



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**

**PROYECTO DE VIDA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS RELACIONADO
CON SU SATISFACCION VITAL Y ASPECTOS PSICOSOCIALES,
DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 20**

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA
DRA. LAURA ARACELI SORIANO DE LA GARZA**

**TUTORA
DRA. SANTA VEGA MENDOZA**

GENERACIÓN:

2015 – 2018

CIUDAD DE MÉXICO, 2017





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.

TUTORA:

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACION
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 20 IMSS.**

Vo. Bo.

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 20 IMSS.**

Vo. Bo.

**DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORD. CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 IMSS.**

AGRADECIMIENTOS

A **Dios** por las bendiciones recibidas, a **mi familia** (Mamá, Papá, hermanos) por su apoyo en todos mis proyectos, a **mi pareja** por su paciencia y comprensión, a **mis amigas** que se han vuelto hermanas, por los momentos compartidos y su verdadera amistad, a **mis tutoras** por sus enseñanzas y ser una guía durante este camino, a **mi lindo Amadeus** por su alegría y amor incondicional y a **MUSAS AC** por su profesionalismo, ya que gracias a su excelente preparación he logrado superar lo que creía insuperable. Gracias vida por permitirme estar aquí. No fue fácil, pero valió la pena.



Si tienes una actitud positiva y te esfuerzas constantemente para dar tu mejor esfuerzo, con el tiempo vas a superar tus problemas inmediatos y encontrarás que estás listo para retos mayores.

Pat Riley

INDICE

RESUMEN	
TITULO	
INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
OBJETIVOS	11
HIPOTESIS	12
MATERIAL Y METODOS	13
RESULTADOS	26
DISCUSION	40
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	46
BIBLIOGRAFIA	47
ANEXOS	52

**PROYECTO DE VIDA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS RELACIONADO
CON SU SATISFACCIÓN VITAL Y ASPECTOS PSICOSOCIALES
DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**

Soriano-De La Garza LA¹; Vega-Mendoza S²

1. Residente del curso de especialización en Medicina Familiar UMF20, IMSS
2. Médico Familiar, profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF20, IMSS

El embarazo es considerado como una situación problemática que puede afectar el bienestar y la adaptación de la adolescente a su nuevo rol materno. **Objetivo:** Determinar el proyecto de vida de adolescentes embarazadas relacionado con su satisfacción vital y aspectos psicosociales. **Método:** Estudio transversal analítico en todas las embarazadas adolescentes bajo consentimiento informado del padre o tutor y propiamente de la embarazada se aplicó encuesta conformada por datos generales, Escala de satisfacción vital, Cuestionario de Autoevaluación Prenatal (Adaptación del PSQ) para aspectos psicosociales y Escala de Evaluación del Proyecto de Vida de García (2002). **Resultados:** Las adolescentes con buena planeación de proyecto de vida 76.2 % tenían de 17 a 19 años de edad (16), 38.1% secundaria completa (8), 52.4% no estudiaban (11), 52.4 % amas de casa (11), 57.1% vivían en unión libre (12), 100% con apoyo familiar (21), 42.9% estaban altamente satisfechas (9), 85.7% presentaron mayor adaptación psicosocial (18), 100% tenían metas a corto y largo plazo (21). Resulto con significancia metas a corto plazo ($p=0.001$), mayor adaptación psicosocial ($p=0.007$), alta satisfacción vital ($p=0.090$), apoyo de los suegros ($p=0.086$). **Conclusiones:** Las adolescentes con más redes de apoyo son las que presentaron altos niveles de satisfacción vital, adaptación psicosocial, y tuvieron buena planeación del proyecto de vida.

Palabras clave: Proyecto de Vida, satisfacción vital, aspectos psicosociales, adolescente, embarazo.

PROJECT OF LIFE OF PREGNANT ADOLESCENTS RELATED TO THEIR VITAL SATISFACTION AND PSYCHOSOCIAL ASPECTS

Soriano-De la Garza LA¹; Vega-Mendoza S²

1. Resident of specialization course in Family Medicine FMU20, IMSS
2. Family Doctor, Assistant professor of specialization course in Family Medicine FMU20, IMSS

Pregnancy is considered as a problematic situation that can affect the well-being and the adaptation of the adolescent to its new maternal role. **Objective:** To determine the project of life of pregnant adolescents related to their vital satisfaction and psychosocial aspects. **Method:** A cross-sectional study of all pregnant adolescents under informed consent of the father or guardian, and of the pregnant woman, a survey was conducted with general data, Life Satisfaction Scale, Prenatal Self-Assessment Questionnaire (PSQ Adaptation) for psychosocial aspects and Project of Life of Garcia (2002). **Results:** Of the adolescents with good life planning, 76.2% were 17 to 19 years old (16), 38.1% were full secondary (8), 52.4% did not study (11), 52.4% were housewives (11), 57.1% lived in free union (12), 100% had family support (21), 42.9% were highly satisfied (9), 85.7% had greater psychosocial adaptation (18), 100% had short- and long-term goals (21). It resulted with significant short-term goals ($P = 0.001$), greater psychosocial adaptation ($P = 0.007$), high vital satisfaction ($P = 0.090$), support of the in-laws ($P = 0.0086$). **Conclusions:** Adolescents with more support networks were those that presented high levels of life satisfaction and psychosocial adaptation, and had a good planning of their life project

Keywords: Project of Life, vital satisfaction, psychosocial aspects, adolescent, pregnancy.

**PROYECTO DE VIDA DE ADOLESCENTES
EMBARAZADAS RELACIONADO CON SU SATISFACCIÓN
VITAL Y ASPECTOS PSICOSOCIALES
DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR 20**

Proyecto aceptado comité

No. Registro: R-2017-3516-22

INTRODUCCION

El embarazo en adolescentes en el ámbito mundial, es considerado un problema emergente de salud pública y representa además, un problema social por las graves consecuencias médicas, psicológicas, económicas y demográficas que provoca. A esto, se suma no sólo su incidencia creciente, sino también, el hecho de que ocurra a edades cada vez más tempranas. Se calcula que de forma global que en 2012 se registraron 1,3 millones de muertes de adolescentes, la mayoría de ellas por causas que se podían haber evitado o tratado. En nuestro país datos de la ENADID 2014, muestran que de los nacimientos ocurridos en el trienio 2011-2013, siete de cada 10 se dieron entre las mujeres de 15 a 29 años de edad. Uno de cada seis fue de una adolescente de 15 a 19 años de edad.

La adolescencia representa una etapa de incertidumbre, de establecer un proyecto de vida, de sueños, de vínculos fuertes y al mismo tiempo ser independientes. Así mismo, la adolescencia es un tiempo para desarrollar conocimientos y habilidades, aprender a manejar las emociones y las relaciones, y adquirir los atributos que serán fundamentales para disfrutar de los años de la adolescencia y en futuro muy cercano asumir roles adultos.

Por lo tanto, el embarazo en la adolescente es una crisis que se superpone a la crisis propia de esta etapa y que afecta su salud física, emocional, e impacta en su educación, proyecto de vida, relaciones sociales y culturales, su economía entre otros aspectos.

Esta situación del embarazo adolescente como problema de salud pública, requiere que se realicen investigaciones al respecto, es por ello que se realiza este estudio, el cual tienen como propósito conocer las condiciones físico – psicosociales de las adolescentes embarazadas y como esto ha influenciado en su proyecto de vida, satisfacción vital y adaptación psicosocial.

MARCO TEÓRICO

La palabra adolescente proviene del latín “*adolecere*” que significa crecer o madurar. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) adolescencia se define como el "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica", y son personas con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años¹; es decir, la segunda década de la vida, y la divide en 2 periodos: adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años de edad). ¹

La adolescencia representa una etapa de incertidumbre, de establecer un proyecto de vida, de sueños, de vínculos fuertes y al mismo tiempo ser independientes. Así mismo, la adolescencia es un tiempo para desarrollar conocimientos y habilidades, aprender a manejar las emociones y las relaciones, y adquirir los atributos que serán fundamentales para disfrutar de los años de la adolescencia y en futuro muy cercano asumir roles adultos.²

En general se considera que los adolescentes son un grupo sano. Sin embargo, muchos mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables. Durante esta etapa los adolescentes son más vulnerables a problemas de salud mental (depresión, suicidio), adicciones, violencia, traumatismos involuntarios, problemas nutricionales (malnutrición u obesidad), y en el área sexual y reproductiva se ven más expuestos a embarazos precoces y enfermedades de transmisión sexual.³

En medio de todos estos cambios, ideales y de exploración de su cuerpo y de su entorno, se intensifica el tema de la sexualidad, que resulta ser un tema de interés para los y las adolescentes, especialmente en las relaciones de pareja. Y es precisamente, el inicio temprano de la sexualidad lo que conlleva el riesgo del embarazo precoz.

Perkal et al, define al embarazo adolescente como aquel que se produce entre los 10-19 años, independientemente de la edad ginecológica. ⁶

De estos embarazos adolescentes se ha observado que un 60% ocurren dentro de los primeros 6 meses de inicio de las relaciones sexuales, del 73-93% de las adolescentes embarazadas son primigestas y un 60% de las primigestas adolescentes vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes.⁶

Una adolescente embarazada se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando. El embarazo no la hace madurar a etapas posteriores.

Otros autores (Montenegro y Pacheco), definen al embarazo adolescente como aquel que ocurre dentro de los primeros dos años de edad ginecológica (tiempo transcurrido desde la menarquía) y/o cuando la adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar de origen.⁷

Las actitudes hacia el embarazo son pobremente entendidas, ya que un inadecuado uso de la contracepción puede ser resultado de actitudes ambivalentes o positivas hacia el embarazo y la maternidad tempranas, lo que sugiere que el porcentaje de embarazos verdaderamente no intencionados puede ser más bajo de lo que se cree.⁸

Por lo tanto los esfuerzos para prevenir o retrasar el embarazo en las adolescentes dirigidos a proveer el control de la concepción fallan si los/as adolescentes no están realmente interesados en evitar el embarazo.

Las razones que perpetúan este problema suelen ser una cuestión multifactorial basada en aspectos comportamentales, de tradición, sociales, culturales, religiosos, entre otros.⁸

DATOS ESTADISTICOS

Actualmente, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima que en México casi una de cada cinco personas tiene entre 10 y 19 años. Esto significa que en el país viven 22.4 millones de adolescentes. Prácticamente la mitad (11.3 millones) tienen de 10 a 14 años y 11.1 millones tienen entre 15 y 19 años de edad.⁴ Según reporta la ENSANUT a nivel nacional, la proporción de población de 12 a 19 años que ha iniciado su vida sexual pasó de 15% en 2006 a 23% en 2012.⁴

A nivel nacional, para 2014, 62.3% de las mujeres de 15 a 29 años inició su vida sexual, 49.4% de ellas no utilizó un método anticonceptivo durante su primera relación sexual.⁵

Datos de la ENADID 2014, muestran que de los nacimientos ocurridos en el trienio 2011-2013, siete de cada 10 se dieron entre las mujeres de 15 a 29 años de edad. Uno de cada seis fue de una adolescente de 15 a 19 años de edad.⁷

ACTITUDES HACIA EL EMBARAZO⁸

Las actitudes hacia el embarazo son pobremente entendidas, ya que un inadecuado uso de la contracepción puede ser resultado de actitudes ambivalentes o positivas hacia el embarazo y la maternidad tempranas.

El embarazo se produce en el marco de una relación romántica entendida como relación de apoyo. La pareja representa una fuente de afecto y compañía, y se

establece un compromiso que se asocia con fidelidad, respeto, reconocimiento de autonomía o sinceridad.

Las chicas valoran que él sea mayor que ellas (entre 1 y 9 años), con empleo y que los padres acepten la relación.

Todas conocen diferentes métodos anticonceptivos, aunque el preservativo es el más usado, dada la dificultad para acceder a otros que requieren una mayor planificación y control.

Pero el conocimiento de un método no implica su uso; así, la decisión de utilizar preservativo y cuándo hacerlo es planteada como compartida entre los dos miembros de la pareja, aunque la realidad muestra que la chica cede a las presiones de su pareja (revestidas de sentimientos y afectos), a quien no satisface el uso del preservativo.

FACTORES PREDISPONENTES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

FACTORES INDIVIDUALES

En el ámbito individual se han identificado: inicio temprano de vida sexual, generalmente antes de los 16 años, y sin utilización de anticonceptivos en la primera relación sexual, así como adicciones y toxicomanías. Otros factores son: haber sido víctima de abuso sexual, estar en unión libre y el deseo expreso de embarazarse.⁹

Dentro de este rubro se también se encuentran las siguientes variables: cognitivas (actitudes, expectativas, percepciones, creencias, perspectiva de tiempo futuro, conformidad con las normas sociales) y comportamentales (habilidades comunicativas para la resolución de problemas, la negociación, la toma de decisiones, la búsqueda de apoyo).

