



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS

**“FACTORES PERSONALES, SOCIOCULTURALES Y
PSICOLOGICOS QUE INFLUYEN PARA QUE LAS
ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS SE EMBARACEN”**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA PRESENTA:**

P. L. E. LETICIA MURILLO HERNÁNDEZ

ASESORAS:

**M. C. MARIA CRISTINA MARTHA REYES
M.E.Y.A.S. MARTHA I. IZQUIERDO PUENTE**

MORELIA, MICHOACÁN JUNIO DEL 2007



DIRECTIVOS:

M. C. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

L. E. D MARIA DE JESUS RUIZ RECENDIZ
SECRETARIA ACADÉMICA

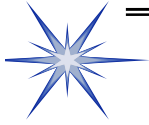
L. E. D. ANA CELIA ANGUIANO MORAN
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

JURADO:

M. C. MARIA CRISTINA MARTHA REYES GUZMÁN
PRESIDENTE

L.E.O ELVIRA ROMERO VENCES
PRIMERA VOCAL

Q.F.B. MARIA JAZMIN VALENCIA GUZMÁN
SEGUNDA VOCAL



DEDICATORIAS

A MIS PADRES:

*Sr. Carlos Murillo Herrera
Sra. Micaela Hernández Flores*

Que siempre han estado conmigo en cada paso que he dado y saben el esfuerzo que he hecho para lograrlo, por todo su amor y cariño. Gracias por enseñarme a ser una persona de bien, por impulsarme siempre a seguir adelante con sus grandes consejos y darme todas las herramientas para enfrentar la vida. Gracias por todo el apoyo moral y económico durante todo este tiempo, Hoy comparto con ustedes esta alegría de haber concluido una carrera profesional y como siempre dijiste papá es la herencia más grande que me pudiste dar.

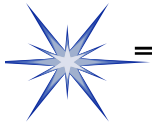
A MIS HERMANOS:

Javier, Carlos, César y Karla

Gracias por estar conmigo y por los grandes momentos que compartimos en nuestra infancia, aunque cada uno de nosotros tomo rumbos diferentes siempre los llevo conmigo.

A MIS AMIGAS Y AMIGOS:

Por su comprensión y apoyo ya que siempre estuvieron conmigo en los malos y buenos momentos, gracias por haber compartido mis tristezas y alegrías.



AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Gracias por haberme dado la vida, por brindarme la oportunidad de de llegar hasta donde hoy estoy y que siempre me siga iluminando y guiándome en todo el camino que me falta por recorrer.

A TODOS MIS PROFESORES:

Por toda la enseñanza que adquirí de ustedes, por transmitirme sus grandes conocimientos gracias por haber participado en mi formación profesional.

A LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS:

Que me han formado, en especial a la Facultad de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Michoacana de san Nicolás de Hidalgo por brindarme la oportunidad de continuar con mis estudios superiores.

A MIS ASESORAS:

M. C. MARIA CRISTINA MARTHA REYES GUZMÁN
M.E.Y.A.S. MARTHA I. IZQUIERDO PUENTE

Quiero expresar mi gratitud y afecto por ser unas personas cálidas, por transmitirme sus grandes conocimientos, por todo su valioso tiempo que me brindaron durante mi investigación, muchas gracias.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1-2
I.- INTRODUCCIÓN.....	3
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
III.- JUSTIFICACIÓN.....	5-6
IV.- OBJETIVOS.....	6
4.1.- Objetivo General.....	6
4.2.- Objetivo Especifico.....	6-7
V.- MARCO TEÓRICO.....	9-55
VI.- HIPÓTESIS.....	56
VII.- METODOLOGÍA.....	56
7.1.- Variables.....	56
7.1.1.- Variable dependiente.....	56
7.1.2.- Variable independiente.....	56
7.1.3.- Tipo de estudio.....	56
7.1.4.- Población y muestra.....	56
7.1.5.- Criterios de inclusión.....	57
7.1.6.- Criterios de exclusión.....	57
7.1.7.- Criterios de eliminación.....	58
VIII.- ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	58
8.1. Tiempo.....	58
8.2.- Espacio.....	58
IX.- MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	58
X.- MANEJO DE DATOS.....	59
XI.- ÉTICA.....	59
XII.- RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	60-102
XIII.- CONCLUSIONES.....	103-105
XIV.- PROPUESTAS.....	106-107
XV.- BIBLIOGRAFÍA.....	108-109
XVI.- ANEXOS.....	110-113

