos un o una adolescente se suicida en alguna parte del mundo, debido a problemas emocionales y sociales relacionados con la salud sexual y reproductiva. Entre ellos figuran el abuso físico, la violencia sexual, las rupturas de relaciones íntimas, el alcoholismo y la drogadicción, el embarazo no deseado y el aborto en condiciones de riesgo, la infección por VIH/ITS, y la ansiedad experimentada al sentir atracción física hacia miembros del mismo sexo.

En América Latina anualmente 3 millones un tercio de mujeres adolescentes cumplen su periodo de gestación sin embargo se desconocen el numero de embarazo que termina en aborto. El sufrimiento en términos de mortalidad, materno infantil es muy grande, en donde se considera que todos esos abortos se pueden prevenir. El sufrimiento psicológico a dado origen al termino “síndrome del fracaso”, que contribuye indudablemente a perpetuar (ciclo de pobreza), y a la “afeminación de la población”. Los escasos recursos afectan al hijo y aumentan los cazos de niños de bajo peso al nacimiento, con problemas neurológicos, síndrome de atención deficiente, hiperactividad, abuso físico y emocional y comportamientos anormales .Se teme además, que este patrón cada vez más creciente de embarazos adolescentes continúe hasta la próxima generación. Su efecto en cuanto a los costos de atención, los servicios de salud, el subempleo y el trabajo no especializado, el abuso de la drogas y el alcohol y a menudo sobre el crimen, es devastador e interfieren con los esfuerzos que realzan los países de la región para lograr el desarrollo económico.^{2,3}

El embarazo en adolescentes no solo es un problema cualitativo también tiene una dimensión cuantitativa. En América Latina 3.312.000 niños nacen de cada año de madres adolescentes. En el nivel mundial, de cada cien adolescentes entre cada 15 y 19 años, cinco se convierten en madres anualmente, lo que hace a un total de 22.473.600 niños nacidos de padres adolescentes al año.

En los países de América Latina la tasa total de fecundidad del grupo de 15 a 19 años ha disminuido, sin embargo, esa disminución no ha sido proporcional para todos los grupos de edad y los países. ⁽³⁾

Aunque en América Latina se observa un decremento en la tasa de fecundidad, este decremento no ha sido uniforme y el grupo de población menor de 20 años es el que exhibe el decremento más bajo en muchos de los países de la región, por lo tanto, el embarazo entre adolescentes, es aún más significativo en términos relativos, ya que en muchos países estos embarazos representan el 20% de todos los nacimientos⁽³⁾ por todas estas razones, es necesario dar atención especial al problema del embarazo adolescente.

En los últimos años se han intensificado los esfuerzos del gobierno mexicano para prevenir y atender los problemas vinculados con el embarazo y la maternidad en adolescentes. A continuación se mencionan los más importantes, así como algunas de sus limitaciones.

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. En México, la tasa de fecundidad global descendió entre 1970 y el año 2000 de 6.0 a tres hijos por mujer. Sin embargo, debido a la elevada proporción de población joven, la cantidad de mujeres en edad reproductiva se duplicó en el mismo periodo. Así, aunque la tasa de fecundidad en la población ha disminuido, la cantidad absoluta de nacimientos y la proporción de los nacimientos que son

producto de madres adolescentes se ha mantenido estable debido a la inercia de crecimiento poblacional. Los nacimientos que ocurrieron entre mujeres menores de 20 años de edad representaron 17.1% del total de nacimientos en 1995 y contribuyeron con 13.6% de la Tasa General de Fecundidad. Se ha documentado ampliamente que el embarazo en edades tempranas, especialmente antes de los 18 años, pone en riesgo la salud de la madre y que los hijos de madres adolescentes –en circunstancias de pobreza y desnutrición– presentan mayor probabilidad de enfermar comparados con los hijos de madres mayores de 20 años de edad en las mismas condiciones sociales. Se sabe, además, que hay una asociación estadística entre maternidad temprana y baja escolaridad.

Se ha señalado que “en la fecundidad total el peso relativo de los nacimientos de madres jóvenes es más elevado en los grupos de menor escolaridad y en las áreas rurales”. Se ha argumentado que el embarazo en la etapa escolar las hace proclives a abandonar la escuela, aunque también se ha demostrado que es el abandono de la escuela por situaciones económicas lo que condiciona la maternidad precoz. Además, el embarazo cuando no es deseado representa mayor riesgo social, tanto para la madre como para la progenie.

Se documentó en México, alrededor de los años 90, que el inicio de vida sexual ocurría en promedio –entre los hombres– a los 16 años y –entre las mujeres a los 19 años.¹⁸ Se ha observado que mientras la edad de inicio de la vida sexual activa se registra a edades más tempranas, la edad del matrimonio se ha postergado, de esta manera el lapso de fecundidad no marital se ha incrementado.⁽⁴⁾

La Encuesta sobre el Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Área Metropolitana de la Ciudad de México (Ecram) reveló que los jóvenes menores de 24 años después del inicio de la actividad sexual continúan activos y sin protección durante un año o más antes de solicitar un método anticonceptivo. Entre las mujeres sólo 36% manifestó haber utilizado alguna práctica anticonceptiva en su primera relación sexual y, entre las mujeres menores de 24 años que ya se habían embarazado alguna vez, más de 50% manifestó nuestro mundo actual cuenta con la mayor cantidad de adolescentes en

la historia: 1,1 mil millones de personas de 10 a 19 años de edad, 85 por ciento de las cuales vive en países en desarrollo. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) calcula que, al menos la mitad de ellas habrá tenido su primera relación sexual antes de los 16 años de edad, y la mayoría antes de los 20. Para muchos de los y las adolescentes en el mundo entero, la transición de la niñez a la vida adulta es saludable, puesto que aprenden valores positivos respecto de la sexualidad, las relaciones y la maternidad/paternidad, y, dentro de ese contexto, dan placer y obtienen amor de las relaciones sexuales que puedan tener. Sin embargo, un gran porcentaje de los hombres y mujeres jóvenes también afronta riesgos en su salud sexual y reproductiva. Las jóvenes, en particular, corren riesgos específicos debido a su biología, a la discriminación respecto al acceso a información y a los servicios, y a los límites que la sociedad impone a su comportamiento.

Como resultado, ellas son vulnerables a una triple amenaza: embarazo no deseado, aborto en condiciones de riesgo e infecciones transmitidas sexualmente (ITS) que el primer embarazo no fue deseado.

Se deben asumir nuevas responsabilidades, descubrir formas de mejorar su apariencia (ejercicio, deportes, maquillaje, ropa) y probar nuevos comportamientos (beber alcohol y fumar, por ejemplo). Este período de vida implica oportunidades y riesgos, al mismo tiempo. Puede incluir problemas, pero, como dicen los mismos adolescentes, la adolescencia en sí no es un problema. Se afirma que los adultos hacen demasiado hincapié en “las incontenibles hormonas”: “Los adolescentes están teniendo demasiadas relaciones sexuales demasiado pronto, dice la sociedad. Las experiencias y los problemas de los y las adolescentes son influidos por sus situaciones: un adolescente que es casado o padre, posiblemente se considere un adulto; jóvenes con discapacidad física o mental, niños y niñas que viven en la calle o como refugiadas/os; adolescentes que se esfuerzan por ayudar a las familias pobres a sobrevivir; niños y niñas que han sido abusados/as; adolescentes de familias adineradas y los y las jóvenes en áreas rurales y urbanas, suelen afrontar diferentes retos y riesgos para su salud. Algunos/as jóvenes tienen mucha experiencia sexual, mientras que otros/as no tienen ninguna

.Las preocupaciones de los y las adolescentes también varían según la edad. Los hombres y las mujeres jóvenes que entran a la pubertad se interesan en aprender sobre la menstruación, la reproducción, la masturbación, los orgasmos involuntarios durante el sueño y la orientación sexual, mientras que los y las adolescentes de edad más avanzada suelen preocuparse más de las relaciones y las prácticas sexuales.

Etapas de cambios y de aprendizaje

La adolescencia es un término relativamente nuevo, que ha sido extensamente utilizado sólo en los últimos 50 años, aproximadamente; se refiere al período en el cual las niñas y los niños están en proceso de convertirse en personas adultas. Es posible que la gente joven, procedente de grupos pobres o de bajos ingresos, que vive en comunidades agrarias rurales, ya tenga grandes responsabilidades, tales como el cuidado de los niños y el deber de contribuir al ingreso del hogar. Por tanto, para ellos y ellas la adolescencia es, sobre todo, una etapa de cambios físicos y emocionales. En el caso de los y las adolescentes que pertenecen a un mejor nivel socioeconómico, también es una etapa de cambios.