EDUCACIÓN

En cuanto a la educación, se ha identificado una baja escolaridad, aversión a la escuela y su abandono; además se señala una menor educación sexual en las adolescentes que se han embarazado.¹⁰

FACTORES FAMILIARES

De los factores familiares se encuentran: la repetición de patrones: madre y hermanas que se embarazaron durante la adolescencia; adolescentes que tienen un solo padre o que experimentan la ausencia de ambos; disfuncionalidad en las familias, hacinamiento, la baja escolaridad de ambos padres, adicciones y toxicomanías en algún miembro de la familia.¹¹

FACTORES SOCIOCULTURALES

Desde el punto de vista social, los casos de embarazo en adolescentes predominan en el nivel socioeconómico bajo.

El contexto sociocultural en que se desenvuelven las adolescentes ejerce una gran influencia sobre la conducta sexual y reproductiva: en los significados que los y las jóvenes atribuyen a la masculinidad y la feminidad, en el rol que desempeña cada miembro de la pareja en los encuentros sexuales, y en la toma de decisiones sexuales y reproductivas de las chicas.

Plantean relaciones igualitarias, si bien de manera implícita se expresa una relación basada en estereotipos tradicionales de género, en la cual las chicas tienen menor capacidad para decidir cuándo y cómo mantener relaciones sexuales.¹²

FACTORES PROTECTORES

También se han encontrado factores protectores contra el embarazo precoz, ya que se ha encontrado que las adolescentes no embarazadas son estudiantes, tienen un proyecto de vida, tienen un empleo, pertenecen a una religión, participan en actividades extraescolares, poseen mayor información sobre sexualidad; además de que provienen de familias nucleares y funcionales con reglas familiares establecidas.¹³

INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN SEXUAL

La información sobre sexualidad se presenta dispersa y errónea. La familia no es un referente para este tema u ofrece información esencialista basada en la transmisión de miedos y tabúes, pero no en el fomento de relaciones saludables y sin riesgo. Tal vez el referente más cercano sea el ámbito educativo, pero las jóvenes que han abandonado los estudios podrían no haber recibido las sesiones informativas en la escuela, que otras chicas aún escolarizadas sí refieren. No obstante, mayoritariamente estas charlas son inexistentes, o no incluyen los contenidos demandados por la juventud, por lo que en la práctica, y ante la duda, se acude a fuentes informales (revistas, televisión, internet y conversaciones con amigas).¹⁴

DESEABILIDAD Y EXPERIENCIA DE UN EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Las creencias de las jóvenes sobre el embarazo no están definidas, y van descubriendo día a día qué significa la maternidad. Sus ideas están referidas básicamente a cambios físicos, pero no tienen en cuenta aspectos personales, sociales y laborales que ocurren durante y después del embarazo.

No se sienten responsables de su embarazo, o perciben que su responsabilidad es relativa, pues es algo que simplemente pasó, ante lo cual ellas no podían hacer nada. Atribuyen su embarazo al fallo del método anticonceptivo. Un tercio de las chicas deseaba el embarazo, el resto muestra una actitud de conformismo y resignación. Las jóvenes que deseaban el embarazo indicaron que su objetivo era tener un hijo/a, pero no argumentaron los motivos que las llevaron a tomar la decisión.¹⁵

Cuando comunican la noticia a su pareja perciben que se hace responsable y la pauta que se repite es delegar en ellos la decisión de continuar o no con el embarazo, y por tanto la responsabilidad de lo que pase posteriormente.

La posibilidad de abortar no tiene buena aceptación por respeto hacia el no nato y un sentido de responsabilidad ante sus actos. Comunicar la noticia a sus familiares es el paso más difícil en el proceso de toma de decisiones, pero supone un hito importante en la experiencia del embarazo, ya que una vez que lo han anunciado aprecian que todo es más fácil. Interpretan que tienen el apoyo de su entorno más cercano y que lo mantendrán tras el nacimiento de su hijo/a. A pesar del enfado, la preocupación y la sorpresa iniciales de los padres, se percibe un acercamiento progresivo entre las adolescentes y éstos, e incluso empiezan a generar expectativas favorables ante el nacimiento del nuevo miembro. El apoyo de las madres es un aspecto fundamental para sentir que su embarazo es aceptado. Con el paso del tiempo, el proceso de racionalización de los acontecimientos también aparece en las madres, que adoptan una actitud flexible y comprensiva con sus hijas.¹⁶

IMAGEN SOCIAL DE UN EMBARAZO ADOLESCENTE

Las jóvenes se sienten criticadas, pero no lo consideran un problema grave si perciben la aceptación de su entorno más cercano.

Las amigas apoyan su embarazo, y las que sugieren el aborto como opción dejan de considerarse como tales. El círculo de amistades comienza a estrecharse, como síntoma de la pérdida social que supondrá el nacimiento del hijo/a.¹⁷

BIENESTAR SUBJETIVO Y SATISFACCION VITAL EN LA ADOLESCENCIA

Tradicionalmente se ha considerado la adolescencia como un período de la vida especialmente problemático y conflictivo. Sin embargo, la conceptualización actual de la adolescencia a través de la psicología positiva, parte de una visión más optimista, considerando que los adolescentes no son problemas a ser resueltos, sino valiosos recursos en proceso de desarrollo.¹⁸

Este enfoque de desarrollo positivo pone énfasis en las necesidades del desarrollo y en las habilidades y actitudes que contribuyen a que los adolescentes se conviertan en personas adultas tanto responsables como capaces, y asume que todos los adolescentes tienen fortalezas y que éstas deben identificarse, edificarse y utilizarse por medio de intervenciones efectivas, ya que las fortalezas personales no sólo favorecen la adopción de conductas positivas, sino que alejan a las personas de conductas perjudiciales. Por lo tanto, resulta necesario incluir conceptos aportados por la Psicología Positiva, como felicidad, bienestar subjetivo y satisfacción con la vida, en el estudio de la adolescencia. Estos aspectos favorecen un adecuado desarrollo del proyecto de vida.¹⁹

La satisfacción con la vida corresponde al componente cognitivo del constructo de bienestar subjetivo, y generalmente se define como la evaluación general que una persona hace de su propia vida.

La Escala de Satisfacción con la Vida de Diener, es una de las escalas más utilizadas para medir el juicio cognitivo global sobre la propia satisfacción con la vida.²⁵

PROYECTO DE VIDA EN MUJERES EMBARAZADAS

La educación, la deserción y fracaso escolar son elementos fundamentales que impactan el futuro de los adolescentes, tanto en su formación y desarrollo, como en la adquisición de conocimientos y habilidades para el trabajo. La CONAPO (2009), afirma que cuatro de cada diez jóvenes que asistían a la escuela, desertan en proporciones prácticamente idénticas para hombres y mujeres, pero que cuando el adolescente tiene la visión de un Proyecto de vida, se tiene la posibilidad para sí mismo, de generar oportunidades tanto laborales como de estudio, en diversos campos estableciendo un clima propicio para su desarrollo y en consecuencia, favoreciendo generaciones de adolescentes para tener un mejor destino del que actualmente viva.²⁰

Por lo tanto, respecto al embarazo en los adolescentes, a menos que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados pero, si se considera al embarazo en la adolescente como un "problema", ello limita su análisis.²¹

En sus planes de futuro incluyen una vida marcada por su experiencia familiar y su socialización de género, acudiendo a la historia de vida de la madre como la ideal; convivir con su pareja, casarse en el momento oportuno, cuidar de sus hijos/as y ser felices.

El matrimonio se plantea como una meta no impuesta a medio o largo plazo. Sin embargo, la convivencia sí parece impuesta y sería el paso previo a la unión legal.²²

Las jóvenes son conscientes de la responsabilidad que deben asumir a partir del nacimiento, pero para ello desean contar con la ayuda de su pareja y de su madre en el cuidado y la crianza del niño/a. La falta de creencias previas sobre la maternidad conlleva también una falta de pronósticos económicos, pues no consideran que ésta suponga una carga económica importante

En tal sentido es importante reflexionar en cuanto al embarazo temprano, para evitar esta conducta en otras adolescentes. Por lo tanto surge la pregunta ¿cómo construye una adolescente embarazada su proyecto de vida?

De acuerdo con el planteamiento de Pick, S²³ en la elaboración de un proyecto de vida en la adolescencia, debe considerar aspectos tales como: el entorno y conocimiento de la persona; la búsqueda de información para satisfacer las inquietudes y posibilidades para alcanzar las metas propuestas y la flexibilidad que no debe faltar, pues los seres humanos poseen múltiple intereses, habilidades y la capacidad de rectificar, además los resultados no dependen sólo de la persona, sino del apoyo de la familia y de la pareja.

Al definir un proyecto de vida, señala Pick, las personas podrán defender lo que piensan, sus intereses y formarse un carácter menos vulnerable al medio, para lograr sus proyectos de vida, señala el autor, las adolescentes deben tomar en cuenta sus fortalezas, para vencer el miedo y la angustia de tener un hijo a temprana edad y las complicaciones que esto conlleva, si no se tiene la preparación emocional y académica de una vida adulta.

Al respecto, Pick, S refiere que para que una adolescentes embarazadas, no interrumpen su proyecto de vida debe contar con el apoyo familiar, su auto concepto del yo, su satisfacción materna y el empuje de sacar a su hijo adelante, autodeterminación por lograr sus metas propuestas, toma de decisiones, entre otras.

IMPACTO DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo precoz, se ha vuelto hoy en día un problema de salud pública, debido a sus implicaciones individuales, familiares y sociales.²⁴

El embarazo en la adolescente es una crisis que se superpone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

El embarazo adolescente afecta no solo su salud del adolescente, también tiene impacto en la educación, proyecto de vida, relaciones sociales y culturales, y su economía entre otros aspectos.

Ser madre o padre adolescente suele iniciar y/o reforzar, sin distinciones sociales, una serie de condiciones de vulnerabilidad asociadas a la falta de preparación para esta nueva responsabilidad, características propias del desarrollo en esa etapa y a la adopción de roles de género tradicionales, así como a la pérdida de vivencias y adquisición de conocimientos propios de la adolescencia.²⁵

La maternidad y paternidad temprana, suele tener efectos negativos graves en los hijos e hijas de las y los adolescentes, exponiéndolos a condiciones adversas que obstaculizan su desarrollo.

Entre las implicaciones más sobresalientes del embarazo adolescente en el proyecto de vida destacan primero los riesgos de salud, tanto para la joven madre como para el bebé, además los múltiples obstáculos para iniciar o continuarla formación escolar; la precarización del acceso al trabajo, sea este acceso presente o futuro; el riesgo de caer o continuar sumida en la trampa de la pobreza; el riesgo de una formación deficiente.²⁶

Dentro de este marco de ideas, Monsalve, I y Luengo, A., consideran que en la actualidad muchas madres solteras que a sus 20 años ya tienen 3 o 4 hijos de diferentes padres, han desertado de la escuela para dedicarse a los oficios del hogar y cuidar a sus hijos. Lo cual es un problema para la sociedad porque esto se convierte en marginalidad y los hijos, producto de estas relaciones crecen en un entorno inadecuado y es esa la causa de la delincuencia actualmente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la edad adulta, considerada desde un punto de vista biológico como un fenómeno universal, ya que en cualquier grupo racial y cultural sus etapas y características biológicas son las mismas.

El ciclo de vida ofrece una importante perspectiva para la adopción de medidas de salud pública. Lo que sucede en una etapa de la vida afecta y se ve afectado por lo que sucede en otras. Así, lo que ocurre en los primeros años de vida afecta a la salud y el desarrollo de los adolescentes y, a su vez, la salud y el desarrollo durante la adolescencia repercuten en la salud en la edad adulta e incluso en la salud y el desarrollo de la siguiente generación.

Todo lo planteado, denota que de no prevenir un embarazo en el adolescente desde los entes gubernamentales encargados en la materia, las instituciones educativas, las instituciones de salud, la comunidad y la familia traerá como resultado el aumento del círculo de la pobreza, embarazo sucesivos, niños abandonados, analfabetismo, delincuencia, violencia, deserción escolar, por lo tanto se deben buscar las alternativas para solucionar dicho problema. Dado todo lo anterior, en este trabajo nos hacemos la siguiente ***pregunta de investigación:***

¿CUÁL ES EL PROYECTO DE VIDA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS RELACIONADO CON SU SATISFACCIÓN VITAL Y ASPECTOS PSICOSOCIALES?