RESUMEN

TÍTULO: “FACTORES PERSONALES, SOCIOCULTURALES Y PSICOLÓGICOS QUE INFLUYEN PARA QUE LAS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS SE EMBARACEN”. **OBJETIVO GENERAL:** Analizar los principales factores personales, socioculturales y psicológicos que influyen para que las adolescentes de 14 a 19 años se embaracen, en el hospital rural IMSS- Oportunidades N° 31 de Huetamo de Núñez Michoacán en el periodo de marzo del 2007. **METODOLOGÍA:** Estudio Restrospectivo, Transversal y Descriptivo. **MUESTRA:** estuvo integrada por 31 adolescentes embarazadas. **RESULTADOS:** En el estudio llevado a cabo en el Hospital Rural IMSS- Oportunidades N° 31 de Huetamo de Núñez Michoacán en el periodo de marzo del 2007 se encontró que el grupo de edad en donde se encuentra el mayor número de embarazos es el de 16 a 17 años con el 49.1%, el 51.6% de las adolescentes solo cuentan con escolaridad secundaria, también observamos que el 77.4% de las adolescentes viven en unión libre. El 71.0% de las adolescentes embarazadas actualmente se dedican al hogar, ya no continuaron con sus estudios. Se encontró que el 71.0% de las adolescentes embarazadas manifestó que su nivel económico es bajo. Las principales causas del embarazo son: El 3.2% de las adolescentes se embarazo por falta de información, el 6.5% para salirse de su casa, el 35.1 % porque ya quería ser mamá, mientras que el 51.6% refirió que por descuido y el 3.2% porque se sentía sola y ya quería ser mamá. La mayoría de las adolescentes manifestaron haberse embarazado por descuido, como podemos observar el embarazo en la adolescencia es un grave problema en nuestro medio social. Los hijos de las madres adolescentes, por su parte, hacen frente a un riesgo elevado de enfermedad y de muerte, de abandono y de convertirse en niños callejeros y de verse atrapados en un ciclo de pobreza que pasa de una generación a otra.

Es importante Incrementar acciones de información, educación y comunicación a nivel de la Atención Primaria de Salud, en la que se incorporen los temas de salud sexual y reproductiva; en los adolescentes iniciando desde la escuela primaria, así mismo Ofrecer educación sexual y anticonceptiva a los padres de familia haciéndoles énfasis en la importancia que tienen el que ellos aborden estos temas con sus hijos, para poder disminuir los altos índices de embarazo en la adolescencia que se presentan en México,

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realizó con la finalidad de conocer los factores personales, socioculturales y psicológicos que influyen para que las adolescentes de 14 a 19 años se embaracen, en el hospital IMSS-Oportunidades N° 31 de Huetamo de Núñez Michoacán

El trabajo consta del planteamiento del problema en el cual se menciona la magnitud y las tendencias en embarazo en adolescentes. Continúa la justificación en donde se menciona cual fue la finalidad de llevar a cabo este estudio, posteriormente se plasman los objetivos de esta investigación.

Se prosigue con el marco teórico en el cual se mencionan los aspectos que se desarrollaron para fundamentar la investigación. Después se mencionan los tipos de hipótesis que se comprobarán con este trabajo. También se plasma el material y método en este apartado se dan a conocer las variables que se utilizaron, el tipo de estudio, la población y muestra por las cuales se conformo la investigación, también se describen los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Posteriormente se hace mención de la organización de la investigación en la cual se describen los recursos humanos, físicos, así como el tiempo y el espacio que se requirieron para la realización de la investigación. A continuación se incluye el método de recolección de datos y el manejo que se les dará.

Se explican los aspectos éticos que se cumplieron, así mismo la presentación de los resultados, continúan los anexos, específicamente el instrumento del estudio, y finalmente se presenta la bibliografía revisada en la cual se llevó a cabo la consulta.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en la adolescente es un problema de salud pública y un fenómeno social de importancia creciente, con etiología multifactorial que repercute en las dimensiones biopsicosociales, culturales, espirituales, afectando de manera importante los planes de vida y futuro de las madres jóvenes.¹

Un gran porcentaje de los embarazos que se presentan en la adolescencia son accidentales, es decir, no planeados y generalmente ocurren cuando las jóvenes no están informadas acerca del riesgo de un embarazo.²

El embarazo en la adolescente no sólo afecta a las personas y familias involucradas sino también a la sociedad en su conjunto. No obstante, este fenómeno tiene consecuencias distintas para las madres adolescentes, sus hijos y la sociedad en general.