Prevenir el embarazo adolescente y reducir la tasa de fecundidad entre las mujeres menores de edad son propósitos prioritarios en las políticas de salud sexual y reproductiva en nuestro país y estado. Sin embargo, en torno a esta realidad, señalada como un problema de salud pública, se manejan supuestos y creencias que empañan el impacto real del problema. ⁽⁵⁾

Educación sexual. La Secretaría de Educación Pública (SEP) ha mejorado y extendido los contenidos de educación sexual en los libros de texto gratuitos, y ha experimentado con cierto éxito la introducción de cursos breves y talleres de "educación para la vida" en algunas escuelas secundarias. Estos esfuerzos se han visto limitados por la incomprensión y la escasa capacitación del personal docente,

así como por la oposición organizada de algunos sectores a la incorporación generalizada de esta temática en los programas escolares. ⁽⁶⁾

Medios de comunicación de masas. El Consejo Nacional de Población y los organismos dependientes del sector salud han hecho esfuerzos por sensibilizar a la población y difundir *post-parto* y *post-aborto* información dirigida, en su mayor parte, a posponer la maternidad y a prevenir las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Sin embargo, estas campañas han tenido escasa continuidad y coordinación, además de que están basadas en supuestos dudosos sobre las necesidades de los y las adolescentes de grupos sociales diferentes. ⁽⁷⁾

Anticonceptivos. El sector salud, primordialmente a través del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y de la Secretaría de Salud (SS), ha intentado incorporar más decididamente a sus programas de planificación familiar y de salud reproductiva a la población adolescente, particularmente cuando acude a sus instalaciones por eventos obstétricos, tales como el embarazo, el parto, y los abortos incompletos. No obstante, el personal de salud no cuenta con la capacitación idónea para el trato con adolescentes y prácticamente se limita a la atención de esos eventos y a la provisión de servicios de anticoncepción. ⁽⁸⁾

Prevención de embarazos adolescentes. Por tratarse, oficialmente, de un problema de salud pública, la prevención del embarazo temprano ha sido adoptada como función prioritaria de las instituciones del sector salud en los últimos años. La Dirección General de Salud Reproductiva de la SS coordina el programa de Atención a la Salud Integral y Reproductiva para Adolescentes; el IMSS cuenta con el Programa Coordinado de Atención al Adolescente, y otras instituciones, como el Programa para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), desarrollan también actividades de prevención. ⁽⁸⁾

Sus limitaciones consisten en que su normatividad preventiva no concuerda con la vocación institucional predominante --prescriptiva y curativa--, además de que los y las adolescentes no suelen identificar a las instituciones de salud como lugares para buscar consejería sobre sexualidad y relaciones de pareja. ⁽⁹⁾

Hacia una política de largo plazo

Muchas de las acciones para enfrentar los problemas del embarazo temprano se orientan en el sentido adecuado. Sin embargo, es necesario revisar algunos de sus supuestos y adecuarlos de manera más estrecha a las necesidades específicas de las adolescentes. ⁽¹⁰⁾

Se requieren políticas de largo plazo que contrarresten los efectos de la pobreza y la falta de oportunidades para el desarrollo de la mujer que favorecen la gestación temprana, y una política integral que conduzca paulatinamente a nuestra sociedad a aceptar la sexualidad premarital, conforme se extiende el periodo de espera para la unión debido a la mayor escolarización femenina. Al mismo tiempo, se debe apoyar la educación sexual temprana, acompañada de consejería y de acceso a servicios de planificación familiar. ⁽¹¹⁾

Mientras no haya aceptación social del ejercicio de la sexualidad entre los jóvenes, continuarán sumándose obstáculos para prevenir embarazos no deseados y para evitar los riesgos que éstos conllevan para los y las adolescentes. Se requiere propiciar actitudes de mayor respeto, comprensión y apoyo hacia nuestros adolescentes en este campo. ⁽¹²⁾

El embarazo en la adolescencia se asocia a factores que abarcan:

Bajo nivel socio económico, inestabilidad de la familia e influencia de los compañeros en el inicio de la vida sexual activa, para identificar las personas de mayor riesgo, es necesario sumar los factores psicológicos, sociológicos y antropológicos. El paso inicial es caracterizar elementos distintivos, como la destrucción de la familia, especialmente durante la niñez que con mucha frecuencia conduce a la actividad sexual prematura, las adolescentes con baja autoestima encuentran en la relación sexual un escape a la soledad, el abandono, una huida emocional y física del hogar patológica. Esta ocurrencia es común especialmente entre las jóvenes campesinas que emigran a las zonas urbanas para trabajar en casa o en fábricas. Se han identificado dos tipos de familia que afectan el embarazo entre adolescentes, caracterizadas por:

El vínculo emocional con el padre, el aislamiento hacia la madre y las relaciones familiares inestables.

La ausencia del padre, vínculo emocional intenso con la madre y sentimiento de ambivalencia y de resentimiento

Cuando a esta situación se agrega el factor pobreza, el resultado es el fatalismo, concentro extremo de control y la falta de planificación en las relaciones heterosexuales. ⁽¹³⁾

Cabe recalcar, que el desarrollo cognitivo de muchas adolescentes es deficiente, y entorpece su capacidad para comprender las consecuencias de la relación sexual. ⁽¹³⁾

Solo recientemente se a estudiado el papel del barón impregnador, esta perspectivas sociológicas explican por que la disfunción familiar es un factor preponderante entre las familias de baja condición socioeconómica. Esta familias carecen a menudo de recursos y de acceso a los servicios que ayudan a prevenir el embarazo, o asistir en el caso de embarazo no deseado. Los cambios históricos que han tenido lugar en la sociedad contemporánea, la función de la mujer y la calidad impresionable de la adolescente junto con la penetración de los medios de comunicación ha contribuido al inicio precoz de la relación sexual y al desaparición de las barreras que limitan la actividad sexual de la mujer. ⁽¹³⁾

En cuanto el embarazo mismo, contrario a lo que afirman los libros, las mujeres en la ultima etapa de la adolescencia no corren riesgo de morbilidad y mortalidad diferentes, siempre que les brinde la atención prenatal adecuada, lo cual conlleva una gran importancia terapéutica y de salud publica. Los servicios de salud deben preparase concretamente para atender a la población adolescente. ⁽¹⁴⁾

Esta requiere no solo de conocimiento obstétrico y nutricional adecuados, si o también la comprensión de los aspectos del desarrollo psicológico. Una mujer embarazada de doce años es diferente a una mujer embarazada de 18 años, como esta lo es a su vez de la mujer adulta. ⁽¹⁵⁾

Desde 1996, en Ecosur-Tabasco se inició una investigación acerca de la sexualidad, embarazo y conductas de riesgo en adolescentes del sureste de México. En la primera fase de esta investigación, que fue una etapa cuantitativa, realizamos una encuesta regional de hogares en los estados de Tabasco,

Yucatán, Campeche, Quintana Roo y Chiapas. A continuación presentamos algunos de los resultados del estudio ya analizados para los casos de Tabasco y Yucatán privilegiando la línea del peso de la escolaridad. El total de nuestra muestra incluyó en Tabasco a 2,346 adolescentes y en Yucatán a 1,902. Para el caso de Tabasco, se encontró que el 34% del total de los varones han tenido relaciones sexuales; de los cuales, apenas el 5% reconoce o dice saber que ha embarazado alguna vez a una mujer y que, de éstos, el 4% se asumen padres. Para el caso de las mujeres tenemos que el 13% del total ha experimentado relaciones sexuales cóitales, que de éstas casi el 70% han estado embarazadas por lo menos una vez y que más de la mitad eran madres al momento de la encuesta. Por lo que toca a Yucatán, resulta que el 16% de los hombres han tenido relaciones sexuales (menos de la mitad que sus pares tabasqueños), que un similar 5% reconoce haber embarazado y que sólo el 2% se asumen padres. Entre las mujeres yucatecas observamos un comportamiento muy similar al de las tabasqueñas por el que poco más del 10% tiene vida sexual activa, casi el 70% de éstas se ha embarazado y más de la mitad son madres. Respecto a la edad en que los adolescentes inician las relaciones cóitales resulta que, mientras en Tabasco el 50% de los hombres tiene esta experiencia antes de los 15 años y las mujeres antes de los 16 años, en Yucatán tanto unos como otras comparten la iniciación sexual alrededor de los 18 años, lo que ubica a los adolescentes de Tabasco como más precoces sexualmente que los de Yucatán. Atendiendo a la escolaridad resulta que, mientras la mayoría de los adolescentes en Tabasco reporta estudiar secundaria o técnica, en Yucatán esta mayoría está ubicada entre que estudian o estudiaron primaria o menos. Respecto a la relación entre vida sexual activa y escolaridad resulta que, las mujeres adolescentes que en Tabasco estudian secundaria o técnica.

Los niveles de intervención en el trabajo con familias son información,(ABUNDAR LEER) orientación , consejería y terapia familiar. La prevención primaria involucra la promoción y la educación para la salud es por ello que se a implementado como una estrategia especifica de atención en relacion al embarazo y la planificación familiar los “talleres comunitarios”(MATREIALES DIDACTICOS PARA LA

ENSEÑANAZA poner referencia) dichos talleres cuentan con una guía para su desarrollo y una serie de preguntas que permiten evaluar el conocimiento adquirido durante el mismo

Asimismo la sep. Dentro de sus programas de enseñanza incluye en los libros de tal grado información en sec o primaria (grado y páginas),

En la revisión bibliográfica no se ha establecido un cuestionario validado que evalúe de manera real el conocimiento en relación a embarazo y métodos anticonceptivos.

Aspectos psicológicos durante la adolescencia.

11-16 años: "Yo, mis amigos y el mundo".

La adolescencia suele ser un período bastante temido por los padres, sobre todo por los importantes y rápidos cambios que se verifican en sus hijos.

¿Cómo hay que comportarse frente a esta transformación?

En realidad, la adolescencia es una etapa como otras, solamente que un poco más compleja, ya que abarca casi todas las facetas de la vida.

Nuestros hijos van siendo cada vez más independientes, personalidades autónomas que quieren probar sus propias capacidades de ser personas independientes en este mundo. También nosotros la hemos pasado. Uno de los cambios más fáciles de percibir es el crecimiento físico que se produce, conocido como "estirón". A veces los cambios fisiológicos son tan rápidos que ni ellos mismos tienen tiempo de asumirlos.