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar el proyecto de vida de adolescentes embarazadas relacionado con su satisfacción vital y aspectos psicosociales

ESPECIFICOS

- Identificar características generales de la adolescente embarazada
- Identificar el nivel de satisfacción vital de la adolescente embarazada
- Identificar el proyecto de vida que tiene la adolescente embarazada
- Identificar cuáles son los aspectos psicosociales predominantes en la paciente embarazada
- Identificar el nivel de adaptación de la paciente adolescente embarazada

HIPÓTESIS

Ha: A mayor grado de satisfacción vital y adaptación psicosocial de la adolescente embarazada aumentan la programación de metas a corto y largo plazo.

Ho: A menor grado de satisfacción vital y adaptación psicosocial de la adolescente embarazada disminuyen la programación de metas a corto y largo plazo.

MATERIAL Y METODOS

LUGAR DE ESTUDIO: Unidad de Medicina Familiar No. 20, Vallejo. IMSS. Ubicada en Calzada Vallejo No. 675, Magdalena de las Salinas, CP 07760, Gustavo A. Madero, Ciudad de México. Tel. 22 27 54 73, la cual atiende de lunes a viernes en dos turnos: Matutino de 08:00 a 14:00 horas y Vespertino de 14:00 a 20:00 horas.

Dentro de su infraestructura, la Unidad de Medicina Familiar No. 20 cuenta con 30 consultorios de Medicina Familiar, 12 módulos de PREVENIMSS (A.P.I), 4 consultorios estomatológicos, 2 consultorios de Salud en el Trabajo, y los servicios de Planificación Familiar, Fomento a la Salud, Curaciones, Laboratorio clínico, Servicio de RX y ultrasonido, Trabajo social, Nutrición y Dietética, Epidemiología, Promotora estomatológica, 3 jefes de departamento clínico, ARIMAC, Atención y orientación al Derechohabiente.

PERIODO DE ESTUDIO: Mayo 2017

POBLACIÓN DE ESTUDIO: Adolescentes embarazadas de 14 a 19 años usuarias de la UMF 20 y que acudieron a los servicios de la unidad en el periodo de estudio.

DISEÑO DEL ESTUDIO: Transversal analítico.

CRITERIOS DE ESTUDIO:

Inclusión

- Embarazadas adolescentes de 15 a 19 años
- Cualquier trimestre del embarazo
- Que aceptaron participar en la investigación
- Padres que aceptaron que sus hijas participaran en la entrevista (Consentimiento informado para menores de edad)
- Derechohabientes de la UMF 20 IMSS.

Exclusión

- Pacientes adolescentes que cursaran con deterioro cognitivo o retraso mental que les impedía responder la entrevista.
- Antecedentes de violación o abuso sexual.
- Adolescentes embarazadas que decidieron terminar el embarazo.

Eliminación

- Perder la seguridad social en el periodo que duro este estudio.
- Perdida gestacional durante el periodo de estudio
- Encuestas incompletas
- Padres y adolescentes que al contestar la encuesta posteriormente decidieron retirarse del estudio.

TAMAÑO DE MUESTRA

Todas las embarazadas que se lograron entrevistar durante el periodo de estudio (Mayo 2017)

TIPO DE MUESTREO: No probabilístico por conveniencia.

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable de desenlace (Independiente): Proyecto de vida

Variables descriptoras (independientes): sociodemográficas, familiares, satisfacción vital y aspectos psicosociales.

Proyecto de vida¹³

Definición conceptual: Según el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) define al proyecto de vida como una guía, un esquema que facilita el logro de las metas de una persona, en él se describe lo que quieres llegar a ser, los pasos para lograrlo y los resultados que deseas obtener.

Definición operacional: Se medirá por medio de la Escala De Evaluación Del Proyecto De Vida De García (2002), que consta de 10 dominios.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal y Ordinal, de acuerdo al dominio evaluado.

Unidad de medición: De acuerdo al dominio evaluado que a continuación se menciona

Dominios de la escala de evaluación del proyecto de vida de García (2002)

Metas a corto plazo³²

Definición conceptual: Planeación de metas a un año

Definición operacional: Por los ítems 1 ¿Tienes alguna meta o proyecto personal actualmente? y 2. ¿Tienes alguna meta o proyecto personal actualmente? de la Escala De Evaluación Del Proyecto De Vida De García (2002)

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1. Si, 2. No

Metas a largo plazo³²

Definición conceptual: Planeación de metas a 5 años o más.

Definición operacional: Por el ítem número 3, de la Escala De Evaluación Del Proyecto De Vida De García (2002) ¿Tienes alguna meta o proyecto personal para el futuro?

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1. Si, 2. No

Planificación de meta ³³

Definición conceptual: Etapa en la que se encuentra la planificación de la meta.

Definición operacional: Por el ítem número 4, de la Escala De Evaluación Del Proyecto De Vida De García (2002) ¿Una meta que anhelas alcanzar, a corto plazo esta?

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medición: 0. No planeada, 1. Poco planeada, 2. Medianamente planeada, 3. Casi planeada; 4. Completamente planeada

Metas educativas ³³

Definición conceptual: Capacidad que se tiene para concentrar la potencia necesaria de empuje para lograr las actividades académicas.

Definición operacional: Por el ítem número 5, de la Escala De Evaluación Del Proyecto De Vida De García (2002) La posibilidad de alcanzar tus metas educativas actualmente es.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medición: 0. Ninguna, 1. Mínima, 2. Moderada, 3. Casi posible, 4. Altamente posible

Metas laborales³³

Definición conceptual: Capacidad que se tiene para concentrar la potencia necesaria de empuje para lograr proyectos de trabajo.

Definición operacional: Por el ítem número 6, de la Escala De Evaluación Del Proyecto De Vida De García (2002) La posibilidad de alcanzar tus metas laborales actualmente es.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medición: 0. Ninguna, 1. Mínima, 2. Moderada, 3. Casi posible, 4. Altamente posible

Disponibilidad de recursos humanos³³

Definición conceptual: La accesibilidad que se tiene a las personas que puedan apoyar en la realización de las metas propuestas.

Definición operacional: Por el ítem número 7. Las personas que te pueden ayudar a alcanzar tus metas deseadas están., de la Escala De Evaluación Del Proyecto De Vida De García (2002)

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medición: 0. Fuera de alcance, 1. Poco alcanzable, 2. Medianamente alcanzable, 3. Frecuentemente alcanzable, 4. Siempre al alcance

Disponibilidad de recursos financieros³³

Definición conceptual: La accesibilidad a los activos que tienen algún grado de liquidez, para realizar las metas propuestas.

Definición operacional: Por el ítem número 8, de la Escala De Evaluación Del Proyecto De Vida De García (2002) El dinero que te permitiría alcanzar tus metas está actualmente.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medición: 0. Fuera de alcance, 1. Poco alcanzable, 2. Medianamente alcanzable, 3. Frecuentemente alcanzable, 4. Siempre al alcance

Grado de motivación³²

Definición conceptual: Nivel de voluntad que estimula a hacer un esfuerzo con el propósito de alcanzar ciertas metas.

Definición operacional: Por el ítem número 9. Las ganas que tienes actualmente para realizar tus planes personales son, de la Escala De Evaluación Del Proyecto De Vida De García (2002)

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medición: 0. Ninguna, 1. Mínima, 2. Moderada, 3. Alta; 4. Completamente alta

Motivación para metas importantes³²

Definición conceptual: Nivel de voluntad que estimula a hacer un esfuerzo con el propósito de alcanzar metas de relevancia para la adolescente.

Definición operacional: Por el ítem número 10. La posibilidad de hacer algo importante, útil o provechoso para ti es, de la Escala De Evaluación Del Proyecto De Vida De García (2002)

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medición: 0. Nada, 1. Mínima, 2. Moderada, 3. Importante; 4. Altamente Importante

Variables independientes

Satisfacción vital³⁰

Definición conceptual: Valoración global que la persona hace sobre su vida, comparando lo que ha conseguido, sus logros, con lo que esperaba obtener, sus expectativas.

Definición operacional: Por medio de la Escala para la Evaluación de la Satisfacción Vital Modelo de Diener, Emmons, Larsen, & Griffin (1985).

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medición: Nivel de bienestar subjetivo: 1. Altamente satisfechos (muy felices) 30-35 puntos, 2. Satisfechos: 25-29 puntos, 3. Ligeramente satisfechos 20-24 puntos, 4. Ligeramente por debajo de la media de satisfacción vital 15-19 puntos, 5. Insatisfechos (poco felices) 10-14 puntos, 6. Muy insatisfecho 5-9 puntos.

Adaptación psicosocial²⁸

Definición conceptual: Es un proceso de cambio, hacia un nuevo rol que implica tareas y responsabilidades diferentes a las que se tenían previamente.

Definición operacional: CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACION PRENATAL. PSQ (Prenatal Self-Evaluation Questionnaire), de Armengol (2007), con 8 dominios.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medición: 1. Mayor adaptación psicosocial 42 a 84 puntos, 2. Deficiente adaptación psicosocial 85 a 168 puntos.

Dominios del Cuestionario de Autoevaluación Prenatal. PSQ (Prenatal Self-Evaluation Questionnaire), de Armengol (2007).

Aceptación del embarazo²⁸

Definición conceptual: Planeación y tolerancia a las molestias propias del embarazo, caracterizada por las respuestas adaptativas al hecho de estar embarazada, entre las cuales encontramos la planificación consiente y la espera del embarazo, un estado de ánimo de felicidad, la tolerancia al malestar, la aceptación de los cambios corporales y la aceptación de la ambivalencia característica de esa etapa.

Definición operacional: Por los ítems 1, 2, 33 del Cuestionario de Autoevaluación Prenatal. PSQ (Prenatal Self-Evaluation Questionnaire), de Armengol (2007).

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1. Adaptación (1 a 6 puntos), 2. No adaptación (7 a 12 puntos)

Embarazo no deseado²⁸

Definición conceptual: Gravidez no planificada e inesperada.

Definición operacional: Por los ítems 31, 34 del Cuestionario de Autoevaluación Prenatal. PSQ (Prenatal Self-Evaluation Questionnaire), de Armengol (2007).

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1. Deseado (1 a 2 puntos), 2. No deseado (2 a 4 puntos)

Identificación con el rol materno²⁸

Definición conceptual: Motivación y preparación para la maternidad, se manifiesta por las conductas de vinculación materno – fetal, motivación para la maternidad, la preparación para esta, experiencia de la vida, la resolución de conflictos y el desarrollo del vínculo materno.

Definición operacional: Por los ítems 39, 40, 41 y 42 del Cuestionario de Autoevaluación Prenatal. PSQ (Prenatal Self-Evaluation Questionnaire), de Armengol (2007).

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1. Adaptación (1 a 8 puntos), 2. No adaptación (9 a 16 puntos)

Relación de la madre²⁸

Definición conceptual: Vinculación madre – hija se manifiesta por la disponibilidad de la madre con la embarazada, sus reacciones al embarazo de su hija.

Definición operacional: Por los ítems 6, 9, 10, 14, 17, 28 y 32 del Cuestionario de Autoevaluación Prenatal. PSQ (Prenatal Self-Evaluation Questionnaire), de Armengol (2007).

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1. Adaptación (1 a 14 puntos), 2. No adaptación (15 a 28 puntos)

Relación conflictiva con la madre²⁸

Definición conceptual: Vínculo madre – hija difícil, que se manifiesta por la falta de disponibilidad de la madre con la embarazada, y por reacciones de aversión al embarazo de su hija.

Definición operacional: Por los ítems 22 y 36 del Cuestionario de Autoevaluación Prenatal. PSQ (Prenatal Self-Evaluation Questionnaire), de Armengol (2007).

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1. Buena relación (1 a 2 puntos), 2. Relación conflictiva (3 a 4 puntos)

Relación con la pareja²⁸

Definición conceptual: Vínculo entre la embarazada y su pareja, se manifiesta por la preocupación mutua por las necesidades de la pareja y cómo influye el embarazo, su ajuste al nuevo rol paterno, la empatía, comprensión, apoyo, cooperación, comunicación y muestras de confianza hacia ella.

Definición operacional: Por los ítems 3, 4, 11, 15, 19, 20, 27, 28 y 38 del Cuestionario de Autoevaluación Prenatal. PSQ (Prenatal Self-Evaluation Questionnaire), de Armengol (2007).

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1. Adaptación (1 a 16 puntos), 2. No adaptación (3 a 4 puntos)

Preparación para el parto²⁸

Definición conceptual: Información que tiene la mujer sobre el nacimiento de su futuro bebe y se manifiesta por la conducta y se manifiesta por la conducta que debe realizar durante el parto.

Definición operacional: Por los ítems 5, 12, 13, 23, 24, 26, 29, del Cuestionario de Autoevaluación Prenatal. PSQ (Prenatal Self-Evaluation Questionnaire), de Armengol (2007).