Cada año 14 millones de mujeres adolescentes (es decir, entre los 15 y los 19 años) dan a luz en el mundo, lo cual representa poco más del 10% del total de nacimientos a nivel mundial.³

Por lo anterior surge la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores personales, socioculturales y psicológicos que influyen para que las adolescentes de 14 a 19 años se embaracen, en el hospital rural IMSS-Oportunidades N° 31 de Huetamo de Núñez Michoacán en el periodo de marzo del 2007?

¹ http://www.intermedik.com.mx/centrodeatencionintegral_%20articulo1.htm

² PICK Susan "planeando tu vida" editorial planeta, séptima edición, México D.F. julio 2002, Pp. 113-116.

³ Hoja informativa GIRE, grupo de información en reproducción elegida, A.C.

III. JUSTIFICACIÓN

El embarazo adolescente presenta un riesgo mucho mayor tanto para la mamá como para el bebé. En ambos casos se advierten mayores complicaciones y un índice más alto de mortalidad. Pero existen otras razones por las que la preñez de la adolescente es rechazada socialmente.⁴

La fecundidad total y la del grupo de 15 a 19 años han disminuido en la región de las Américas. Sin embargo, estos descensos no han sido de igual magnitud en todos los grupos etáreos, ni en todos los países. La tasa de fecundidad específica en el grupo de 14 a 19 años en América Latina fluctúa entre 60 y 130 nacimientos por 1.000, tendiendo en general las tasas de fecundidad en adolescentes a ser más altas en los países de fecundidad alta.⁵

El número de embarazos en las adolescentes se ha ido incrementando y aunque las cifras reales son desconocidas en México, las estadísticas oficiales revelan que los grupos más numerosos de mujeres en edad fértil se localizan entre las generaciones más jóvenes, donde las mujeres de 15 a 19 años representan 19.5% del total de las mujeres en edad fértil, porcentajes que año con año se han ido incrementando.⁶

En México el número de mujeres adolescentes se incremento de manera importante durante los últimos 30 años. En 1970 había aproximadamente 5.7 millones, para el año 2000 esta población casi se duplico al llegar a 10.7 millones. En contraste, durante este mismo periodo la tasa de nacimientos en madres adolescentes descendió de forma considerable, mientras que en 1970 había 58

⁴ <http://www.latinsalud.com/articulos/00258.asp?ap=3>

⁵ <http://escuela.med.puc.cl/ops/Curso/Lecciones/Leccion15/M3L15Leccion2.html>

⁶ http://www.intermedik.com.mx/centrodeatencionintegral_%20articulo1.htm

nacimientos por cada mil mujeres adolescentes, para el año de 1998 se redujo a 36 nacimientos por cada mil (CONAPO, 1998).⁷

En esta investigación se englobaran los principales factores personales, socioculturales y psicológicos que influyen para que las adolescentes se embaracen.

Por lo anteriormente mencionado se realizará esta investigación acerca de los factores personales, socioculturales y psicológicos que influyen para que las adolescentes de 14 a 19 años se embaracen, en el hospital rural IMSS- Oportunidades N° 31 de Huetamo de Núñez Michoacán en el periodo de marzo del 2007?

IV. OBJETIVOS

4.1.-Objetivo General

Analizar los principales factores personales, socioculturales y psicológicos que influyen para que las adolescentes de 14 a 19 años se embaracen, en el hospital rural IMSS- Oportunidades N° 31 de Huetamo de Núñez Michoacán en el periodo de marzo del 2007