El interés para los miembros del otro sexo se hace muy fuerte: atracción, curiosidad y verdaderos enamoramientos que a veces les descolocan. Estas pruebas de relaciones de pareja, que se dan sobre todo a partir de los 15-16 años, son muy importantes ya que ayudan a madurar una identidad sexual propia y definida. Esta capacidad de compartir la propia identidad e intimidad, son condiciones que favorecen una relación futura, emotivamente estable y humanamente constructiva.

A nivel de las estructuras mentales, el desarrollo del pensamiento permite la creación de hipótesis y el desarrollo de una lógica por deducción. Ahora su cerebro tiene todas las herramientas necesarias para poder entender y participar a la creación de la cultura y del conocimiento humano. Es una experiencia estupenda, que les confiere un sentido muy grande de libertad mental. Las preguntas de carácter moral se vuelven muy importantes: todo lo cuestionan, porque quieren saber lo que realmente vale. Es importante que los padres conozcan esta necesidad que sus hijos tienen de verificar todo lo que les han enseñado: no quieren rechazar de entrada la educación recibida, sino que necesitan elegir personalmente si asumir, rechazar o modificar lo que hasta ahora han aceptado desde fuera sin mucha reflexión, como parte de su propia identidad. Una posición definida y relativamente estable será alcanzada solamente en la adolescencia tardía, ya a las puertas de la edad adulta. Muchos jóvenes suelen recuperar de forma autónoma y como resultado de una elección personal, muchas de las enseñanzas recibidas de sus padres.

El desafío más fascinante de la adolescencia es éste: la definición de una identidad propia, única, capaz de relacionarse con los otros de forma crítica y creativa. Con este objetivo, los chicos necesitan buscar respuestas fuera de su hogar y círculos tradicionales: hacen nuevas amistades, cultivan ciertas pasiones o intereses, hacen "pruebas" de identidad, cambiando de estilo de vestir, de tipo de peinado, de forma de andar por la calle. Los amigos y el grupo son muy importantes, ya que son los foros que les permiten realizar estas tentativas de exploración social, en busca de su

Lugar en este mundo. Normalmente cambian "muchas pieles", antes de encontrar la que mejor se ajusta a su manera de ser. Éste es un período de transición irrenunciable para quien quiera llegar a ser una persona adulta y madura, capaz de hacer sus propias elecciones en la vida. Es ahora cuando muchos adolescentes empiezan a tener claro lo que les gustaría hacer de mayor y empiezan a asumir de manera gradual la responsabilidad de sus propias acciones. La adolescencia es un banco de pruebas importante de las bases sobre las que se ha ido asentando la relación con los hijos a lo largo de su niñez: un clima de

diálogo en la familia suele ser la mejor forma de solucionar conflictos que, muchas veces, no son más que incomprensiones. A pesar de que la comunicación sea una herramienta fundamental para una pacífica vida familiar, esto no garantiza - ni falta hace que lo haga que en determinadas ocasiones haya claros enfrentamientos. Con este panorama, es ante todo importante que comprendamos una cosa: cuestionar a los padres no significa dejar de quererles. Cuestionar a los padres significa tomar distancia de lo que ellos representan: su niñez, su dependencia, su ¿incapacidad para tomar decisiones por si mismos. Significa buscar un camino propio, ensayando vías alternativas a las asumidas como únicas y correctas hasta entonces. Significa arriesgarse, asumiendo también que uno puede equivocarse. Es natural que todo esto nos genere cierta angustia: aunque confiamos en nuestros hijos, tenemos miedo por su inexperiencia en las cosas de la vida o por la gente con la que podría encontrarse. Tener miedo es parte de esta ardua tarea de ser padres: tendremos que asumir que, a veces, hay que pasar miedo. Es verdad que existe la posibilidad de no dejarles salir: no dejarles salir del hogar, de nuestro control, de nuestra protección, de nuestros miedos. Habrá que ver si merece la pena, ya que el precio a pagar será alto: hacer de nuestros hijos unas personas inseguras, dependientes e incapaces de tomar decisiones en su propia vida o, por lo contrario, hacer que se escapen por completo de nuestro control.

Nuestro objetivo fundamental sigue siendo el de crear las condiciones para que nuestro hijo madure, es decir, para que gradualmente y progresivamente vaya tomando decisiones sobre sí mismo, su vida presente y sus proyectos futuros. Será él quien, poco a poco, llegará a ser plenamente responsable de su vida y creador de su futuro. Sin embargo, el camino hacia la libertad de ser plenamente uno mismo, no

Es del todo recto. Los adolescentes a veces tienen conductas de riesgo, es decir, comportamientos que pueden perjudicar su salud. Conducir de forma poco prudente, beber en exceso o tomar algunas pastillas en las fiestas, fumar o incluso probar drogas, son comportamientos cuya explicación no es sencilla ni unívoca. Razones de carácter social, la influencia del grupo, el carácter del individuo, la educación recibida y otras características pueden facilitar o alejar del chico de

tales situaciones. Un rasgo psicológico común que tienen los adolescentes es el de tener una generalizada sensación de invulnerabilidad, que les hace minimizar los riesgos existentes en una determinada situación o comportamiento. En este sentido, el clásico papel de los padres, expresado en su famoso "ten cuidado...", sigue siendo el más adecuado. Aunque parezca que están cansados de oír siempre lo mismo cada vez que salen, en el fondo saben que sus padres piensan en ellos y son un poco insistentes porque en el fondo les desean lo mejor. Es importante que los hijos sigan percibiendo que pueden recurrir a sus padres en caso que tengan algún problema de difícil solución, tan solo para pedirles consejo.

Por otro lado, estos mismos adolescentes suelen tener un alto grado de idealismo: muchos valoran la amistad como un sentimiento casi sagrado y pueden establecer vínculos amistosos muy estrechos, otros buscan el amor de su vida y lo darían todo para él o ella; algunos desarrollan un profundo sentimiento religioso, otros se afilian a una determinada ideología política o social. El hecho común a todas estas experiencias es que se puede pensar, sentir y creer en algo de forma muy profunda y universal: se lo permite su pensamiento, así como su corazón. La búsqueda de modelos es otro rasgo importante: el personaje ideal, muchas veces objeto de imitación, puede ser un futbolista o una modelo (visto lo que nuestra sociedad propone últimamente), un cantante o una bailarina. Es suficiente con entrar en la habitación de nuestros hijos y ver cuales son los pósteres colgados en la pared, para adivinar algunos de sus modelos actuales. Los modelos siempre proponen valores, sean estos transmitidos de forma directa o indirecta. Si queremos que nuestros hijos

Tomen en consideración la existencia de valores alternativos a los que están de moda, o que tan solo abran un poco su abanico de posibilidades morales, será importante proponer "modelos alternativos". En esta etapa más que nunca, las palabras no son suficientes: es necesario que las propuestas de los adultos sean coherentes con un modelo de vida. Desde siempre, pero ahora con mucho más fuerza, la coherencia entre hechos y palabras es la que marca la diferencia entre lo que merece la pena aceptar y lo que no. ⁽²¹⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México diversos estudios informan que los factores culturales predisponen a que las adolescentes tengan un inicio de vida sexual precoz y esto eleve las estadísticas de embarazos de alto riesgo y muerte materna, además de encontrarse problemas de tipo familiar incluyendo disfunción familiar, crisis familiares, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, entre otras.

El conocimiento del adolescente sobre temas como el embarazo y los métodos de planificación familiar son utilizados con frecuencia en las pláticas de capacitación en los centros de salud, pero en ocasiones no tiene el impacto en el adolescente que se desea para disminuir la tasa de embarazo entre esta población.

Esta investigación se desarrollo en el municipio de Jonuta, Tabasco, México con las embarazadas adolescentes entre el mes de agosto a noviembre del año 2007 y se utilizó una encuesta basada en preguntas obtenidas del programa a nivel nacional: Programa de desarrollo humano “Oportunidades” el cual se aplica a nivel federal con el apoyo de la secretaria de salud de cada estado y se llama “Talleres comunitarios para el cuidado de la salud”.

Por lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es el grado de conocimiento sobre embarazo y métodos anticonceptivos en embarazadas de 12 a 19 años que lleven control prenatal en alguna unidad de primer nivel en el municipio de Jonuta, **Tabasco?**

JUSTIFICACIÓN

El embarazo en la adolescente se ha visto con mayor frecuencia en nuestro país y el mundo.

Cada año 14 millones de mujeres adolescentes dan a luz en el mundo lo cual represente más del 10% de nacimientos en el mundo.

En América Latina los nacimientos en adolescentes representan el 15 y 20% total de nacimientos entre los cuales el 70% son no planeados.

En el 2000 había en México 5,082,487 mujeres entre 12-19 años de las cuales el 11.96% ya tenían hijos es decir 608,700 mujeres.⁽¹²⁾

Esto significa que más de 600,000 mujeres menores de 19 años ya son madres y tienen más de un hijo.

Las cifras quizá son mas altas ya que no todos llegan a término sea por aborto espontáneo o inducido.

Existe un aumento en el índice de embarazos en adolescentes en el municipio de Jonuta, Tabasco, en usuarias de la consulta externa en los módulos de atención de los centros de salud de este municipio de acuerdo al censo nominal de embarazadas de los últimos años realizados en esta jurisdicción sanitaria.

Con este estudio se pretende disminuir la incidencia de embarazos en adolescentes conociendo los factores que mas influyen en este problema de salud publica ya que las adolescentes al estar embarazadas son un grupo poblacional en riesgo de mortalidad materna, preeclampsia, eclampsia, abortos, disfunción familiar, múltiples parejas, embarazo no deseado, depresión-ansiedad, baja autoestima, maltrato infantil entre otros.