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1. Adaptación (1 a 14 puntos), 2. No adaptación (15 a 28 puntos)

Preocupación por el bienestar propio y del bebe²⁸

Definición conceptual: Miedos que la mujer tiene sobre la salud de ella y de su bebe. Incluye la autoestima y el miedo no expresado de posibles alteraciones en el parto.

Definición operacional: Por los ítems 7, 8, 16, 18, 21, 25, 30, 35, 37 del Cuestionario de Autoevaluación Prenatal. PSQ (Prenatal Self-Evaluation Questionnaire), de Armengol (2007).

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1. Adaptación (1 a 18 puntos), 2. No adaptación (19 a 32 puntos)

Edad³⁴

Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento estimado en años actuales.

Definición operacional: Pregunta directa de años cumplidos al momento de la encuesta.

Tipo de variable: Cuantitativa

Escala de medición: Discreta

Unidad de medición: 14, 15, 16, 17, 18, 19.

Escolaridad³⁴

Definición conceptual: Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional

Definición operacional: Pregunta directa años cursados y aprobados al momento de la encuesta.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medición: 0. Analfabeta, 1. Primaria incompleta, 2. Primaria completa, 3. Secundaria incompleta, 4. Secundaria completa, 5. Bachillerato incompleto, 6. Bachillerato completo, 7. Licenciatura en curso.

Estado civil³⁴

Definición conceptual: Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles y a la cual está sujeta la vida de cada uno.

Definición operacional: Pregunta directa de la condición civil al momento de la encuesta.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1. Soltera, 2. Casada, 3. Unión Libre, 4. Divorciada/Separada

Antecedentes gineco-obstétricos

Inicio de vida sexual activa³⁵

Definición conceptual: Edad de inicio en la que iniciaron relaciones sexuales

Definición operacional: Pregunta directa de edad de inicio de las relaciones sexuales al momento de la encuesta.

Tipo de variable: Cuantitativa

Escala de medición: Discreta

Unidad de medición: 14, 15, 16, 17, 18, 19.

Número de embarazos³⁵

Definición conceptual: Número de embarazos que se han tenido desde el momento en que inicia vida sexual activa hasta el momento.

Definición operacional: Pregunta directa sobre el número de embarazos al momento de la encuesta.

Tipo de variable: Cuantitativa

Escala de medición: Discreta

Unidad de medición: 1, 2, 3, 4, 5.

Semanas de embarazo³⁵

Definición conceptual: La edad gestacional es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual.

Definición operacional: Pregunta directa de las semanas de embarazo al momento de la encuesta.

Tipo de variable: Cuantitativa

Escala de medición: Discreta

Unidad de medición: 1,2, 3, 4... 40.

Citas de control prenatal ³⁵

Definición conceptual: Atención periódica de acuerdo al riesgo prenatal, que se le da a la mujer embarazada desde el momento en que sabe que está embarazada hasta antes de la concepción, en donde se realizan las acciones pertinentes para mantener las mejores condiciones de salud durante el embarazo.

Definición operacional: Pregunta directa de citas de control prenatal al momento de la encuesta

Tipo de variable: Cuantitativa

Escala de medición: Discreta

Unidad de medición: 1, 2, 3, 4,5

Método de planificación familiar antes del embarazo³⁵

Definición conceptual: Utilización de algún método de planificación familiar antes del embarazo.

Definición operacional: Pregunta directa de uso de método de planificación familiar antes del embarazo al momento de la encuesta.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1. SI, 2. NO

Aceptación del embarazo⁹

Definición conceptual: Acción por la cual la mujer recibe de manera voluntaria el embarazo.

Definición operacional: Pregunta directa de cómo era este embarazo para la adolescente al momento de la encuesta.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1. Planeado, 2. Deseado, 3. No planeado, 4. Aceptado, 5. No deseado

Método de planificación familiar al término del embarazo³⁵

Definición conceptual: Elección de algún método de planificación familiar al término del embarazo.

Definición operacional: Pregunta directa de uso de método de planificación familiar después del embarazo al momento de la encuesta.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1. SI, 2. NO

Deseo de maternidad³⁵

Definición conceptual: Interés de tener hijos.

Definición operacional: Pregunta directa de si planea tener más hijos al momento de la encuesta.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1. SI, 2. NO

Planificación familiar³⁵

Definición conceptual: Es la decisión libre, voluntaria e informada de las personas para elegir cuándo, cuántos y cada cuánto tiempo van a tener hijos, así como la decisión de los hombres y las mujeres de que puedan ejercer su derecho a elegir los métodos anticonceptivos que consideren pertinentes para planificar su familia.

Definición operacional: Pregunta directa de cuantos hijos planea tener al momento de la encuesta.

Tipo de variable: Cuantitativa

Escala de medición: Intervalo

Unidad de medición: 1. 1, 2. 2 o más, 3. Ninguno, 4. No sé.

Tipología familiar³³

Definición conceptual: El estudio de la tipología familiar implica hacer e identificar con que elementos está integrada la familia.

Definición operacional: Pregunta directa de con quien vives al momento de la encuesta.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1. Nuclear, 2. Extensa, 3. Monoparental, 4. No parental, 5. Monoparental, 6. Monoparental extensa.

Apoyo familiar³³

Definición conceptual: Respaldo de la familia a cada uno de sus integrantes.

Definición operacional: Pregunta directa sobre quien te apoya en este momento de tu embarazo al momento de la encuesta.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1. Si 2. No

DESCRIPCION DEL ESTUDIO.

Posterior a la aceptación del protocolo por SIRELCIS, se solicitó la autorización a las autoridades para la aplicación de las encuestas y se capturo a las pacientes y a los padres de las embarazadas en los servicios de consulta externa, grupos de embarazadas de trabajo social, consultorios de PREVENIMSS, servicio de USG obstétrico. Se informó al padre o tutor de la adolescente y a la adolescente el motivo del estudio y previo consentimiento informado se aplicó la encuesta la cual está conformada por datos generales, antecedentes gineco-obstétricos, datos familiares y de quien recibe más apoyo, escala de satisfacción vital, cuestionario de autoevaluación prenatal para los aspectos psicosociales e instrumento de proyecto de vida.

Al término de las entrevistas se verifico que estuvieran contestadas en su totalidad y se les dio las gracias por su participación, en caso de solicitar resultados se indicó que solo se proporcionarán de forma personalizada con el número de folio de la encuesta.

Posteriormente se procedió al análisis de la información realizando sabana de datos en el software SPSS versión 22 y se presentaron las tablas de salida para terminación de tesis.

ANALISIS ESTADISTICO:

Se utilizó estadística descriptiva de medida de tendencia central para variables cuantitativas y para variables cualitativas frecuencias absolutas y porcentajes. Para la asociación de variables y Ji^2 de Pearson, mediante el paquete estadístico SPSS versión 22 y EPI INFO Ver 10.

RESULTADOS

Se encuestaron 39 adolescentes embarazadas encontrándose en una edad de 17 a 19 años en el 76.9% (30) y de 14 a 16 años el 23.1% (9), escolaridad de secundaria completa el 48.7% (19), no estudian actualmente el 61.5 % (24), dedicadas al hogar el 56.4% (22), estado civil en unión libre 53.8 % (21), forman parte de una familia nuclear el 46.2% (18) y extensa 38.5% (15). (Tabla 1)

Tabla 1. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LAS PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS

VARIABLE	FRECUENCIA	%
EDAD		
14 a 16 años	9	23.1
17 a 19 años	30	76.9
GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS		
Secundaria incompleta	3	7.7
Secundaria completa	19	48.7
Bachillerato incompleto	7	17.9
Bachillerato completo	9	23.1
Licenciatura en curso	1	2.6
ESTUDIAS ACTUALMENTE		
Si	15	38.5
No	24	61.5
OCUPACION		
Estudiante	11	28.2
Empleada	6	15.4
Hogar	22	56.4
ESTADO CIVIL		
Soltera	10	25.6
Casada	8	20.5
Unión libre	21	53.8
TIPOLOGIA FAMILIAR		
Nuclear	18	46.2
Extensa	15	38.5
Monoparental	5	12.8
Monoparental extensa	1	2.6

Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas UMF20

Los antecedentes ginecoobstétricos de las adolescentes fue un inicio de vida sexual de los 14-16 años el 48,7% (19) y un 38.5% (16) de 17-19 años, siendo su primer embarazo en el 79.5% (31), no usaron un método anticonceptivo antes de su embarazo el 74.4% (29), se encontraban cursando el tercer trimestre del embarazo 43.6%(17) y segundo trimestre 38.5% (15), en el 33.3(13) su embarazo es deseado;

han acudido de 1-3 citas médicas 46.2% (18) y 33.3% (13) de 7 o más citas. Posterior al embarazo el 94.9% (37) desean usar un método de planificación familiar, el 61.5% (24) desean embarazarse posteriormente, proyectando a tener un hijo más el 43.6% (17). (Tabla 2)

Tabla 2. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS DE LAS PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS

VARIABLE	FRECUENCIA	%
INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA		
Menos de 14 años	5	12.8
14 a 16 años	19	48.7
17 a 19	16	38.5
Número de Embarazos		
1	31	79.5
2	6	15.4
3 o más	2	5.1
MPF preconcepción		
Si	10	25.6
No	29	74.4
TRIMESTRE DE EMBARAZO		
Primero	7	17.9
Segundo	15	38.5
Tercero	17	43.6
DESEABILIDAD DEL EMBARAZO		
Planeado	7	17.9
Deseado	13	33.3
No planeado	9	23.1
Aceptado	9	23.1
No deseado	1	2.6
NUMERO DE CITAS		
1 a 3	18	46.2
4 a 6	8	20.5
7 o más	13	33.3
DESEA MPF al termino del embarazo		
Si	37	94.9
No	2	5.1
DESEO DE más embarazos posteriormente		
Si	24	61.5
No	15	38.5
NUMERO DE HIJOS PLANIFICADOS		
1	17	43.6
2 o más	5	12.8
Ninguno	15	38.5
No se	2	5.1

Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas UMF20

El 100% (39) de las adolescentes refieren tener apoyo familiar; por la pareja 86.4% (33), por ambos padres 41% (16), de ninguno de los padres 35.9% (14), de los abuelos 5.1% (2), tíos 5.1% (2), de hermanos 7.7% (3), suegros 12.8 % (5). (Tabla 3)

Tabla 3. APOYO FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.

VARIABLE	FRECUENCIA	%
APOYO FAMILIAR EN ESTE MOMENTO		
Si	39	100
PAREJA		
Si	33	84.6
No	6	15.4
PADRES		
Madre	9	23.1
Ambos	16	41.0
Ninguno	14	35.9
ABUELOS		
Si	2	5.1
No	37	94.9
TIOS		
Si	2	5.1
No	37	94.9
HERMANOS		
Si	3	7.7
No	36	92.3
SUEGROS		
Si	5	12.8
No	34	87.2

Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas UMF20

El bienestar subjetivo de las adolescente fue de altamente satisfechas 35.9% (14), satisfechas 25.6% (10), ligeramente satisfechas 23.1% (9), insatisfechas 10.3% (4), ligeramente insatisfechas 5.1% (2). (Tabla 4).

Tabla 4. BIENESTAR SUBJETIVO DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN ESTE MOMENTO

VARIABLE	FRECUENCIA	%
Altamente Satisfechas	14	35.9
Satisfechas	10	25.6
Ligeramente Satisfechas	9	23.1
Ligeramente Insatisfechas	2	5.1
Insatisfechas	4	10.3

Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas UMF20

La adaptación psicosocial al embarazo de las adolescentes de manera global fue de mayor adaptación en el 64.1% (25). Por dominios fue de la siguiente manera: se encontraron adaptadas en la aceptación del embarazo el 51.3 % (20) y no adaptadas en la aceptación del embarazo el 48.7 % (19). Desearon el embarazo 92.3 % (36); estuvieron adaptadas con el rol materno 94.9% (37), adaptadas en la calidad de la relación con la madre 59% (23), con buena relación con la madre el 82.1 % (32), adaptadas en la calidad de la relación con la pareja 79.5 % (31), no adaptadas en el rubro de preocupación por el bienestar propio y del bebe 59% (23), y adaptadas en el rubro de preparación para el parto 74.4 % (29). (Tabla 5).