4.2.-Objetivos Específicos

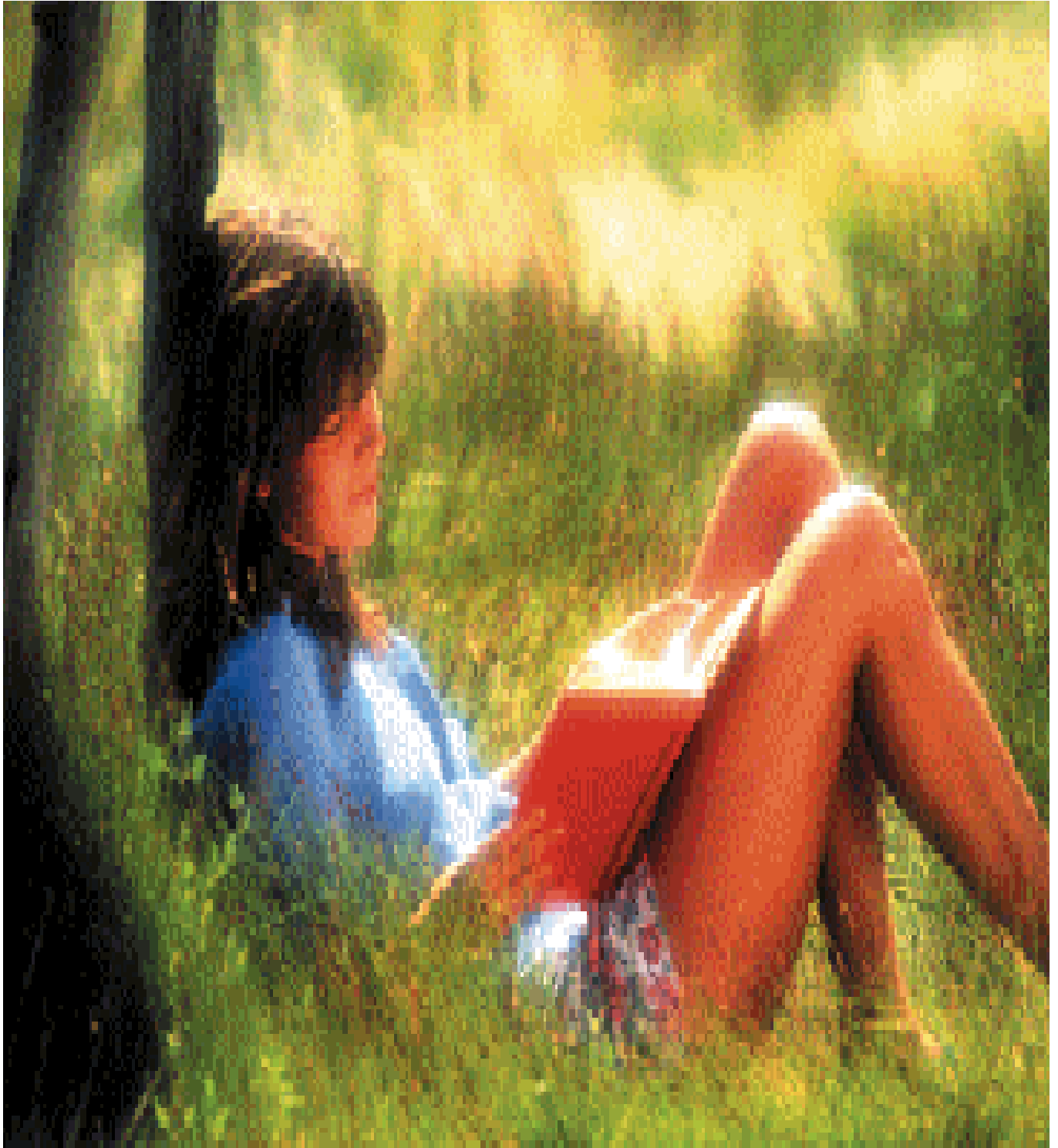
Identificar los factores personales que influyen para que las adolescentes de 14 a 19 años se embaracen, en el hospital rural IMSS- Oportunidades N° 31 de Huetamo de Núñez Michoacán.

⁷ "Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes" Dirección General de Salud Reproductiva, México D.F.2002 Secretaría de Salud, Pp. 35-44.

Determinar los factores socioculturales que influyen para que las adolescentes de 14 a 19 años se embaracen, en el hospital rural IMSS- Oportunidades N° 31 de Huetamo de Núñez Michoacán.

Determinar los factores psicológicos que influyen para que las adolescentes de 14 a 19 años se embaracen, en el hospital rural IMSS- Oportunidades N° 31 de Huetamo de Núñez Michoacán.

Foto: W. Walter Bibikow THE IMAGE BANK



V. MARCO TEORICO

La adolescencia es la etapa que supone la transición entre la infancia y la edad adulta. Este periodo de la vida se identifica con cambios dramáticos en el cuerpo y la psicología.