Es posible disminuir esta estadística si se detectan los factores de riesgo o se conocen los factores culturales que predisponen a este grupo de población a iniciar un embarazo precoz; el saber si tiene conocimientos en temas básicos como embarazo y métodos de planificación familiar ya que son parte importante para una decisión en el inicio de su vida y practica sexual teniendo en cuenta la posibilidad de eventos a consecuencia de una decisión según su realidad y valores de cada adolescentes; así mismo con este trabajo se contribuirá a conocer mejor la población adolescentes que decide o inicia su sexualidad dentro

de esta población en este municipio que es uno de los menos favorecidos en cuanto a recursos e infraestructura a nivel estatal y federal.

Se puede realizar estudio por que el cien por ciento de la población de mujeres embarazadas lleva su control prenatal en todos los centros y casas de salud rural que cuenta este municipio del estado de Tabasco.

Es por esto que se realizó este estudio para saber y reconocer los conocimientos que tienen las embarazadas adolescentes en el tema de embarazo y de métodos de planificación familiar; factores que predisponen el embarazo en adolescentes en este municipio y llevar acabo una buena orientación a los adolescentes en estos temas que son fundamentales para ellos ya que se encuentran en el inicio de la misma adolescencia para evitar las consecuencias de una actividad sexual a muy temprana edad y sin responsabilidad; dando como resultado el embarazo no deseado sumándose que se dará origen a la deserción escolar, así como la poca preparación educativa tanto a nivel bachillerato como universitario, haciendo eco en el poco ingreso económico en el núcleo familiar, afectando también la calidad de vida de cada integrante del mismo núcleo generando un circulo vicioso que se repite de una generación a otra.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Saber el conocimiento de embarazo y métodos anticonceptivos en embarazadas de 12 a 19 años que lleven control prenatal en las unidades de primer nivel en el municipio de Jonuta, Tabasco del mes de Agosto a Noviembre del 2007.

Objetivos Específicos:

1. identificar el conocimiento sobre embarazo en embarazadas de 12 a 19 años.
2. Identificar el conocimiento de métodos anticonceptivos en las embarazadas de 12 a 19 años.
3. Identificar el nivel de escolaridad en las embarazadas de 12 a 19 años.
4. Identificar distribución de la edad de las embarazadas adolescentes de 12 a 19 años

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, observacional en el municipio de Jonuta, Tabasco.

UNIVERSO

El universo es de 40 adolescentes embarazadas de 12 a 19 años de edad.

Población, lugar y tiempo de estudio

La población de estudio fueron todas las embarazadas adolescentes con rangos de edad de entre 12 a 19 años, pertenecientes al municipio de Jonuta Tabasco durante los meses de Agosto a Noviembre del 2007.

.

Criterios de inclusión

Embarazadas de 12 a 19 años que lleven control prenatal en las unidades de primer nivel de la jurisdicción sanitaria 11 municipio de Jonuta, Tabasco.

Criterios de exclusión

Adolescentes no embarazadas.

Adolescentes embarazadas que no residan en el municipio de Jonuta y lleven control en alguna unidad de salud.

Adolescentes del sexo masculino

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES:

Dependientes:

Factores Culturales. Conjunto de elementos de índole material o espiritual ordenados lógicamente y coherentemente que incluye los conocimientos, las creencias, el arte, la moral, el derecho, los usos y costumbres y todos los usos y aptitudes adquiridos por los hombres en su condición de miembros de la sociedad.

Socialmente: Es el conjunto de estímulos ambientales que generan la socialización del individuo. Conjunto de valores, dominante en las sociedades desarrolladas, que se basan en la transmisión de conocimientos y las creencias a partir de los medios de comunicación.

Se entiende por factores sociales aquellos que están relacionados con la interacción de los vínculos que forman las personas con los grupos, comunidades, organizaciones y demás seres sociales. El hombre no vive solo aislado; la vida social está tan auténtica como la vida individual. Como individuo y como miembro de una familia y su colectividad, con las condiciones de vida social presente en el hogar, en la escuela, en el trabajo, en los grupos, en la comunidad. En la sociedad moderna no hay un solo individuo que esté libre de la influencia de los grupos sociales. De estos grupos el primario es la familia, considerada como unidad de convivencia. Los grupos secundarios, que se constituyen bajo la base del sexo, edad, procedencia, intereses comunes. El grupo social tiene una conducta en parte transmitida y en parte aprendida y que influye sobre la vida. Los grupos sociales tienen la importante función de transmitir la herencia social y cultural. Así entonces al estudiar los atributos característicos de los factores sociales. No tan solo podemos determinar cuáles aspectos los hacen susceptibles o resistentes. También podemos establecer acciones preventivas para modificar algunas de sus características variables. Grupo étnico Se relaciona con un pueblo, nación o raza. Se entiende por raza, desde el punto de vista antropológico, una población de seres humanos que comparten ciertos caracteres anatómicos observables y ciertas frecuencias de caracteres transmitidos genéticamente. Estos caracteres

tienen mayor incidencia en unos grupos que otros, razón por la cual el concepto de raza se manifiesta científicamente como un criterio estadístico. Se sabe que, biológicamente, no hay diferencias físicas fundamentales entre razas. Si uno desea conocer lo que cabe esperar de un hombre, es necesario averiguar en que cultura fue socializado y no a que raza fue pertenece. Edad y sexo En cuanto a la morbilidad en relación con la edad, se observa que prevalece mayor incidencia de mayor padecimiento entre niños de menor edad. La mortalidad afecta mas al hombre que la mujer sin precisar causas. Hábitos y costumbres El individuo necesita para vivir un estado de salud, desarrollar un modo de vida personal de acuerdo con la fisiología humana no hay un modo de vida único que pudiera aconsejarse como norma general. Las bases fisiológicas de la higiene personal son fundamentales las mismas para todos, pero su práctica varia dentro de los límites bastante amplios en relación con la edad y el sexo, ocupación, el clima costumbres nacionales. Si la formación de los hábitos no es conducida adecuadamente por los padres los maestros, se establecen definitivamente como factores desfavorables para la salud. Ocupación Uno de los factores más importantes en relación con la salud es el tipo de actividad que desarrollamos en la sociedad. En este sentido, nuestra salud esta interrelacionada con las exigencias físicas psicológicas derivadas de la ocupación, del grupo ocupacional y del ambiente de trabajo Ambiente físico y geográfico El ambiente que nos rodea tiene una profunda influencia sobre todo nuestro bienestar, en primer lugar existen factores naturales que condicionan el clima de un lugar, y que pertenecen al ambiente natural externo. Aun cuando el hombre pueda adaptarse a todos los climas que existen en la tierra.

Embarazada adolescente: mujer de 12 a 19 años diagnosticada como embarazo confirmado que acuda a consulta.

Independiente:

Estado civil: Es la situación de las **personas físicas** determinada por sus relaciones de **familia**, provenientes del **matrimonio** o del **parentesco**, que establece ciertos **derechos** y **deberes**. Aunque las distinciones del estado civil de una persona pueden ser variables de un **Estado** a otro, la enumeración de estados civiles más habitual es la siguiente:

- **Soltero/a**
- **Casado/a**
- **Divorciado/a**
- **Viudo/a**

Nivel socioeconómico: El índice de Nivel Socio Económico se basa en los siguientes indicadores:

- Nivel Educativo del Principal Sostén del Hogar (indicador de mayor importancia)
 - Nivel Ocupacional del Principal Sostén del Hogar.
 - Patrimonio del Hogar (Posesión de bienestar)

Dimensión social: Se expresa en la variable de la Educación del principal sostén del hogar (El miembro del hogar que más aporta al presupuesto y la economía familiar a través de su ocupación principal, aunque no es necesariamente quien percibe el mayor ingreso).

Dimensión económica: Se expresa en la ocupación del principal sostén del hogar y en el patrimonio del hogar: bienes

Escolaridad: El último grado académico cursado en las escuelas públicas o privadas del sistema de educación nacional.

Religión: Creencia que profese o se identifique la persona, todo lo que concierne a lo sobrenatural, sagrado o divino, y a los códigos morales, prácticas, rituales, valores e instituciones relacionadas a dicha creencia.

Domicilio actual: El domicilio es un atributo de la personalidad, que consiste en el lugar donde la persona (física o jurídica) tiene su residencia con el ánimo real o presunto de permanecer en ella. En un sentido estricto domicilio es la circunscripción territorial donde se asienta una persona, para el ejercicio de sus derechos y cumplimiento de sus obligaciones.

Integración familiar: Conjunto de personas que conforman el grupo social primario denominado familia y que desempeñan un papel dentro de la misma para el desarrollo de sus funciones.

Operacionalización de las Variables.

Grado de conocimiento sobre embarazo:

- Nominal cualitativa ¿Cuál es la edad apropiada para embarazarse?

Respuestas:

Suficiente: 5 de 5.

Regular: 2 de 5.

Insuficiente: 0 de 5.

- Nominal cualitativa ¿Qué es el embarazo? Respuesta:

- Nominal cualitativa Estado civil Marque su estado civil Respuesta:

1. casado
2. unión libre
3. sin pareja actual
4. Viuda

- Nominal Cualitativa Domicilio ¿Tu domicilio actual es en?

Respuesta 1.Ciudad o Cabecera municipal 2. Poblado 3.Rancheria

- Nominal Cuantitativa Escolaridad ¿Qué grado de estudios tienes?