Tabla 5. ADAPTACION PSICOSOCIAL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

VARIABLE	FRECUENCIA	%
CALIFICACION GLOBAL		
Mayor adaptación psicosocial	25	64.1
Deficiente adaptación psicosocial	14	35.9
ACEPTACION DEL EMBARAZO		
Adaptación	20	51.3
No adaptación	19	48.7
EMBARAZO NO DESEADO		
Deseado	36	92.3
No deseado	3	7.7
IDENTIFICACION CON EL ROL MATERNO		
Adaptación	37	94.9
No adaptación	2	5.1
CALIDAD DE LA RELACION CON LA MADRE		
Adaptación	23	59.0
No adaptación	16	41.0
RELACION CONFLICTIVA CON LA MADRE		
Buena relación	32	82.1
Relación conflictiva	7	17.9
CALIDAD DE LA RELACION CON LA PAREJA		
Adaptación	31	79.5
No adaptación	8	20.5
PREOCUPACION POR EL BIENESTAR PROPIO Y DEL BEBE		
Adaptación	16	41.0
No adaptación	23	59.0
PREPARACION PARA EL PARTO		
Adaptación	29	74.4
No adaptación	10	25.6

Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas UMF20

En la evaluación de metas programas en su proyecto de vida de la adolescente embarazada, tenían metas a corto plazo el 87.2 % (34), metas a corto plazo para los próximos meses el 76.9% (30), metas a largo plazo 66.7% (26), sin fecha

definida para metas a largo plazo el 71.8 % (28). Estudiar como meta a corto plazo para los próximos meses el 59%, como metas a largo plazo estudiar 41% (16) y sin ninguna meta 33.3% (13). (Tabla 6)

TABLA 6. EVALUACION DE METAS PROGRAMADAS EN SU PROYECTO DE VIDA DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

VARIABLE	FRECUENCIA	%
METAS A CORTO PLAZO ACTUALES		
Si	34	87.2
No	5	12.8
METAS A CORTO PLAZO PARA LOS PROXIMOS MESES		
Si	30	76.9
No	9	23.1
METAS A LARGO PLAZO		
Si	26	66.7
No	13	33.3
FECHA DEFINIDA PARA META A LARGO PLAZO		
Si	11	28.2
No	28	71.8
META A CORTO PLAZO PARA LOS PROXIMOS MESES		
Estudiar	23	59.0
Trabajar	2	5.1
Hogar	5	12.8
Ninguna	9	23.1
TIPO DE META A LARGO PLAZO		
Estudiar	16	41.0
Trabajar	3	7.7
Otras	1	2.6
No específica	6	15.5
Ninguna	13	33.3

Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas UMF20

El nivel de programación de metas por áreas en su proyecto de vida de las adolescentes embarazadas, fue con un grado de planificación de meta a corto plazo poco planeada 33.3% (13) y casi planeada 33.3% (13). Con alta posibilidad de alcanzar metas educativas a corto plazo el 46.2 % (18). La posibilidad de alcanzar metas ocupacionales a corto plazo fue casi posible en el 33.3% (13) y altamente posible en el 30.8 % (12). La disponibilidad de recursos humanos fue de siempre al alcance en el 51.3 % (20). La disponibilidad de los recursos financieros fue mediamente alcanzable en el 38.5 % (15) y frecuentemente alcanzable en el 25.6 % (10). El grado de motivación fue altamente importante en el 43.6% (17). El grado de motivación para metas importantes fue altamente importante en el 43,6% (17). (Tabla 7)

Tabla 7. NIVEL DE PROGRAMACION DE METAS POR AREAS EN SU PROYECTO DE VIDA DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

VARIABLE	FRECUENCIA	%
GRADO DE PLANIFICACION DE META A CORTO PLAZO		
No planeada	4	10.3
Poco planeada	13	33.3
Medianamente planeada	3	7.7
Casi planeada	13	33.3
Completamente planeada	6	15.4
POSIBILIDAD DE ALCANZAR METAS EDUCATIVAS A CORTO PLAZO		
Mínima	8	20.5
Moderada	4	10.3
Casi posible	9	23.1
Altamente Posible	18	46.2
POSIBILIDAD DE ALCANZAR METAS OCUPACIONALES A CORTO PLAZO		
Mínima	7	17.9
Moderada	7	17.9
Casi posible	13	33.3
Altamente Posible	12	30.8
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS		
Poco alcanzable	4	10.3
Medianamente alcanzable	6	15.4
Frecuentemente alcanzable	9	23.1
Siempre al alcance	20	51.3
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS FINANCIEROS		
Fuera de alcance	1	2.6
Poco alcanzable	6	15.4
Medianamente alcanzable	15	38.5
Frecuentemente alcanzable	10	25.6
Siempre al alcance	7	17.9
GRADO DE MOTIVACION		
Mínima	3	7.7
Moderada	9	23.1
Importante	10	25.6
Altamente importante	17	43.6
GRADO DE MOTIVACION PARA METAS IMPORTANTES		
Mínima	2	5.1
Moderada	8	20.5
Importante	12	30.8
Altamente importante	17	43.6

Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas UMF20

Características de las **adolescentes sin proyecto de vida** siendo una con edad de 17 a 19 años (1), secundaria completa (1), dedicada al hogar (1), en unión libre (1), familia nuclear (1), inicio vida sexual activa entre los 17-19 años, con 2 gestas (1), con método de planificación previo al embarazo (1), cursando el 2º semestre del embarazo, con un embarazo no planeado (1), con 4 a 6 citas de control prenatal (1), deseando usar MPF posterior al parto (1), deseando tener un hijo más adelante (1), contando con apoyo familiar por parte de la pareja (1), satisfecha con su situación actual (1), con deficiente adaptación psicosocial al embarazo (1), con metas a corto plazo (1), deseando dedicarse al hogar como meta a corto plazo para los próximos meses (1), sin metas a largo plazo(1). (Tablas 8-13)

Características de las **adolescentes con proyecto de vida con mediana planeación**, 76.5 % con edad de 17 a 19 años (13), 58.8% con secundaria completa (10), 70.6 % no estudian actualmente (12), 58.8 % se dedican al hogar (10), 47,1% se encuentran en unión libre (8), 41.2 % forman parte de una familia nuclear (7) y 41.2% forman parte de una familia extensa (7), el 58.8% iniciaron su vida sexual activa de los 14 a los 16 años de edad (10), 76.5% cursaban su primer embarazo (13), 82.4 % no usaron ningún MPF antes de su embarazo (14), 41.2 % cursaban el segundo trimestre del embarazo (7), 41.2 % cursaban el tercer trimestre del embarazo (7), 29.4% deseaban el embarazo (5), 23.5% planearon el embarazo (4), 23.5% no planearon el embarazo (4), 47.1% contaban con 1 a 3 citas de control prenatal (8), 94.1 % desean usar un MPF al término de su embarazo (16), 52.9% desean embarazarse más adelante (9), 47.1% no desean embarazarse posteriormente (8), 47.1% no quieren tener ningún hijos más adelante (8), 100% cuentan con apoyo familiar (17), 88.2% cuentan con el apoyo de la pareja (15), 41.2% no cuenta con el apoyo de los padres (7), 35.3% cuentan con el apoyo de ambos padres (6), 94.1% no cuentan con el apoyo de los abuelos (16), 94.1 % no cuentan con el apoyo de los tíos (16), 94.1 % no cuentan con el apoyo de los hermanos (16), 100 % no cuentan con el apoyo de los suegros (17), 35.3% se encuentran ligeramente satisfechas con su vida actual (6), 29.4% se encuentran altamente satisfechas (5), 58.8% con adaptación psicosocial al embarazo deficiente (10), 70.5% cuentan con metas a corto plazo (12), 52.9% no cuentan con metas para los próximos meses (9), 52.9% cuentan con metas a largo plazo (9), 70.6 % no cuentan con fecha definida para meta a largo plazo (12), 52.9 % no cuentan con ninguna meta a corto plazo para los próximos meses, 35.3 % tienen como meta a corto plazo en los próximos meses estudiar (6), 47.1 % no tienen ninguna meta a largo plazo (8), 35.3% tienen como meta a largo plazo estudiar (6). (Tablas 8-13)

Características de las **adolescentes con buena planeación del proyecto de vida**, 76.2 % con edad de 17 a 19 años (16), 38.1% con secundaria completa (8), 52.4% no estudian actualmente (11), 47.6% estudian actualmente (10), 52.4 % se dedican

al hogar (11), 33.3% son estudiantes (7), 57.1% se encuentran en unión libre (12), 47.6 % forman parte de una familia nuclear (10) y 38.1% forman parte de una familia extensa (8), el 47.6.8% iniciaron su vida sexual activa de los 17 a los 19 años de edad (10), el 42.9% iniciaron su vida sexual activa de los 14 a los 16 años de edad (9), 85.7% cursaban su primer embarazo (18), 71.4 % no usaron ningún MPF antes de su embarazo (15), 43.6% cursaban el tercer trimestre del embarazo (10), 41.2 % cursaban el segundo trimestre del embarazo (7), 38.1% deseaban el embarazo (8), 28.6% aceptaban el embarazo (4), 47.6% contaban con 1 a 3 citas de control prenatal (10), 42.9% contaban con 7 o más citas de control prenatal (9), 95.2 % desean usar un MPF al término de su embarazo (20), 66.7% desean embarazarse más adelante (14), 47.6% desean tener un hijo posteriormente (10), 33.3 % no quieren tener ningún hijos más adelante (7), 100% cuentan con apoyo familiar (21), 88.1% cuentan con el apoyo de la pareja (17), 47.6% cuentan con el apoyo de ambos padres (6), 95.2% no cuentan con el apoyo de los abuelos (16), 95.2 % no cuentan con el apoyo de los tíos (16), 90.5 % no cuentan con el apoyo de los hermanos (16), 76.2 % no cuentan con el apoyo de los suegros (16), 42.9% se encuentran altamente satisfechas con su vida actual (9), 33.3% se encuentran satisfechas con su vida actual (7), 85.7% cuentan con mayor adaptación psicosocial al embarazo (18), 100% cuentan con metas a corto plazo (21), 100% cuentan con metas para los próximos meses (21), 81% cuentan con metas a largo plazo (17), 71.4 % no cuentan con fecha definida para meta a largo plazo (15), 81.0 % tienen como meta a corto plazo en los próximos meses estudiar (6), 47.6% tienen como meta a largo plazo estudiar (10). (Tablas 8-13)

Tabla 8. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LAS PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS RELACIONADAS CON SU PROYECTO DE VIDA GLOBAL

VARIABLE	PROYECTO DE VIDA						*P
	SIN PROYECTO		REGULAR		BUENA PLANEACION		
	N	%	N	%	N	%	
EDAD							
14 a 16 años	0	0	4	23.5	5	23.8	.766
17 a 19 años	1	100	13	76.5	16	76.2	
GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS							
Secundaria incompleta	0	0	1	5.9	2	9.5	.886
Secundaria completa	1	100	10	58.8	8	38.1	
Bachillerato incompleto	0	0	2	11.8	5	23.8	
Bachillerato completo	0	0	4	23.5	5	23.8	
Licenciatura en curso	0	0	0	0	1	4.8	
ESTUDIAS ACTUALMENTE							
Si	0	0	5	29.4	10	47.6	.376
No	1	100	12	70.6	11	52.4	
OCUPACION							
Estudiante	0	0	4	23.5	7	33.3	.870
Empleada	0	0	3	17.6	3	14.3	
Hogar	1	100	10	58.8	11	52.4	
ESTADO CIVIL							
Soltera	0	0	5	29.4	5	23.8	.867
Casada	0	0	4	23.5	4	19.0	
Unión libre	1	100	8	47.1	12	57.1	
TIPOLOGIA FAMILIAR							
Nuclear	1	100	7	41.2	10	47.6	.855
Extensa	0	0	7	41.2	8	38.1	
Monoparental	0	0	3	17.6	2	9.5	
Monoparental extensa	0	0	0	0	1	4.8	

Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas UMF20

Tabla 9. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS DE LAS PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS RELACIONADOS CON SU PROYECTO DE VIDA

VARIABLE	PROYECTO DE VIDA						*P
	SIN PROYECTO		REGULAR		BUENA PLANEACION		
	N	%	N	%	N	%	
INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA							
Menos de 14 años	0	0	2	11.8	2	9.5	.597
14 a 16 años	0	0	10	58.8	9	42.9	
17 a 19	1	100	5	29.4	10	47.6	
NÚMERO DE EMBARAZOS							
1	0	0	13	76.5	18	85.7	.187
2	1	100	3	17.6	2	9.5	
3 o más	0	0	1	5.9	1	4.8	
MPF (preconcepción)							
Si	1	100	3	17.6	6	28.6	.168
No	0	0	14	82.4	15	71.4	
TRIMESTRE DE EMBARAZO							
Primero	0	0	3	17.6	4	19.1	.756
Segundo	1	100	7	41.2	7	41.2	
Tercero	0	0	7	41.2	10	43.6	
DESEABILIDAD DEL EMBARAZO							
Planeado	0	0	4	23.5	3	14.3	.657
Deseado	0	0	5	29.4	8	38.1	
No planeado	1	100	4	23.5	4	19.1	
Aceptado	0	0	3	17.6	6	28.6	
No deseado	0	0	1	5.9	0	0	
NUMERO DE CITAS							
1 a 3	0	0	8	47.1	10	47.6	.144
4 a 6	1	100	5	29.4	2	9.5	
7 o más	0	0	4	23.5	9	42.9	
DESEA MPF (al termino del embarazo)							
Si	1	100	16	94.1	20	95.2	.961
No	0	0	1	5.9	1	4.8	
DESEO DE MÁS EMBARAZOS (posteriormente)							
Si	1	100	9	52.9	14	66.7	.499
No	0	0	8	47.1	7	33.3	
NUMERO DE HIJOS PLANIFICADOS							
1	1	100	6	35.3	10	47.6	.641
2 o más	0	0	3	17.6	2	9.5	
Ninguno	0	0	8	47.1	7	33.3	
No se	0	0	0	0	2	9.5	

Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas UMF20

Tabla 10. APOYO FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS RELACIONADO CON SU PROYECTO DE VIDA

VARIABLE	PROYECTO DE VIDA						*P
	SIN PROYECTO		REGULAR		BUENA PLANEACION		
	N	%	N	%	N	%	
APOYO FAMILIAR EN ESTE MOMENTO Si	1	100	17	100	21	100	*
PAREJA Si	1	100	15	88.2	17	88.1	.752
No	0	0	2	11.8	4	19	
PADRES Madre	0	0	4	23.7	5	23.8	.627
Ambos	0	0	6	35.3	10	47.6	
Ninguno	1	100	7	41.2	6	28.6	
ABUELOS Si	0	0	1	5.9	1	4.8	.961
No	1	100	16	94.1	20	95.2	
TIOS Si	0	0	1	5.9	1	4.8	.961
No	1	100	16	94.1	20	95.2	
HERMANOS Si	0	0	1	5.9	2	9.5	.878
No	1	100	16	94.1	19	90.5	
SUEGROS Si	0	0	0	0	5	23.8	.086
No	1	100	17	100	16	76.2	

Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas UMF20

*No se calcularon estadísticos por ser una constante

Tabla 11. BIENESTAR SUBJETIVO DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN ESTE MOMENTO RELACIONADO CON SU PROYECTO DE VIDA

VARIABLE	PROYECTO DE VIDA						*P
	SIN PROYECTO		REGULAR		BUENA PLANEACION		
	N	%	N	%	N	%	
Altamente Satisfechas	0	0	5	29.4	9	42.9	.090
Satisfechas	1	100	2	11.8	7	33.3	
Ligeramente Satisfechas	0	0	6	35.3	3	14.3	
Ligeramente Insatisfechas	0	0	0	0	2	9.5	
Insatisfechas	0	0	4	23.5	0	0	

Tabla 12. ADAPTACION PSICOSOCIAL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA RELACIONADA CON SU PROYECTO DE VIDA

VARIABLE	PROYECTO DE VIDA						*P
	SIN PROYECTO		REGULAR		BUENA PLANEACION		
	N	%	N	%	N	%	
CALIFICACION GLOBAL	0	0	7	41.2	18	85.7	.007
Mayor adaptación psicosocial							
Deficiente adaptación psicosocial	1	100	10	58.8	3	14.3	

Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas UMF20

TABLA 13. EVALUACION DE METAS PROGRAMADAS EN SU PROYECTO DE VIDA DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA RELACIONADAS CON SU PROYECTO DE VIDA.

VARIABLE	PROYECTO DE VIDA						*P
	SIN PROYECTO		REGULAR		BUENA PLANEACION		
	N	%	N	%	N	%	
METAS A CORTO PLAZO ACTUALES							.024
Si	1	100	12	70.5	21	100	
No	0	0	5	29.4	0	0	
METAS A CORTO PLAZO PARA LOS PROXIMOS MESES							.001
Si	1	100	8	47.1	21	100	
No	0	0	9	52.9	0	0	
METAS A LARGO PLAZO							0.68
Si	0	0	9	52.9	17	81.0	
No	1	100	8	47.1	4	19.1	
FECHA DEFINIDA PARA META A LARGO PLAZO							.816
Si	0	0	5	29.4	6	28.6	
No	1	100	12	70.6	15	71.4	
TIPO DE META A CORTO PLAZO PARA LOS PROXIMOS MESES							.001
Estudiar	0	0	6	35.3	17	81.0	
Trabajar	0	0	1	5.9	1	4.8	
Hogar	1	100	1	5.9	3	14.3	
Ninguna	0	0	9	52.9	0	0	
TIPO DE META A LARGO PLAZO							.433
Estudiar	0	0	6	35.3	10	47.6	
Trabajar	0	0	0	0	3	14.3	
Otras	0	0	0	0	1	4.8	
No específica	0	0	3	17.6	3	14.3	
Ninguna	1	100	8	47.1	4	19.0	

Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas UMF20

DISCUSION

En este estudio realizado a las adolescentes embarazadas para conocer su proyecto de vida se relacionó con su satisfacción vital y su adaptación psicosocial en el embarazo. Entre mejor adaptación psicosocial, planean más a corto plazo sobre todo en los siguientes meses debido probablemente al nacimiento del su bebe. Aunque no salió significativo entre mayor edad más escolaridad, todavía continúan con los estudios, inicio de vida sexual tardía, más apoyo familiar y de la pareja, embarazo deseado, planeado y aceptado y ser a primera gesta se encuentran con mayor satisfacción y buena planeación de proyectos a corto y largo plazo. Siendo la principal meta el seguir estudiando.

Casanueva NC³⁶ en su estudio de *apoyos percibidos y deseos en la adolescente: variables que operan en la experiencia de felicidad con el embarazo*, reporta que todas las gestantes participantes reflejaron puntuaciones superiores a la media, por lo que dedujeron que en general, se sienten felices con su embarazo independientemente de la edad que poseen y de las dificultades que tienen que afrontar, pero si está relacionado con el nivel de apoyo con el contaban. En nuestro estudio un poco más del ochenta por ciento reportaron sentirse satisfechas y aquellas que reportaron un nivel alto de satisfacción también contaron con mayor apoyo familiar, representado por la pareja, ambos padres y suegros. Las redes de apoyo son esenciales para las adolescentes embarazadas, ya que no solo les brindan altos niveles de bienestar, sino también son esenciales para que continúen con sus proyectos de vida.

Chavarría RM³⁰ en su estudio de *satisfacción vital en adolescentes: relación con la autoeficacia y el apoyo social percibido*, se observa que un 84% de las adolescentes presentaron un alto nivel en el área de apoyo global. **Salvatierra LL et al**¹⁷ en su estudio *autoconcepto y proyecto de vida: percepciones de adolescentes embarazadas* encontró que dentro de los facilitadores del proyecto de vida destacan con una mayor frecuencia las redes sociales, especialmente la familia nuclear y la pareja. En nuestro estudio el 100% de las adolescentes contaron con algún apoyo familiar siendo el de mayor frecuencia la pareja seguido de uno o ambos padre percibiendo la importancia que en nuestra sociedad significa la familia durante esta etapa fisiológica de la mujer y entre más apoyo se brinda mejor satisfacción de vida en ese momento. **Chavarría** también menciona que las relaciones significativas entre el apoyo social global y sus dimensiones y la satisfacción vital es la muestra total. Como sabemos en nuestra sociedad la adultez es hasta los 18 años y antes de esa edad , el apoyo y la estabilidad del adolescente está a cargo de la familia que ante cualquier situación incluyendo el embarazo el apoyo es primordial para proyectar a futuro observando que las adolescentes que tienen un proyecto de vida

con una mediana planeación tienen el apoyo de ambos padres y su pareja, las adolescentes con un proyecto de vida con buena planeación tienen no solo el apoyo de ambos padres y pareja, sino también el apoyo de otros miembros de la familia de origen y de los suegros, por lo tanto en nuestro estudio se observó que mientras más red de apoyo mayor grado de planeación de vida.

Ramos CS³⁷ en su estudio de *proyecto de vida de adolescentes embarazadas*, refiere que el ochenta y un por ciento de las adolescentes entrevistadas no asistían a la escuela actualmente y no tienen pensado un futuro proyecto de vida tanto educacional como laboral para llevar a cabo luego de ser madres. En nuestra investigación más de una tercera parte de las adolescentes se encontraba estudiando en el momento del estudio, y más de la mitad tienen metas proyectadas a corto plazo principalmente el continuar sus estudios, y una mínima parte tienen como meta a corto plazo trabajar, y conforme se visualizan a largo plazo menos del cincuenta por ciento refieren poder seguir los estudios y el conseguir un trabajo no incrementa en mucho. Lo anterior refleja una de las consecuencias del embarazo adolescente, que es la detención de su proyecto de vida al menos momentáneamente, y toman como prioridad su rol materno.

Allen-Leigh B et al³⁸, en su estudio de *inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México*, reportó que un tercio de las adolescentes de 15-19 años de edad ya había iniciado vida sexual, el treinta y seis por ciento de 15 a 19 años reportó no haber usado ningún anticonceptivo en su última relación sexual, la mitad de las adolescentes reportó no haber recibido algún método de planificación familiar después de su último evento obstétrico. En nuestro estudio casi la mitad de las adolescentes inicio su vida sexual activa entre los 14 y 16 años de edad, el setenta y cuatro por ciento de las adolescentes no utilizaron ningún método de planificación familiar antes de su embarazo, y un poco más del noventa por ciento de las gestantes desean un método de planificación familiar posterior a su evento obstétrico. En nuestro país se ha visto un inicio cada vez más temprano de la vida sexual activa, y en algunos casos se ha visto relacionado con un bajo nivel socioeconómico, el cual no se indagó en este estudio. Se ve una clara diferencia entre la aceptación de un método anticonceptivo entre antes de su embarazo y posterior a este, lo cual puede ser a que ya tienen más información sobre planificación familiar o al estar inmersa en los servicios de salud para su control prenatal tienen mayor accesibilidad a los métodos de planificación familiar.

Blanquet GJ et al³⁹, en su estudio de *características sociodemográficas de la adolescente embarazada en un hospital de alta especialidad*, encontraron que la mitad de la muestra de adolescentes era estudiante, un poco más de la mitad

contaba con estudios de bachillerato, la mitad de la muestra provenía de una familia nuclear, cerca de la mitad vivía en unión libre, en un poco más del setenta por ciento era su primer embarazo. El embarazo no fue planeado ni deseado en un poco más del setenta por ciento. La edad gestacional estuvo entre las 8 y 44 semanas. En nuestro estudio casi la mitad de las adolescentes contaban con la secundaria completa, un poco más del cuarenta por ciento formaban parte de una familia nuclear, un poco más de la mitad se encontraba viviendo en unión libre, para casi el ochenta por ciento de las adolescentes era su primera gesta y para una tercera parte de las adolescente el embarazo era deseado, para un poco más del veinte por ciento no era planeado y un ochenta por ciento se encontraba cursando entre el segundo y el tercer trimestre. Uno de los factores de riesgo para el embarazo adolescente es la baja escolaridad, las familias nucleares de las adolescentes de nuestro estudio estaban conformados por ellas, sus parejas y su hijos en el caso de las que ya tenían un embarazo previo, viviendo en unión libre, con lo cual refuerzan las adolescentes su nuevo rol, el de la maternidad, y el de esposa dedicada al hogar, dejando a un lado o posponiendo su desarrollo profesional y laboral. Las motivaciones para el embarazo en las adolescentes no están muy claras, ya que aunque más del noventa por ciento no utilizaron ningún método de planificación familiar antes de quedar embarazadas solo para una tercera parte fue un embarazo deseado y para cerca de la cuarta parte el embarazo no fue planeado, lo cual puede deberse o a una falta de información sobre métodos anticonceptivos, o bien a la falta de un proyecto de vida que las motiva a retrasar la maternidad. Respecto al control prenatal la gran mayoría inicia su control prenatal tardíamente hasta el segundo trimestre o en ocasiones hasta el tercer trimestre, en algunos casos por desconocimiento de la importancia del control prenatal y en otros por no contar previamente con seguridad social.