La adolescencia es un fenómeno cultural y social y por lo tanto sus límites no se asocian fácilmente a características físicas. La palabra deriva del significado latino del verbo *adolescere* "crecer".⁸

La raíz de la palabra adolescencia viene de adolecer (carecer o no tener suficiente). En esta etapa se adolece de experiencias, madurez y otras facultades para pensar y actuar de la manera responsable que lo haría un adulto con experiencia. Al enfrentarse a los retos de la vida, carece en esta etapa de: seguridad, serenidad, estabilidad, claridad, autocontrol, madurez y objetividad. En la adolescencia los hijos dependen menos de los padres en el aspecto socio-emocional. Es aquí donde inician su camino a la vida adulta.⁹

La adolescencia transcurre, según la OMS, entre los 10 y 19 años. Sin embargo, hay quienes plantean que se extiende hasta los 23 ó 24 años, edad en que las muchachas y los muchachos terminan sus estudios universitarios y se insertan en la vida laboral.

Adolescencia: transición durante el desarrollo entre la niñez y la edad adulta que entraña importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales.¹⁰

Se caracteriza por una serie de cambios orgánicos, (pubertad) así como la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres, acompañados de profundos cambios

⁸ <http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia>

⁹ <http://www.geocities.com/creanimate123/Quees-adolescencia.htm>

¹⁰ DIANE E. Papalia "psicología del desarrollo del desarrollo de la infancia a la adolescencia" editorial Mc Graw Hill, novena edición, México D.F. 2004, Pp. 431-432.

psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil.¹¹

INFANCIA Y ADOLESCENCIA

El estudio psicoanalítico de la adolescencia, que empezó a adquirir importancia a principios del siglo XX, comprende la relación entre la adolescencia y la infancia. No podemos considerar al joven como un fragmento aislado de las etapas anteriores, pues la persona constituye un conjunto indisoluble que pasa, desde la infancia, por una serie de transformaciones sin perder nunca su propia individualidad. La forma en que cada niño aborde su adolescencia dependerá de su proceso psicológico anterior.

El psicoanalista Ernest Jones demostró que el individuo recapitula y amplía en la segunda década de vida el desarrollo que experimentó durante sus primeros años de infancia. Meyer Blos confirma esta idea al afirmar: *lo característico y lo específico del desarrollo adolescente está determinado por organizaciones psicológicas anteriores y por experiencias individuales acaecidas durante los años que preceden al periodo de latencia.*

El Yo del niño, tal como quedó constituido en su infancia, iniciará, una vez llegado a la adolescencia, una lucha para poder superar los conflictos, utilizando para ello todos los mecanismos de defensa de que pueda disponer.

En su proceso de maduración, el niño pasa por diferentes fases. Una satisfacción o una carencia excesiva en una de ellas retrasará o entorpecerá su desarrollo posterior y añadirá problemas a la ya de por sí conflictiva etapa de la adolescencia.

¹¹ FRENK M. Julio "Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes" Dirección General de Salud Reproductiva, México D.F. 2002 Secretaría de Salud, Pp. 13-14.

Cambios psíquicos

Dentro de los cambios psíquicos que surgen durante la adolescencia, el individuo se ve amenazado por una serie de tensiones debidas a la reaparición de sus deseos instintivos reprimidos, que van a producirle una gran angustia. La superación de esta obligara al adolescente a poner en juego sus más firmes defensas, que estarán en parte condicionadas por la seguridad o por la madurez acumulada durante la anterior: la infancia.

Frecuentemente se ven padres que se quejan del gran egoísmo de los hijos y de la frialdad de sus relaciones afectivas para con la familia. Sin embargo, los adolescentes son también capaces de los mayores sacrificios o de establecer unas relaciones de amistad o de amor muy apasionadas. Pueden igualmente pasar de un comportamiento ascético a una actitud de entrega a cualquier tipo de sensación que les produzca placer.