Respuesta

1. Primaria incompleta
2. Primaria completa
3. Secundaria incompleta
4. Secundaria completa
5. preparatoria incompleta
6. preparatoria completa

- Nominal Cualitativa Religión según el INEGI ¿Qué religión tienes?

Respuesta 1.Ninguna 2.Católica 3.Bíblica evangélica (Pentecostés, adventistas del séptimo día, Presbiteriana) Asamblea de Dios, Cristiana) 4.Bíblica no evangélica (mormones, testigos de Jehová).

■ Nominal Cualitativa Ocupación Mi ocupación actualmente es

Respuesta

1. El hogar
2. Estudiar
3. Trabajar
4. Cuidar algún familiar
5. Comerciante

CONOCIMIENTOS ACERCA DEL EMBARAZO

■ Nominal Cuantitativa ¿Cuántos hijos tienes?

Respuesta 1.Uno

2. Dos
3. Tres
4. Cuatro
5. No tengo aun

■ Nominal Cuantitativa ¿Cuál consideras que es la mejor edad para embarazarse?

Respuesta 1.- Antes de los 20 años.

- 2.- Después de los 35 años
- 3.- Entre los 20 y 35 años
- 4.- No lo se

- Nominal Cuantitativa ¿Cuánto tiempo es recomendable dejar entre dos embarazos para cuidar la salud de la mujer y el bebe?

Respuesta

- 1.- Un año
- 2.- Dos años
- 3.- Tres años
- 4.- No se

- Nominal Cualitativa Sabes reconocer los problemas que se pueden presentar durante el embarazo o las “señales de alarma”.

Respuesta

- 1.- Si
- 2.- No
- 3.- Nunca había escuchado eso antes

- Escribe los que conozcas

- 1.- sangrado vaginal o cólico
- 2.- hinchazón de piernas, brazos y cara
- 3.- disminución o ausencia de movimientos del bebe
- 4.- salida de líquido claro transparente y abundante por la vagina al término del embarazo
- 5.- ataques o convulsiones
- 6.- dolor de cabeza
- 7.- Zubidos de oídos o ver lucecitas
- 8.- vómitos abundantes, palidez en La cara interna de Luiz parpdos o lengua

- Nominal Cualitativa Consideras que es importante asistir a revisión medica antes del embarazo

Respuesta

- 1.- No es importante
- 2.- No es importante para mí
- 3.- Si es importante para mi y mis hijos

CONOCIMIENTOS ACERCA DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

- Nominal Cuantitativa ¿Cuántos métodos de planificación familiar conoces?

Respuesta

1. Ninguno
2. Uno
3. Dos o más
4. Nunca había escuchado eso antes

- Nominal Cualitativa ¿Sabes donde o como obtener un método de planificación familiar?

Respuesta

1. Farmacia
2. Centro de salud
3. Con mis amigos
4. No lo se

- Nominal Cualitativa ¿alguna vez pensaste quedar embarazada al tener relaciones sexuales?

Respuesta

- 1.- No se
- 2.-SI
- 3.-NO
- 4.-Nunca pensé en eso

- Nominal Cualitativa ¿Conoces la anticoncepción de emergencia?

Respuesta

- 1.- si
- 2.- NO
- 3.- Nunca lo había escuchado antes

- Nominal Cualitativa ¿Que utilidad crees que tienen los métodos de planificación familiar?

Respuesta

- 1.- no lo se
2. —Para evitar embarazos
- 3.- para evitar enfermedades de transmisión sexual
- 4.- Para evitar embarazos y enfermedades de transmisión sexual

RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó mediante un test dirigido a las embarazadas adolescentes basadas en el cuestionario de “talleres comunitario para el cuidado de la salud” guías didácticas del programa de desarrollo humano (oportunidades) el cual es aplicada a nivel nacional por la secretaria de salud.⁽²³⁾, este teste fue elaborado con el fin de servir en este estudio en particular y el cual se aplico con el apoyo de enfermeras, promotores sociales, y médicos los cuales fueron capacitados para unificar criterios en el llenado del cuestionario.

El instrumento de trabajo estuvo integrado por un test el cual consta de tres apartados y diecisiete preguntas.

El primero de ellos se refiere a los datos generales del paciente como son edad, Domicilio, escolaridad, ocupación.

El segundo consta de 5 preguntas la cuales se refieren a conocimientos sobre embarazo y comprende numero de hijos, la edad que considera que es la mejor para embarazarse; el tiempo recomendable dejar entre dos embarazos para cuidar la salud de la mujer y el bebe; reconoce las señales de alarma durante el embarazo; la importancia de acudir a revisión medica antes del embarazo.

El tercer apartado consta de cinco reactivos el cual se refiere sobre conocimientos de la planificación familiar como es el conocimiento de métodos de planificación familiar, donde obtener un método de planificación familiar, tener la idea de quedar embarazada al tener relaciones sexuales , conocimiento del método de anticoncepción de emergencia ,la utilidad que tienen los métodos de planificación familiar

La información obtenida se registro en una base de datos y se capturará en paquete estadístico SPSS en su versión 13 para Windows.

Procesamiento de datos

Para describir los datos encontrados en este estudio se emplearon estadísticos descriptivos:

Distribución de frecuencias absolutas, relativas, prevalencia y rango en el en adolescentes de 12 a 19 años en proporción y razón y pruebas de tendencias central como promedio (\bar{x}), desviación estándar (s) y mediana

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se realizó el presente estudio previa entrevista con las usuarias con la finalidad de para el embarazo en adolescentes en el municipio de Jonuta, Tabasco, el cual no agrede su integridad física ni verbal; respetando sus derechos e ideas de manera individual, tomando en cuenta el objetivo de la investigación. No se usó procedimientos invasivos que pongan en riesgo la vida, sin embargo solicitamos su autorización por medio de la hoja de consentimiento informado.

El presente trabajo se realizó como una investigación descriptiva transversal, por lo cual, sus procedimientos no son invasivos y no dañan la integridad, física, mental y social de los participantes o sujetos de estudio, es decir, su implementación carece de riesgos.

Cabe mencionar, que la información obtenida será manejada con absoluta confidencialidad.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en su título quinto en Materia de Investigación para la Salud, capítulo único en su Artículo 100 ¹⁶ y a la Declaración de Helsinki ¹⁷, está considerada como una investigación sin riesgo.

RESULTADOS

En el presente capítulo se describen los resultados estadísticos de los datos obtenidos de las encuestas y solo se muestran las tablas en base a los objetivos antes planteados

CUADRO 1
DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DE LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES EN ESTUDIO

Edad de las pacientes	<i>Absoluto</i>	relativo
13 años	1	2.5%
14 años	3	7.5%
15 años	4	10.0%
16 años	14	35.0%
17 años	6	15.0%
18 años	7	17.5%
19 años	5	12.5%
Total de pacientes	40	100.0%

Fuente: Encuesta de adolescentes embarazadas, 2007.

De las mujeres entrevistadas 1 paciente (2.5%) tenía 13 años, 3 pacientes con 14 años de edad, 4 pacientes con 15 años, 14 pacientes con 16 años, 6 pacientes con 17, 7 pacientes con 18 años y 5 pacientes con 19 años así la media del grupo estuvo en 16 años con 14 pacientes (35%).

CUADRO 2
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

Nivel de escolaridad de la pacientes embarazadas	<i>absoluto</i>	Relativo
PRIMARIA INCOMPLETA	1	2.5%
PRIMARIA COMPLETA	9	22.5%
SECUNDARIA INCOMPLETA	6	15.0%
SECUNDARIA COMPLETA	12	30.0%
PREPARATORIA INCOMPLETA	8	20.0%
PREPARATORIA COMPLETA	4	10.0%
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta de adolescentes embarazadas, 2007.

En el cuadro 2 se observa que el 2.5 % cuenta con primaria incompleta, el 22.5% tienen nivel primaria completa, el 15% tienen secundaria incompleta, mientras que el 30% cuenta con secundaria completa siendo el porcentaje mas alto entre las pacientes. El 20% curso con preparatoria incompleta y solo el 10 % cuenta con preparatoria completo.

CUADRO No 3 DISTRIBUCIÓN DE LA RELIGION DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

Religión que practican las pacientes	<i>Absoluto</i>	Relativo
NINGUNA	3	7.5%
CATOLICA	34	85.0%
BLIBLICA EVANGELICA	3	7.5%
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta de adolescentes embarazadas, 2007.

En el cuadro No 3 se observa que el 7.5% de las pacientes no practican ninguna religión mientras que el 85% dicen practicar la religión católica. Así como el restante 7.5% practica alguna religión bíblica evangélica

TABLA No4 NUMERO DE HIJOS

Numero de hijos que tienen las pacientes	<i>Absoluto</i>	Relativo
Uno	6	15.0%
Dos	3	7.5%
Tres	1	2.5%
No tengo aun	30	75.0%
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta de adolescentes embarazadas, 2007.

En cuanto al numero de hijos que las pacientes 6 ya tiene un hijo, 3 tiene dos, 1 tiene tres hijos y 30 son primigestas.

Tabla 5 Distribución del lugar de residencia de la población en estudio.

Lugar de residencia	Relativo
CIUDAD	55.0%
POBLADO	32.5%
RANCHERIA	12.5%
Total	100.0%

Fuente: Encuesta de adolescentes embarazadas, 2007.

Se evaluaron 40 pacientes embarazadas de las cuales el 55% tienen su lugar de residencia en la ciudad, el 32.5% en poblado y el 12.5% en rancharía.

Tabla 6 Distribución de la ocupación de la población en estudio

Ocupación de la población	<i>Absoluto</i>	Relativo
HOGAR	28	70.0%
ESTUDIANTE	9	22.5%
TRABAJO	2	5.0%
COMERCIANTE	1	2.5%
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta de adolescentes embarazadas, 2007.