Fajardo MC⁴⁰, en su estudio *embarazo adolescente y desarrollo psicosocial: un cuestionario de evaluación prenatal*, un poco más de la mitad de las adolescentes aceptaron su embarazo, casi la mitad de las adolescentes se encontró con buena adaptación en la relación con la madre y teniendo una buena relación con ella, un poco más del cuarenta por ciento reportaron una buena relación y apoyo de sus parejas, setenta por ciento de ellas refirió que ya sentían afecto por su bebe y aceptaban su rol materno, menos del cincuenta por ciento refirieron sentirse preparadas para el parto, menos de la mitad refirió ciertos miedos a cerca del estado de bebe por las posibles complicaciones o desarrollo del parto no experimentado. En nuestro estudio un poco más de la mitad de las adolescentes aceptaban su embarazo, casi el sesenta por ciento tuvieron una buena adaptación en la relación con la madre y un ochenta por ciento tuvo una buena relación con su madre, casi un ochenta por ciento tuvo una buena adaptación en la relación con la pareja, un

poco más del noventa por ciento tuvieron una buena adaptación con el rol materno, un poco más de la mitad de las adolescentes mostraron una deficiente adaptación en el rubro de preocupación por el bienestar propio y del bebe y el setenta y cuatro por ciento refirieron sentirse preparadas para el parto. Y más de la mitad de las adolescentes tuvieron de manera global una mayor adaptación psicosocial en el embarazo. Aunque el embarazo en las adolescentes no es deseado ni planeado en la mayoría de los casos, las adolescentes acaban por aceptar su embarazo y las consecuencias que este conlleva. Durante la etapa de adolescencia son comunes las discusiones y desacuerdos entre las adolescentes y sus madres, sin embargo la buena relación con la figura materna, puede deberse a que el embarazo es una etapa de vulnerabilidad, lo que hace que haya sobreprotección hacia las adolescentes brindándoles apoyo, comprensión, además de que como abuelas también esperan con ilusión a su nieto(a). El contar con el apoyo de la pareja es fundamental para poder sobrellevar las molestias y los cambios que conlleva esta etapa, y posteriormente compartir el cuidado del bebé. La adaptación del rol materno, es una de las dimensiones más importantes ya que el sentimiento de maternidad en el embarazo condiciona enormemente la práctica de hábitos saludables para la futura madre y para el bebé que esperan. La no adaptación en la dimensión de preocupación por ellas mismas y el bebe denota ansiedad posiblemente por presencia de ciertos miedos posiblemente acerca del estado del bebé por las posibles complicaciones o desarrollo del parto aún no experimentado. Un poco más de la mitad de las adolescentes gestantes se sienten preparadas para el parto, sin embargo faltaría profundizar sobre la calidad de esta información.

CONCLUSIONES

Las características sociodemográficas que predominaron en las adolescentes entrevistadas fueron: edad de 17 a 19 años, secundaria completa, no estudiaban, se dedicaban al hogar, vivían en unión libre, formaban parte de una familia nuclear o extensa.

Todas las adolescentes tuvieron apoyo familiar, en la mayoría de los casos por parte de la pareja y ambos padres.

Los antecedentes ginecoobstetricos de las adolescente fue un inicio de vida sexual de los 14-16 años, teniendo solo una gesta, no usaron ningún método de planificación familiar antes de su embarazo, su embarazo fue deseado, habían asistido de 1 a 3 citas de control prenatal, desean usar un método de planificación familiar posterior al nacimiento de su bebe, desean embarazarse más adelante proyectando a tener un hijo más.

Respecto a la satisfacción vital las adolescentes manifestaron niveles de satisfacción que oscilaron entre sentirse ligeramente satisfechas a altamente satisfechas.

Las adolescentes embarazadas contaban con metas a corto y largo plazo, siendo continuar estudiando la más frecuente tanto a corto como a largo plazo, pero sin fecha definida para las metas de largo plazo.

El nivel de programación de metas por áreas en su proyecto de vida de las adolescentes embarazadas, fue con un grado de planificación de meta a corto plazo poco planeada y casi planeada. Con alta posibilidad de alcanzar metas educativas a corto plazo. La posibilidad de alcanzar metas ocupacionales a corto plazo fue casi posible y altamente posible. La disponibilidad de recursos humanos fue de siempre al alcance. La disponibilidad de los recursos financieros fue mediamente alcanzable y frecuentemente alcanzable. El grado de motivación fue altamente importante, así también lo fue para metas importantes.

Se encontraron adaptadas en la aceptación del embarazo y no adaptadas en la aceptación del embarazo. Desearon el embarazo; estuvieron adaptadas con el rol materno, adaptadas en la calidad de la relación con la madre, con buena relación con la madre, adaptadas en la calidad de la relación con la pareja, no adaptadas en el rubro de preocupación por el bienestar propio y del bebe, y adaptadas en el rubro de preocupación por el bienestar propio y del bebe.

La adaptación psicosocial al embarazo de las adolescentes de manera global fue de mayor adaptación.

Las adolescentes que mejor tienen un proyecto de vida son de 17 a 19 años, con secundaria completa, casi en igual proporción se encuentran las que estudian y las que no estudia pero se dedican al hogar, viven en unión libre, en su mayoría forman parte de una familia nuclear o extensa cuentan con apoyo familiar dado en gran parte por la pareja, también cuentan con el apoyo de ambos padres y de los suegros. Cursan con el primer embarazo, cursan el segundo y tercer trimestre del embarazo, desean y aceptan su embarazo, buen control prenatal (hasta 7 citas de control); desean usar un método de planificación familiar posterior al evento obstétrico, desean embarazarse posteriormente y tener un hijo más. Se encuentran satisfechas y altamente satisfechas con su vida en esos momentos, con metas a corto y largo plazo siendo la más frecuente estudiar, sin embargo en la mayoría de los casos no tenían fecha definida para metas a largo plazo. Tienen mayor adaptación psicosocial de su embarazo.

El embarazo en las adolescentes si puede obstaculizar su proyecto de vida o bien el embarazo adolescente es el resultado de una ausencia en la planeación de un proyecto de vida, por lo tanto en el primer nivel de atención el personal de salud debemos promover que las y los adolescentes construyan un proyecto de vida tanto para prevenir el embarazo precoz como para fomentar el desarrollo de la madre adolescente, lo cual le dará mejores condiciones de vida para ella y su hijo. También es importante buscar que las adolescentes tengan una amplia y sólida red de apoyo, ya que las adolescentes que tuvieron mayor apoyo familiar tuvieron mayor satisfacción vital, una mayor adaptación psicosocial, una mejor planeación de su proyecto de vida, así como una mayor posibilidad de llevar a cabo sus metas.

RECOMENDACIONES

Es importante que el médico familiar una vez captada la adolescente en su consulta indague sobre su red de apoyo, y busque que esta sea amplia, ya que esto es un factor protector para el desarrollo de la adolescente y su hijo. Por lo tanto es importante involucrar a la familia de la adolescente no solo durante los cuidados y apoyo durante el embarazo sino también en el cuidado del bebe, ya que esto le permitirá a la adolescente continuar con su proyecto de vida.

Se recomienda dar seguimiento a las adolescentes entrevistadas, seis meses posteriores al nacimiento de su bebe, aplicarles los mismos instrumentos y analizar nuevamente su proyecto de vida y niveles de satisfacción, y valorar los cambios generados con el nacimiento de su hijo y realizar intervenciones tempranas que permitan que la adolescente cumpla sus metas a corto y largo plazo.

Capacitar a los médicos familiares en atención de los y las adolescentes, ya que es importante generar servicios de salud amigable con las y los adolescentes, para que esta población se sienta con la confianza de acercarse para aclarar sus dudas así como para recibir atención médica preconcepcionalmente y si es posible evitar el embarazo.

Realizar un taller de proyecto de vida para las adolescentes embarazadas, donde reciban orientación para que puedan continuar con sus metas durante y después del embarazo integrando a la pareja y/o la familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [en línea]. España: Desarrollo en la adolescencia; 2017. [Fecha de acceso 19 de mayo de 2017]. URL disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
2. Organización Mundial de la Salud. Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década 2014. [Fecha de acceso 21 de mayo de 2017]. URL disponible en:
http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?ua=1&ua=1
3. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia una época de oportunidades. [Fecha de acceso 20 de mayo de 2017]. URL disponible en:
<https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/fullreport.php>
4. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) [en línea]. México: Resultados Nacional, Instituto Nacional de Salud Pública.; 2012. [Fecha de acceso 20 de mayo de 2017]. URL disponible en:
<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
5. INEGI. “Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud (15 a 29 años) 12 de agosto”. Datos nacionales. 10 de agosto de 2016 Aguascalientes, Ags. [Fecha de acceso 21 de mayo de 2017]. URL disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/juventud0.pdf>
6. Perkal G. Ponencia “El embarazo en la adolescente”. *Adolescere. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*. 2015, (2): 26 – 35.
7. Quintero P, Rojas M. El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 2015, (44): 222-237.
8. Álvarez Nieto et al. Motivaciones para el embarazo adolescente. *Gac Sanit*. 2012; 26(6):497–503

9. CONAPO. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Agosto 2015. [Fecha de acceso 23 de mayo de 2017]. URL disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/ESTRATEGIA_NACIONAL_PARA_LA_PREVENCION_DEL_EMBARAZO_EN_ADOLESCENTES
10. Ramírez-Aranda JM, et al. Factores de protección y riesgo del embarazo en la adolescencia. *Medicina Universitaria* 2013; 15 (59):64-72.
11. Colomer J. Prevención del embarazo en la adolescencia. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2013 Sep [citado 2017 Jun 20]; 15(59): 261-269. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000400016&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322013000400016>
12. Flórez, C, et al. Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia (Basado en las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud - ENDS - 1990 / 2010). Agosto 2013. [Fecha de acceso 24 de mayo de 2017]. URL disponible en: <http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/imagenes/5%20-%20FACTORES%20PROTECTORES%20Y%20DE%20RIESGO%20DEL%20EMBARAZO%20EN%20COLOMBIA.pdf>
13. Del Mar GM. Cartilla 7. Adolescencia, tú decides tu futuro. Proyecto de vida durante la adolescencia. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). Venezuela 2013: 5 – 13.
14. Toledo V, et al. Proyecto de vida y toma de decisiones en los adolescentes. *Planeando tu vida*, Editorial planeta. México 2013: 10 – 20.
15. Erikson. E Los cambios en el proyecto de vida de la adolescente embarazada. *Sociedad y adolescencia*, México, siglo XXI. Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 2015: 2 – 5.
16. Pick, S .*Planeando tu vida*. 7a Edición Buenos Aires; Editorial Trillas 2008: 27-31
17. Salvatierra L et al. Autoconcepto y proyecto de vida: Percepciones de adolescentes embarazadas de un sector periférico de Santiago, participantes

de un programa de educación para la salud, Revista de Psicología, Vol. XIV, N° 1, 2015: 141 – 152.

18. Mora-Cancino AM y Hernández-Valencia M. Embarazo en la adolescencia. Ginecol Obstet Mex 2015; (83):294-301.
19. Santrock, JW. Adolescencia. 9ª Edición; Editorial Mc Graw-Hill, España (2013). 304-308.
20. Protocolos SEGO. Embarazo en la adolescencia (actualizado febrero 2013). Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prog Obstet Ginecol 2014; (57): 380-92.
21. “Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad”. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-047-SSA2-2014. Diario Oficial de la Federación, 20 de Febrero 2015.
22. Instituto de Estudios Económicos del Caribe. Embarazo adolescente: ¿Determina el futuro de las mujeres? Boletín Observatorio de Condiciones Socioeconómicas del Atlántico. 2016, (4): 2 – 6.
23. Quintero A, Rojas H. El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, 44, 2015, 222-237. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/626/1161>
24. Del Mastro I. Entre madres-adolescentes y adolescentes madres. Debates en Sociología. 2015, (40): 31 – 60.
25. Atienzo E, Campero L, Lozada A, Herrera C. Aspiraciones educativas y familiares como condicionantes en la prevención de embarazos tempranos en México. Salud pública Méx; 56(3): 286-294.
26. Angulo V, Embarazo adolescente, un cambio de hábitos y comportamientos. CES Salud Pública. 2013; 4: 84-91.
27. BMC Pregnancy and Childbirth [en línea]. Estados Unidos: Factors influencing utilisation of maternal health services by adolescent mother in low-and-middle-income countries. 2017. [Fecha de acceso 20 de Mayo de 2017]. URL disponible en:

<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1246-3>

28. Rebeca Armengol Asenjo et al. Aspectos psicosociales en la gestación: el Cuestionario de Evaluación Prenatal. *Anales de psicología*. 2007, 23 (1): 25 – 33.
29. Fajardo M, et al. Embarazo adolescente y desarrollo psicosocial: Un cuestionario de Evaluación Prenatal. *INFAD Revista de Psicología*. 2013; 1(1): 111 – 122.
30. Chavarría M, y Barra E. Satisfacción vital en Adolescentes: Relación con la Autoeficacia y el Apoyo Social Percibido. *Terapia psicológica*. 2014, 32 (1): 41-46.
31. Atienza F, et al. Factorial invariance of the Satisfaction with Life Scale in adolescents from Spain and Portugal. *Psicothema*. 2016, 28 (3):353-358.
32. Mazadiego-Infante, T et al. Project of life in a sample of teenagers in Tamiahua Veracruz, México. *Cathedra et Scientia. International Jornal*. 2015, 1(2): 45-62
33. Crispín S. Resiliencia y proyecto de vida en estudiantes del tercer año de secundaria de la UGEL 03. [Tesis de Maestría]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología Unidad de Postgrado, 2008.
34. Tesis Electrónicas UACH [en línea]. Chile. Definición y operacionalización de variables. [Fecha de acceso 05 de Junio de 2017]. URL disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2003/fma921s/xhtml/TH.6.xml>
35. Rigol R. *Ginecología y Obstetricia*. 1ª Edición. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2007, 30 – 35.
36. Casanueva CN. Apoyos percibidos y deseos en la adolescente: variables que operan en la experiencia de felicidad con el embarazo. *INFAD Revista de Psicología*, 2015, 1(1):111-122.
37. Ramos Cavaco, S. Proyecto de vida de adolescentes embarazadas. En: Ponencia presentada en el VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación Décimo

Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires: 2016

38. Allen-Leigh Betania, Villalobos-Hernández Aremis, Hernández-Serrato María I, Suárez Leticia, Vara Elvia de la, de Castro Filipa et al. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2013 [citado 2017 Jul 18]; 55(Suppl 2): S235-S240. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800021&lng=es
39. Blanquet-GJ, Montoya CA, Carranza LS. Características sociodemográficas de la adolescente embarazada en un hospital de alta especialidad. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016;54 Supl 3:S238-41.
40. Fajardo CM, Casanueva CN, Bermejo GM. Embarazo adolescente y desarrollo psicosocial: un cuestionario de evaluación prenatal. INFAD Revista de Psicología, 2013, 1(1):535-548.