Estas oscilaciones y cambios de humor y de carácter se han justificado, desde una perspectiva psicológica, a partir de dos puntos de vista contrapuestos. Uno de ellos se basaría en los cambios fisiológicos que se producen a partir de la pubertad, y el otro establecería una total independencia entre los procesos físico y psíquico, e interpretaría estos últimos como la señal de que el individuo ha llegado a su madurez anímica.¹²

La organización mundial de la salud (OMS) define la sexualidad como << la integración de los elementos corporales, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor >>. A partir de ahí podemos deducir que muchas de las creencias que circulan en torno a la sexualidad son mitos y errores que conviene aclarar para que la sexualidad se desarrolle felizmente. Bajo este prisma la sexualidad se ha visto como algo malo o sucio, excepto si se practicaba para tener los hijos o limitada a la vida de casados y reducida a los genitales. Sin

¹² CAMPO J. Alberto "psicología del niño y del adolescente" volumen 3 editorial Dánae, sexta edición, Pp. 250-252.

embargo nada que ver con la realidad: es una de las dimensiones más hermosas, que abarca toda parcela de nuestro cuerpo y mente y que es una fuente inagotable de placer.¹³

ASPECTOS BIOPSIICOSOCIALES DE LA SEXUALIDAD DE LOS/ LAS ADOLESCENTES

Una de las características fundamentales del ser humano es el hecho de vivir en sociedad. Para satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales las personas requieren participar dentro de los diferentes grupos sociales. De estos grupos resalta por su importancia la familia, considerada como núcleo primario y fundamental para promover la satisfacción de las necesidades humanas básicas, y sobre todo de los hijos quienes por su carácter dependiente ahí encuentran respuesta a sus carencias. En ella reciben la educación necesaria para transformarse en adultos independientes.

En épocas anteriores los hijos vivían en familia con un rol claramente determinado por su sexo: el varón sería el sustituto del padre y la mujer ayudaría en las tareas domésticas. Cuando dejaban de ser niños, se les consideraba adultos y desempeñaban el papel que tenían asignado.

Para el joven de las sociedades tribales, basadas en sólidas tradiciones, la incorporación al mundo de los adultos se efectúa a través de los ritos de iniciación generalmente dolorosos y peligrosos, pero aceptados de buen agrado porque no hay otra forma de conquistar los privilegios del adulto. Una vez superados, el resto de la tribu entiende que la persona en cuestión posee las capacidades y cualidades de adulto y como tal se le trata. Los jóvenes inmersos en estas sociedades saben exactamente que se espera de ellos y lo siguen sin protestar.

Con la llegada de la industrialización, la familia sufrió transformaciones al pasar a vivir a los centros urbanos. El padre se integra como trabajador a la fábrica y la

¹³ MADUEÑO, Conchita "Enciclopedia de sexualidad para adolescentes" tomo I, editorial Libsa, 2005.

madre es la encargada de cuidar el hogar y a los hijos. Por su parte los hijos no tienen una función social definida, si no que, llegado el momento, requieren integrarse a la vida productiva de la sociedad, pero el acceso al papel del adulto(a) no se consigue mediante un rito de iniciación, si no que será un proceso lento y casi siempre difícil.

La aparición de la pubertad indica al/la joven que ya no es niño(a), pero la sociedad tampoco lo reconoce como adulto. No ha abandonado por completo la infancia y tampoco puede enfrentar de lleno las demandas del adulto.

La adolescencia en las sociedades urbanas es un periodo que se caracteriza por su larga duración, su indeterminación, por la fuerte carga de conflicto y por la asincronía entre la madures psicosocial. Biológicamente el/la adolescente es prácticamente un (a) adulto(a), tiene la capacidad para reproducirse y puede pensar en términos de adulto, sin embargo, socialmente no es niño(a) pero tampoco tiene un lugar en el mundo de los adultos, y pasara un largo tiempo antes de que se le permita insertarse en la vida productiva y de ser autosuficiente. La resolución de la adolescencia se da cuando el/ la joven ha logrado una manera de pensar, sentir y actuar mas o menos estable que le permita autonomía personal y adaptación social.

La adolescencia es el periodo crucial del ciclo vital en el que los individuos toman una dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo y asumen para si las funciones que se les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio.

Durante esta etapa los jóvenes experimentan cambios en diferentes planos. En primer lugar alcanzan la madurez física y la capacidad reproductiva, así mismo su desarrollo intelectual les permite elaborar juicios críticos y pensamientos abstractos, por otro lado aumenta su responsabilidad social puesto que no tienen la continua vigilancia de los padres en su actuación social.