Se evaluaron 40 pacientes embarazadas de las cuales 28 se dedican a labores del hogar; 9 son estudiantes aun, 2 son trabajan y solo 1 es comerciante.

Para darle salida al objetivo específico No 1. Determinar el nivel de conocimiento sobre embarazo en embarazadas de 12 a 19 años, se obtuvieron los siguientes resultados.

TABLA No 7. Distribución de mejor edad para embarazarse según la población en estudio.

Edad para embarazarse	<i>Absoluto</i>	Relativo
Antes de los 20 años	10	25.0%
Después de los 35 años	1	2.5%
Entre los 20 y 35 años	28	70.0%
No lo sé	1	2.5%
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta de adolescentes embarazadas, 2007.

De las 40 pacientes encuestadas 10 consideran que la mejor edad para embarazarse es antes de los 20 años, 1 contestó después de los 35 años; 28 consideran la edad entre los 20 y 35, y solo 1 no lo sabía es evidente que estas adolescentes tienen desconocimiento sobre la edad adecuada para poder iniciar un embarazo sin riesgo. Sin embargo el 70% tiene conocimiento de la edad adecuada para un embarazo sin riesgo

TABLA No 8. Distribución del tiempo recomendable entre los embarazos para cuidar la salud de la mujer.

Tiempo recomendable entre embarazos	<i>Absoluto</i>	Relativo
Un año	3	7.5%
Dos años	11	27.5%
Tres años y mas	24	60.0%
No se	2	5.0%
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta de adolescentes embarazadas, 2007.

De las 40 pacientes encuestadas 3 refieren que un año es recomendable dejar entre un embarazo y otro mientras que 11 refieren dos años; 24 refieren que tres años y más sería el tiempo recomendable entre dos embarazos para cuidar la salud de la mujer, contestando 2 que no lo saben.

TABLA No 3. Distribución del reconocimiento de los problemas que se pueden presentar durante el embarazo o las señales de alarma según la población en estudio.

Reconocimiento de señales de alarma durante el embarazo		<i>Absolut</i> <i>o</i>	Relativo
	Si	24	60.0%
	No	10	25.0%
	Nunca había escuchado eso antes	6	15.0%
	Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta de adolescentes embarazadas, 2007.

De las 40 pacientes encuestadas 24 dicen reconocer las señales de alarma que se pueden presentar durante el embarazo, 10 no lo saben y 6 de ellas nunca había escuchado el término señales de alarma durante el embarazo

TABLA No 4. Distribución de los signos de alarma que identifican durante el embarazo según la población en estudio

Signos de alarma que conozcas	<i>Absolut</i> <i>o</i>	Relativo
4 o mas signos de alarma	6	15.0%
3 o menos signos de alarma	34	85.0%
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta de adolescentes embarazadas, 2007.

De las 40 pacientes encuestadas 6 escribieron 4 o mas signos de alarma; 34 pacientes solo escribió 3 o menos signos de alarma, a pesar de que referían reconocer los signos de alarma.

TABLA No 5. Distribución de la importancia de asistir a revisión medica antes del embarazo según la población en estudio

Importancia de la revisión medica antes del embarazo		<i>Absolut</i> o	Relativ o
	Si es importante para mi	31	77.5%
	Si es importante para mi y mi pareja	9	22.5%
	Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta de adolescentes embarazadas, 2007.

De las 40 pacientes encuestadas 31 refirieron que si es importante para ella y su pareja mientras que 9 consideran que si es importante pero solo para ella sin tomar en cuenta a la pareja.

Para cubrir el objetivo específico No. 2 Identificar el conocimiento de métodos anticonceptivos en las embarazadas de 12 a 19 años, se obtuvo los siguientes resultados.

TABLA No 1. Distribución de donde se obtiene un método de planificación familiar según la población en estudio

Donde puede obtener un método.	<i>Absolut</i> <i>o</i>	Relativo
Farmacia	6	15.0%
Centro de salud	32	80.0%
No lo se	2	5.0%
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta de adolescentes embarazadas, 2007.

De las 40 pacientes encuestadas 6 señalaron que se puede obtener un método de planificación familiar en la farmacia y 32 lo obtiene del centro de salud y 2 pacientes no saben donde obtenerlo

TABLA No 2. Distribución de si se tienen relaciones sexuales sin algún método anticonceptivo existirá embarazo según la población en estudio

Tener relaciones sexuales sin un método anticonceptivo existirá embarazo		<i>Absolut</i> <i>o</i>	%
	Si	34	85.0
	No	4	10.0
	Nunca pensé en eso	2	5.0
	Total	40	100.0

Fuente: Encuesta de adolescentes embarazadas, 2007.

De las 40 pacientes encuestadas 34 refiere que si puede existir embarazo sin método anticonceptivo; 4 no cree que pueda existir embarazo si se tienen relaciones sexuales sin método anticonceptivo, y 2 nunca pensaron en eso.

TABLA No 3. Distribución de conocimiento de la anticoncepción de emergencia según la población en estudio

Conocimiento de la anticoncepción de emergencia		<i>Absolut</i> <i>o</i>	Relativo
	Si	10	25.0%
	No	22	55.0%
	Nunca lo había escuchado antes	8	20.0%
	Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta de adolescentes embarazadas, 2007.

De las 40 pacientes encuestadas 10 refieren que si conocen la anticoncepción de emergencia; 22 refieren desconocerlo y 8 nunca habían escuchado de la anticoncepción de emergencia antes.

TABLA No 4. Distribución de que utilidad tienen los métodos de planificación familiar según la población en estudio

Utilidad que tienen los métodos de planificación familiar	<i>f</i>	%
No lo se	3	7.5%
Para evitar embarazos	26	65.0%
Para evitar enfermedades de transmisión sexual	3	7.5%
Para evitar embarazos enfermedades de transmisión sexual	8	20.0%
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta de adolescentes embarazadas, 2007.

De las 40 pacientes encuestadas 3 desconocen la utilidad de los métodos anticonceptivos; 26 refieren que solo son para evitar embarazos, solo 3 refieren que sirven para evitar enfermedades de transmisión sexual; 8 contestaron que la utilidad que tienen los métodos de planificación familiar son para evitar embarazos y enfermedades de transmisión sexual.

TABLA No 5. Distribución del conocimiento de métodos de planificación según la población en estudio

Métodos de planificación familiar que conozca	<i>Absoluto</i>	Relativo
3 o mas métodos de planificación	29	72.5%
2 o menos métodos de planificación	11	27.5%
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta de adolescentes embarazadas, 2007.

De las 40 pacientes encuestadas 29 conocen tres o más métodos de planificación familiar mientras que 11 pacientes conocen al menos dos métodos de planificación.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio encontramos que el grado de conocimiento de embarazo es casi nulo y el adolescente si sabe donde puede obtener un método anticonceptivo, cuales opciones tiene y para que sirven, pero no lo utiliza al momento de tener la relación sexual ya sea planeada o fortuita. El adolescente cuenta con el apoyo de platicas sobre métodos de planificación familiar en la escuela y por parte del centro de salud a lo largo de su adolescencia ya que se dan desde el sexto grado hasta el ultimo grado de bachillerato, para la población que no acude a escuelas o esta fuera del sistema educativo no recibe este tipo de información, quedándose solo con lo que recibe de los medios de comunicación, en cuanto a la información de embarazo no se da tanto énfasis por parte del sistema educativo; el equipo de salud se da platica de este tipo a personal becario del programa de desarrollo social "oportunidades". Cabe mencionar que la mayor información de este tema la obtienen cuando se encuentra la adolescente o el adulto embarazada. Esto es similar a los resultados de Ayala y García que encontraron en un estudio del 2001 ⁽¹⁸⁾ una asociación entre la falta de conocimiento del embarazo, el padre o la madre sin primaria concluida para factor de riesgo de embarazo en adolescentes; el conocimiento muy bajo de embarazo observado, esta relacionado con el nivel académico bajo que dificulta la educación y la comunicación en la familia acerca de estos temas; así mismo, las platicas y talleres de promoción realizados por el personal de la secretaria de salud que se enfocan al conocimiento acerca de métodos anticonceptivos pero no de la misma forma al embarazo, los riesgos y complicaciones que pueden desarrollarse por un embarazo en adolescente. Considero que también la inexperiencia, la relación fortuita sin una preparación previa ni compromisos sociales que rodean a la actividad sexual que predomina en la adolescencia justifica el resultado que encontramos, es necesario profundizar mas en las motivaciones que propician estas relaciones, y que podría ser tema de investigación para su conocimiento ⁽¹⁸⁾

Para la investigación hecha por Ruiz Santillán, ⁽¹⁹⁾ se encontró que el desconocimiento de métodos anticonceptivos como un factor de riesgo para el embarazo y enfermedades de transmisión sexual siendo el inicio de vida sexual a los 14 años y sacando un promedio a los 15 años , en la zona nororiente del Perú, y encuestaron 986 adolescentes ente 11 y 19 años, Por lo tanto estamos de acuerdo con el ya que en nuestro estudio encontramos que el inicio de la practica sexual en nuestro municipio fue desde los 13 años , pero diferimos en que nuestros adolescentes conocen los métodos pero no los utilizan, para protección de embarazo ni protección de enfermedades de transmisión sexual.

Consideramos que se remarca en estos estudio el hecho de generar un circulo vicioso entre embarazo en adolescentes y transmisión de pobreza a la siguiente generación por falta de educación y recursos materiales, además del riesgo de la muerte materna por causas asociadas al mismo embarazo, parto y puerperio.