ANEXO I



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADOLESCENTE) (Anexo 1)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Proyecto de vida de adolescentes embarazadas relacionado con su satisfacción vital y aspectos psicosociales.
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar no. 20, Calzada Vallejo 675 col. Magdalena de las Salinas México D.F. Delegación G.A.M. a ____ de ____ del 2017.
Número de registro:	No. Registro: R-2017-3516-22
Justificación y objetivo del estudio:	En general se considera que los adolescentes son un grupo sano. Sin embargo el embarazo precoz, se ha vuelto hoy en día un problema de salud debido a que tiene implicaciones individuales, familiares y sociales. Como consecuencia de esto el tener un hijo puede originar un proyecto de vida y el desarrollo inadecuado no solo como mujer si no de la pareja por lo que el estudio este estudio pretende determinar el proyecto de vida de adolescentes embarazadas relacionado con su satisfacción vital y aspectos psicosociales.
Procedimientos:	Para obtener la información solicitada solo se te aplicará una encuesta.
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no origina ningún riesgo de salud o de prestación de servicio ya que la información se obtiene por la encuesta.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al contestar esta encuesta no se obtiene ningún beneficio personal, sin embargo los resultados son muy valiosos para aplicarlos a todo el grupo de adolescentes embarazadas y su familia informando al personal de salud que tomará todas las medidas y estrategias que favorezcan una mejor calidad de atención, orientar a las adolescentes para programar su proyecto de vida y la de su hijo(a).
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Todos los datos proporcionados ante una publicación de los resultados o difusión de estos se realizará respetando el anonimato de cada una de las adolescentes participantes y solo se otorgaran de manera general en gráficas o tablas, de manera que respetará la confidencial
Participación o retiro:	El abandonar el estudio en el momento que usted desee no modificara de ninguna manera la atención médica que recibe en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos proporcionados y cuando los resultados de este estudio sean publicados, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Su identidad será protegida y ocultada. En caso de que solicite sus resultados solo se hará de manera personalizada para proteger su identidad le asignaremos un número de folio o código y con el podrá solicitar sus resultados previa cita.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: DRA. SANTA VEGA MENDOZA
Calzada Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, 07760 Gustavo A. Madero, CDMX Tel.
55874422 Ext. 15368/15368.

Colaboradores: DRA. LAURA ARACELI SORIANO DE LA GARZA. Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo.
Calzada Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, 07760 Gustavo A. Madero, CDMX . Tel. Tel.
55874422 Ext. 15368/15368

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o
tutores o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

ANEXO II



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (PADRE O TUTOR DE LA ADOLESCENTE)) (Anexo 2)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Proyecto de vida de adolescentes embarazadas relacionado con su satisfacción vital y aspectos psicosociales.
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar no. 20, Calzada Vallejo 675 col. Magdalena de las Salinas México D.F. Delegación G.A.M. a ____ de ____ del 2017.
Número de registro:	No. Registro: R-2017-3516-22
Justificación y objetivo del estudio:	En general se considera que los adolescentes son un grupo sano. Sin embargo el embarazo precoz, se ha vuelto hoy en día un problema de salud debido a que tiene implicaciones individuales, familiares y sociales. Como consecuencia de esto el tener un hijo puede originar un proyecto de vida y el desarrollo inadecuado no solo como mujer si no de la pareja por lo que el estudio este estudio pretende determinar el proyecto de vida de adolescentes embarazadas relacionado con su satisfacción vital y aspectos psicosociales.
Procedimientos:	Para obtener la información solicitada de su hija o adolescente a su cargo solo se te aplicará una encuesta.
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no origina ningún riesgo de salud o de prestación de servicio de su hija o adolescente a su cargo ya que la información se obtiene por la encuesta.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al contestar esta encuesta no se obtiene ningún beneficio personal, sin embargo los resultados son muy valiosos para aplicarlos a todo el grupo de adolescentes embarazadas y su familia informando al personal de salud que tomará todas las medidas y estrategias que favorezcan una mejor calidad de atención, orientar a las adolescentes para programar su proyecto de vida y la de su hijo(a).
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Todos los datos proporcionados por su hija y/o adolescente a su cargo ante una publicación de los resultados o difusión de estos se realizará respetando el anonimato de cada una de las adolescentes participantes y solo se otorgaran de manera general en gráficas o tablas, de manera que respetará la confidencial
Participación o retiro:	El abandonar el estudio en el momento que usted desee o de su hija y/o adolescente a su cargo no modificara de ninguna manera la atención médica o cualquier servicio que recibe en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos proporcionados y cuando los resultados de este estudio sean publicados, no se dará información que pudiera revelar la identidad de su hija y/o de la adolescente a su cargo. Su identidad será protegida y ocultada. En caso de que solicite sus resultados solo se hará de manera personalizada, para proteger de cualquier dato que identifique a su hija o adolescente a su cargo le asignaremos un número de folio o código y con el podrá solicitar sus resultados previa cita.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

DRA. SANTA VEGA

Calzada Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, 07760 Gustavo A. Madero, CDMX Tel. 55874422 Ext. 15368/15368.

Colaboradores:

DRA. LAURA ARACELI SORIANO DE LA GARZA Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo. Calzada Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, 07760 Gustavo A. Madero, CDMX . Tel. Tel. 55874422 Ext. 15368/15368

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o
tutores o representante legal

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento


Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

ANEXO III

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
ENCUESTA PARA VALORAR EL PROYECTO DE VIDA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS RELACIONADO CON SU SATISFACCIÓN VITAL Y ASPECTOS PSICOSOCIALES Folio: _____
ENCUESTA DE DATOS GENERALES
Edad:
Grado máximo de estudios:
Estudias en este momento:
Ocupación:
Estado civil:
Con quien vives:
Edad de inicio de relaciones sexuales:
¿Este es tu primer embarazo? Si: _____ No: _____
Número de embarazos (incluyendo abortos):
Antes de este embarazo utilizaste algún método de planificación familiar:
¿Cuántas semanas tienes actualmente de tu embarazo?
¿A cuántas citas haz acudido de control prenatal?
¿Quién te apoya en este momento de tu embarazo?
Este embarazo para ti fue : 1) planeaste 2) deseado 3) no planeado 4) aceptado 5) no deseado
Al termino de tu embarazo piensas utilizar algún método de planificación familiar: si () no ()
Planeas tener más hijos: si () no () Cuantos:

A continuación se presentan cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la escala de abajo, indique con una X cual respuesta es la más adecuada para. Por favor, sea abierto y honesto al responder.

	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. En la mayoría de las formas Mi vida se acerca a mi ideal.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Las condiciones de mi vida Son excelentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estoy satisfecho con mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hasta ahora, he conseguido Las cosas importantes que Quiero en la vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si pudiera vivir mi vida de Nuevo, no cambiaría casi Nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lea detenidamente cada una de las siguientes afirmaciones y escoja la respuesta que mejor describa sus sentimientos. En la columna de la derecha, señale con una cruz la casilla correspondiente, teniendo en cuenta que:

Pregunta	Mucho	Frecuente	A veces	Nunca
1.Creo que éste es un buen momento para quedarme embarazada				
2.Puedo tolerar las molestias del embarazo				
3.Mi pareja y yo hablamos del bebé que espero				
4.Mi pareja me tranquiliza cuando me ve agobiada				
5.Creo que el parto tendrá lugar con normalidad				
6.Mi madre está ilusionada con el bebé que espero				
7.Me preocupa que el bebé pueda tener anomalías				
8.Pienso en lo peor cuando me duele algo				
9.Mi madre está contenta con mi embarazo				
10.Mi madre me da buenos consejos				
11.A mi pareja le gusta hablar conmigo sobre el embarazo				
12.Estoy bien informada de lo que me espera en el parto				
13.Se lo que debo hacer cuando tenga contracciones				
14.No me cuesta hablar con mi madre sobre mis problemas				
15.Como pareja tenemos un buen nivel de comunicación				
16.No dejo de pensar en los problemas que el bebé pueda tener				
17.Mi madre ya espera a su nieto				
18.Me preocupa que el parto se alargue más de lo normal y pueda perjudicar al bebé				
19.Mi pareja me ayuda en casa cuando lo necesito				
20.Puedo contar con el soporte de mi pareja durante el parto				
21.Tengo miedo de que puedan hacerme daño durante el parto				
22.Cuando mi madre y yo estamos juntas, discutimos a menudo				
23.Estoy preparada para el parto				
24.Sé de cosas que pueden ayudarme durante el parto				
25.Me angustian las posibles complicaciones del parto				
26.Pienso que podré resistir las incomodidades del parto				
27.En el momento de tomar decisiones, mi pareja y yo siempre nos ponemos de acuerdo				

28.Mi madre me da ánimos cuando dudo de mi misma				
29.Me siento bien informada sobre el parto				
30.Me preocupa que algo pueda ir mal durante el parto				
31.Me cuesta aceptar éste embarazo				
32.Mi madre me anima a que haga las cosas a mi manera				
33.Hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil				
34.Ojalá no estuviera embarazada				
35.Tengo miedo de perder al bebé durante el parto				
36.Mi madre critica mis decisiones				
37.No puedo dejar de pensar en los problemas que puedan surgir durante el parto				
38.Puedo contar con mi pareja para compartir el cuidado del recién nacido				
39.Ya siento afecto por el bebé				
40.Creo que puedo ser una buena madre				
41.Tengo la sensación de que disfrutaré del bebé				
42.Estoy feliz con éste embarazo				

Las siguientes preguntas están relacionadas con tus planes o metas a corto y largo plazo, contesta con una X la que se acerque más a lo que piensa so deseos.

Pregunta	CALIFICACIONES				
1. ¿Tienes alguna meta o proyecto personal actualmente?	Si ()		no ()		
2. ¿Tienes alguna meta o proyecto personal en los próximos meses?	Si ()		no ()		
3. ¿Tienes alguna meta o proyecto personal para el futuro?	Si ()		no ()		
	Mes _____ año _____ Especificar que meta: _____				
4. Una meta que anhelas alcanzar, a corto plazo está:	No planeada/Poco planeada	Poco planeada	Medianamente planeada	Casi planeada	Completamente planeada
5. La posibilidad de alcanzar tus metas educativas actualmente es	Ninguna/Nula	Mínima	Moderada	Casi Posible	Altamente Posible
6. La posibilidad de alcanzar tus metas ocupacionales actualmente es	Ninguna/Nula	Mínima	Moderada	Casi Posible	Altamente Posible
7. Las personas que te pueden ayudar a alcanzar tus metas deseadas están:	Fuera de Alcance	Poco Alcanzable	Medianamente Alcanzable	Frecuentemente Alcanzable	Siempre al Alcance
8. El dinero que te permitiría alcanzar tus metas está actualmente:	Fuera de Alcance	Poco Alcanzable	Medianamente Alcanzable	Frecuentemente Alcanzable	Siempre al Alcance
9. Las ganas que tienes actualmente para realizar tus planes personales son:	Ninguna/Nula	Mínima	Moderada	Alta	Completamente Alta
10. La posibilidad de hacer algo importante, útil o provechoso para ti es:	Nada	Mínima	Moderada	Importante	Altamente importante