Sigue siendo punto importante en la platicas educativas el hecho de impartir temas como autoestima, autoconcepto, autoconocimiento, autorespeto los cuales darán a conocer al adolescente la importancia de si mismo y la importancia que tiene para el país como la generación próxima a formar parte de la fuerza de trabajo y el desarrollo del mismo, ya que en la actualidad la mujer es parte importante en la fuerza laboral en cualquier parte del mundo.

El estudio que lleva por titulo Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población de 15 a 44 años del área urbana, Cunduacán. Tabasco 2005, ⁽²⁰⁾, Se encuentra el grupo de edad que menos usa métodos anticonceptivos son entre los 15 a 19 años resultando contraproducente por la influencia de embarazos precoces y sus repercusiones; se tomo una población joven el 21.4% son adolescentes predominando sexo femenino con el 531% y el 68.3% tiene pareja estable, Existe baja utilización de métodos anticonceptivos en adolescentes en general y población sin pareja estable principalmente mujeres. Con nuestro estudio se puede comparar que la población adolescente se encuentra en riesgo

en dos municipios de nuestro estado al igual que es una población en riesgo para enfermedades de transmisión sexual como para embarazos no deseados.

Considero que los programas de educación sexual y métodos de planificación deben integrar la comunicación de acuerdo al contexto sociocultural que se maneje en ese grupo de edad, de región y de población, ya que los valores cambian de una población a otra aun siendo del mismo estado o municipio, para podernos dirigir hacia estos adolescentes y poder impactar con el hecho de saber que es un embarazo y sus riesgos aumentados en la adolescente embarazada. Impactar en la decisión de usar algún método de planificación en el adolescente cuando se presente la oportunidad de una relación sexual fortuita e inesperada, aun siendo mujer.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio se encontró que el 70% de las adolescentes consideran la mejor edad para embarazarse entre los 20 y 35 años, mientras que el 2.5 % lo desconoce; el 60% considera que se debe dejar entre un embarazo y otro un promedio de tres años o mas , el 60% de las paciente dicen reconocer los signos de alarma durante el embarazo mientras que el 15% nunca lo había escuchado antes, al anotar los signos de alarma solo el 15% reconoce mas de 4 signos de alarma mientras que el 85% conoce menos de tres o ninguno.

Estos resultados reflejan que se debe poner mayor énfasis en el teme de embarazo y sus riesgos mayores para un adolescente, pues se da platica de embarazo a mujeres ya embarazadas pero no a los adolescentes o a mujeres en edad fértil las cuales están en riesgo de embarazarse o desean embarazarse, ya que es la población que debe conocer mas acerca de este tema.

Por lo que respecta a las complicaciones y signos de alarma obstétricos no se tienen conocimiento de estos pues si se mencionan en alguna capacitación no se a encontrado la forma de cómo impactar o la forma didáctica para que las adolescentes o las mujeres embarazadas logren conservar esta información , considero que puede realizarse un proyecto para probar diferentes métodos didácticos los cuales cumplan con el objetivo principal de hacer recordar los signos de alarma obstétrica y como consecuencia una mejor respuesta por parte de la paciente embarazada ante cualquier dato de alarma que ella perciba haciendo como resultado una disminución en la detección a destiempo o solo cuando se encuentra en su cita de control, ya que las adolescentes cuentan con mas riesgo para presentar este tipo de patologías por el mismo embarazo a esta edad temprana.

Se encontró en las encuestas aplicadas que la población de adolescentes embarazadas conocen los métodos de planificación familiar pero no los utilizan en

el momento de las relaciones sexuales inclusive conocen el riesgo de tener una relación sin protección (uso de preservativo) como las enfermedades de transmisión sexual y/o SIDA que pueden contraer. Esto nos muestra que es deficiente la información que se proporciona a la población adolescente en cuanto a que es un embarazo, edad adecuada para embarazarse así como sus complicaciones y la identificación de signos de alarma obstetricia en cualquier trimestre de la gestación.

Es necesario promover la toma de decisiones libre y responsable entre los adolescentes respecto a la práctica sexual, de tal manera que los métodos anticonceptivos los perciban como un beneficio para evitar embarazos no deseados, pudiendo así ejercer una sexualidad libre y responsable.

Se debe implementar en las platicas con adolescentes diversas técnicas didácticas o talleres para impactar en el beneficio de los métodos de planificación familiar (uso de condón) siendo este método el de mas fácil obtención dentro de los centros de salud, la secretaria de salud a implementado programas como el VIH/SIDA dentro del cual se proporcionan condones a la población abierta y a la población que se encuentra en riesgo de una enfermedad de transmisión sexual y VIH.

Las adolescentes inclusive saben en donde pueden adquirir los métodos anticonceptivos, sin embargo existen deficiencia en cuanto a la información sobre el método de anticoncepción de emergencia (la pastilla del día siguiente) ya que la mayor parte de la población estudiada desconoce esta opción.

Tomando en cuenta los resultados de esta encuesta en este apartado, la pastilla del día siguiente o la anticoncepción de emergencia a tenido poca divulgación o poco interés dentro de las platicas realizadas en los centros de salud, nosotros sugerimos que se de una platica o capacitación en la cual solo debemos hablar de la anticoncepción de emergencia su uso y sus posibilidades para evitar un

embarazo no deseado después de una relación sexual no planeada. Dando otra opción clara y fácil de obtener para el adolescente que considerara el riesgo inminente de quedar embarazada o así sospecharlo

Son similares los estudios en el desconocimiento de la utilidad de los métodos anticonceptivos, el inicio de la actividad sexual tempranamente se reflejada en la media de la población que es de 14 a 16 años de edad. Son diferentes a que en este estudio se contó con madres adolescentes con un hijo y más dando una idea de que no se ha sensibilizado a esta población de las complicaciones y consecuencias de un embarazo en edad adolescente.

En este estudio se aporta la característica de que ya se encuentran adolescentes con un embarazo y la problemática de aumentar el número de integrantes a la familia para su mantenimiento agrava la situación económica y disminuye la posibilidad o la oportunidad educativa de las descendencia, como ya se sabe por otros estudios se obstaculiza o se limita la obtención de un nivel educativo y económico satisfactorio y retarda la inserción laboral o productiva de la madre a un medio muy competitivo para el nivel en que se encuentra la mayoría adolescentes, se condena a las madres a recibir un nivel de ingreso muy bajo y las convierte en agente de transmisión de la pobreza ala siguiente generación repitiendo el ciclo nuevamente.

Consideramos que debido a que la actividad educativa influye en la toma de conciencia de los Problemas relacionados con la sexualidad y el asumo de responsabilidades de su conducta sexual, mas no en las actitudes hacia la sexualidad.

En la última década se han realizado diversos estudios revelando que los programas más eficaces para una buena respuesta en la población adolescente con los que no solo se limitan a la información de salud reproductiva, si no también los que ayudan al adolescente a mejorar sus técnicas de comunicación y negociación con sus mismos compañeros.

RECOMENDACIONES

Consideramos que dentro de las platicas o capacitaciones que se dan a la población adolescente que manejamos como secretaria de salud, los cuales los encontramos la mayoría en primaria, secundaria y bachillerato, implementar temas que ayuden al adolescente a la toma de decisiones mas conveniente para su contexto sociocultural.

Recomendando a capacitar al personal de salud que esta en contacto con esta población acerca de temas como autoestima, mitos y prejuicios de los métodos anticonceptivos y embarazo.

El tema de selección de pareja la cual ayudara a saber las necesidades y valores que cada adolescente va formando, temas como roles de género mitos y prejuicios del genero y sexo, son de vital importancia para obtener el impacto necesario dentro de esta población en riesgo la cual va en aumento su número de embarazos en adolescencia a nivel mundial.

Otros temas de importancia para la formación en el adolescente que tiene repercusión en esta etapa son la violencia, infidelidad, machismo y la homosexualidad ya que como característica común se pueden presentar en familias las cuales su elección no a sido la que esperaba o van desarrollándose por múltiples frustraciones a diversos niveles tanto económico, intelectual, social, psicológico, cultural, religioso entre los más destacados y el ciclo vital familiar se ve amenazado o en equilibrio patológico por parte de los padres haciendo repercusión en el subsistema paterno y este a su vez lo refleja en su sintomatología de somatización, al igual que todos los integrantes de la familia para dar una salida a estos problemas que no se les encuentra resolución por parte del núcleo familiar que son en ocasiones tan comunes en algunas regiones de nuestro país y de nuestro continente.

Bibliografía:

1.-Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada José Luis Rancel, L Valerio, J Patiño, M García. Rev. Fac. Med. UNAM Vol 47 No 1 Enero- Febrero- 2004 pp 24-26

2.-Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal Héctor Rafael Sánchez, Gustavo Pérez Toga, Pedro Pérez Rodríguez Rev. Med. IMSS 2005 43 (5) pp 337-380

3.-Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un modulo de alto riesgo Victorio Cueva Arana Jesús Fernando Loera Guerra, Rosa María Chumacera López Rev. Med IMSS 2005 43 (3) pp267-271.

4.-Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes Carreon-Vásquez J, Mendoza Sánchez, Pérez-Hernández, Gil-Alfaro, Soler-Huerta Archivos de Medicina Familiar Vol. 6 Núm. 3, Septiembre-Diciembre 2004 pp. 70-73

5.- López Guillermo, Z, Joao Yuñez, Solís José antonio, Abdel R.Omian. Salud reproductiva en las ameritas, OPS/OMS 1997/ UNFPA 1ª EDICION cap. 5, 6,7 pp. 96-124,132,158-172

6.-Factores familiares asociados a embarazos en un grupo de adolescentes mexicanas. Juarez-Marquez, Murillo-Gomez,Avila- Jiménez Arch Med Fam 2003;5(4):118-122

7.-Natalidad y riesgo reproductivo en adolescente en Chile, 1990-1999 Enrique Inoso Siña, Jorge Becker Valdivieso, Luis Villaroel del Pino Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 14 (1) 2003pp 3 – 8.

8.-Abortion, contraceptive use, and adolescent pregnancy among first year medical students at a major public university in Mexico City Driana Ortiz Ortega, Guadaupe Garcia de la Torre, Fernando Galvan, Patricia Cravioti, Francisco Paz, Cluadia Diaz-Olavarrieta, Charlotte Ellerston, Alejandro Cravioto-Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 14 (2) 2003pp 125 – 130.

9.-Risk factors for childbearing during adolescence in a population-based birth cohort in southern Brazil Denise P Gigante, Cesar G Victoria, Helen Goncalves, Rosangela C Lima. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 16 (1) 2004 pp 1 – 10

10.- Socio economicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. Carmen Elisa Flores Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 18 (6) 2005 pp 388 – 402

11.-Salud sexual y reproductiva en adolescents del area rural. Daniel Jacobo Yamada, Manuel Herrera Castro, Fausto Cota Cárdenas, Mario Núñez Martínez, René Guzmán Osuna. Rev Med IMSS 2002 40 (2) pp137-143

12.-Las múltiples formas de violencia familiar. Juan Manual Saucedo García Rev Med IMSS 2002 40 (4) pp227-279

13.-El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en America Latina y el Caribe Ana Langer Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 11 (3) 2002 pp 192 – 204

14.-Anticoncepción y reproducción. Consecuencias para la salud de mujeres y niños en el mundo en desarrollo. Edit Panamericana Buenos Aires 1990. Autor comité on Polution National Rescaron , Washington DC USA Cap 7 pp 88-96

15.-Atención Primaria en Pediatría 4ta Edición Vol 1 España 2003 Autor Robert A Hoekelman , Henry M Acam, Nicholas M Nelson, Michael c. Weitman. Editoril Mosby Inc. Edtions Harcourt Pp 425-442.

16. Cámara de diputados del H. Congreso de la unión. Ley General de Salud, última reforma DOF 28-06-2005. [Citado 16 de Marzo 2006]. Disponible en : www.cddhcu.gob.mx/LeyesBilbio/pdf/142.pdf.

17. The world medical association. Declaration of Helsinki. [citado 16 de marzo 2006]. Disponible en: www.wma.nte/e/policy/b3.htm.

18 Factores socio económicos, y culturales relacionados con el embarazo en adolescentes de una comunidad. Salud en Tabasco,Ayala, Gracia, Junio, año 2001/Vol. 7 numero 002, secretaria de salud del estado de Tabasco, Villahermosa ,México ,pp395-397.

19.- Conducta sexual y reproductiva de los adolescentes impacto de la aplicación de programas integrales. Ruiz Santillán, revista de estudios sobre juventud, año 7, numero 18, México DF. enero –junio 2003 pp 158-183.

20.-Mercadotecnia en salud. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población de 15 a 44 años del área urbana, Cunduacàn. Vázquez Jiménez Alma Luz, Suárez Lugo Nery; Horizonte sanitario Vol 5 No2 Mayo-Agosto 2006 ,

21.- Desarrollo psicológico (escuela de padres. tema 1).Brusa Margherita, Bonet Luna Concha. www.aepap.org .Web de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.Febrero 2004.

22.- Talleres comunitarios para el cuidado de la salud . Guías didácticas. Secretaría de Salud México 2005. Programa de desarrollo humano Oportunidades. Tema 5 adolescencia y sexualidad; Tema 6: Planificación Familiar; Tema 7:Maternidad sin riesgos; Tema 8:Embarazo.

ANEXOS

Anexo A. Carta de consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO
JURISDICCION SANITARIA NUMERO ONCE JONUTA, TABASCO
CAAPS JONUTA TABASCO.

Por este medio le invito a participar en este estudio de investigación con la finalidad de conocer los factores culturales para el embarazo en adolescentes en el municipio de Jonuta , Tabasco del mismo modo le comunico que los datos que de el se obtengan se mantendrán en el anonimato.

Atte.

Dr. Yescas Esquivel Bernardo Erick

Investigador

Nombre y firma del paciente

Testigo

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que me entreviste un empleado de la Secretaria de Salud. Entiendo que la entrevista formará parte de un estudio sobre los usuarias con la finalidad de conocer los factores culturales para el embarazo en adolescentes en el municipio de Jonuta , Tabasco

Entiendo que seré entrevistada en el centro de salud comunitario y o en mi domicilio en los horarios que me convengan. Se me harán algunas preguntas acerca de mis conocimientos en métodos de planificación familiar así como el nivel socioeconómico que tengo y mi uso de los servicios de salud.. La entrevista durará 30 minutos. También estoy enterada de que el investigador puede ponerse en contacto conmigo en el futuro, a fin de obtener más información.

He concedido libremente esta entrevista. Se me ha notificado que es del todo voluntaria y que aun después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o decidir darla por terminada en cualquier momento. Se me ha dicho que en ninguno informe de este estudio se me identificará jamás en forma alguna. También se me ha informado de que tanto si participo como si no lo hago, o si me rehúso a responder alguna pregunta, no se verán afectados los servicios de salud que yo o cualquier miembro de mi familia puedan necesitar.

Este estudio contribuirá a entender mejor los factores culturales predisponentes para el embarazo en mujeres adolescentes en el municipio de Jonuta. Tabasco. Sin embargo, yo no recibiré un beneficio directo como resultado de mi participación. Como compensación con cualquier esfuerzo, molestia o costo monetario relacionado con mi participación en este estudio no recibiré ningún beneficio económico por lo tanto la entrevista que concederé será totalmente gratuita.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que el medico general responsable del centro de salud comunitario, es la persona a quien debo buscar en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos como participante.

Fecha_____

Firma de la entrevistada

Firma del entrevistador

Anexo B. Cuestionario de embarazadas adolescentes 2007.

**SECRETARIA DE SALUD EL GOBIERNO DEL ESTADO DE TABASCO
JURISDICCION SANITARIA 11 JONUTA TABASCO
TRABAJO DE INVESTIGACION: "CONOCIMIENTO DE EMBARAZO Y METODOS
ANTICONCEPTIVOS EN EMBARAZADAS DE 12 A 19 AÑOS"**



CUESTIONARIO

Instrucciones:

Antes que nada queremos agradecer su disposición para contestar este cuestionario, le solicitamos que lea detenidamente las preguntas y conteste con la mayor sinceridad posible, indicando con una X o el número correspondiente a su pregunta.

I. Datos generales

1. Edad : _____

2. Domicilio () 1.Ciudad 2. Poblado 3.Ranchería

3. Mi ocupación es : ()

1.El hogar 2.Estudiante 3.Trabajo 4.Cuidar algún familiar

5. Comerciante

4.Escolaridad ()

1.Primaria incompleta 2.Primaria completa 3.Secundaria incompleta

4.Secundaria completa 5.preparatoria incompleta 6.preparatoria completa

5. Religión ()

1. Ninguna 2. Católica 3. Bíblica evangélica (Pentecostés, adventistas del séptimo día, Presbiteriana) Asamblea de Dios, Cristiana) 4. Bíblica no evangélica (mormones, testigos de Jehová)

II. Sobre conocimiento acerca del embarazo

6.- ¿Qué es el embarazo?

7.- Cuantos hijos tienes ()

1. Uno 2. Dos 3. Tres 4. Cuatro 5. No tengo aun

8.- ¿Cuál consideras que es la mejor edad para embarazarse?

1. antes de los 20 años 2. después de los 35 años 3. entre los 20 y 35 años
4.-no lo se

9.- ¿Cuánto tiempo es recomendable dejar entre dos embarazos para cuidar la salud de la mujer y el bebe?

1.- UN AÑO 2.- DOS AÑOS.....3.- TRES AÑOS y MAS 4.- NO SE

10.- Sabes reconocer los problemas que se pueden presentar durante el embarazo o las "señales de alarma"

1.- SI 2.- NO 3.- Nunca había escuchado eso antes

11.- Escribe los signos de alarma que conozcas

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 6.- _____
- 7.- _____
- 8.- _____

12.- Consideras que es importante asistir a revisión médica antes del embarazo

- 1., No es importante 2.- Si es importante para mi 3.- Si es importante para mi y mi pareja

III Conocimiento acerca de planificación familiar

13.- ¿Qué es la planificación familiar?

13. ¿Menciona algunos métodos de planificación familiar que conozcas ()

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____

14. ¿Sabes donde o como obtener un método de planificación familiar?()

1. Farmacia 2. Centro de salud 3. Con mis amigos 4. No lo se

15- ¿Si tienes relaciones sexuales sin algún método anticonceptivo crees quedar embarazada? (...)

1.- No se 2. SI 3.NO.....4.Nunca pensé en eso

16.- ¿Conoces la anticoncepción de emergencia? (... .)

1.- SI 2.- NO 3. Nunca lo había escuchado antes

17.- ¿Que utilidad crees que tienen los métodos de planificación familiar?

1,. No lo se 2.- Para evitar embarazos 3.- Para evitar enfermedades de transmisión sexual
4.- Para evitar embarazos y enfermedades de transmisión sexual