Durante la adolescencia los/las jóvenes se identifican mas claramente con su sexo y consolidan su identidad de genero al observar los roles que desempeñan los adultos como hombre o mujer.

Hablar de sexualidad no es equivalente al coito y reproducción, no significa descargar el impulso sexual, tampoco se refiere al impulso sexual aislado, ni únicamente a la expresión sexual de la masculinidad o femineidad. Sexualidad es la expresión integral del ser humano en función de su sexo vinculado a los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Sexualidad y reproducción se encuentran unidos a las condiciones culturales que determinan los roles que han de jugar los hombres y mujeres.

ASPECTOS BIOLOGICOS DE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE

Durante este periodo en las mujeres se manifiestan cambios característicos como crecimiento de los senos, aparición del vello púbico y la primera menstruación. En los hombres se hace evidente el cambio de voz, surge el vello púbico y se producen las primeras emisiones de espermatozoides, estas manifiestan el inicio de la madurez sexual cuya consecuencia natural es la capacidad reproductiva.

Los cambios biológicos durante la adolescencia adquieren un significado especial para la vida y la sexualidad de los/las adolescentes, puesto que representan la nueva realidad que han de vivir como adultos, tanto en un aspecto físico como psicológico y social.

ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE

Durante la adolescencia la capacidad física, sexual, imaginativa, intelectual y crítica funcionan con mayor intensidad que en cualquier otro momento de la vida. Es tiempo de cambios diversos e intensos. Las alteraciones hormonales y emocionales pueden exagerarlo todo.

Los/las jóvenes ya no piensan a partir de los objetos reales, si no que ahora son capaces de crear objetos ideales, de imaginar situaciones que no existen, al

menos dentro de su experiencia. El/ la joven intentan dominar la realidad con las teorías, sin embargo en muchas ocasiones confunde lo posible con lo real.

La capacidad de abstracción aunada a los contenidos infantiles, provoca que los adolescentes observen la vida de manera funcional y omnipotente. Se sienten capaces de transformar el mundo, pero aun no tienen la experiencia y conocimientos necesarios para evaluar la consecuencia de sus acciones, además no aceptan consejos por que consideran que son poseedores de la nueva realidad.

La omnipotencia del pensamiento los lleva a pensar: “a mí nunca me va a pasar eso”, el resultado es una serie de conductas temerarias que le sirven de autoafirmación. Que sin embargo pueden representar importantes riesgos para su identidad personal. Entre ellas tener relaciones sexuales sin protección que ocasionan embarazos no planeados.

PRINCIPALES FENOMENOS SOCIALES RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD

Las diferencias sociales relacionadas entre hombres y mujeres, la masculinidad y femineidad, así como las conductas inherentes a ello, no son naturales se derivan de la manera en como cada cultura legitima sobre un hecho biológico (la diferencia de los genitales externos), una valoración desigual para los hombres y mujeres, generando una relación de subordinación por parte de la mujer al hombre. Esta forma de entender la relación social entre hombres y mujeres se denomina género.

El enfoque de género cubre tres elementos:

La asignación de género se refiere a la rotulación como hombre o mujer que realizan las personas que tienen contacto con el/la recién nacido(a), con base en la apariencia de los genitales externos. A partir de ello, la familia y la sociedad se

encargarán de educarlo(a) en función de ese señalamiento. Al mismo tiempo, la educación recibida se expresará mediante el rol de género.

El término rol de género se emplea para hacer referencia al conjunto de expectativas de comportamiento consideradas como apropiado para las personas un sexo (órganos sexuales). El rol se constituye con el conjunto de normas, valores y prescripciones que dicta la sociedad, definiendo el comportamiento masculino y femenino.

Identidad de género es la convicción personal de ser hombre o mujer, lo cual conlleva la demanda social de comportarse como tal para corresponder con la idea de masculinidad o femineidad que se maneja a nivel sociocultural. La identidad de género estructura la vida de el/la niño(a) en forma de sentimientos, actitudes, manera de pensar y relacionarse, empleo, etc.

En la adolescencia el/la joven necesitan comprender cuál es su papel en la vida, para conducirse de acuerdo a las determinaciones preestablecidas.¹⁴

Cambios en la adolescencia:

- Físicos
 - crecimiento acelerado.
 - aumento de peso.
 - cambio de voz, entre otros...

- Desarrollo sexual
 - cambios en el cuerpo.
 - sensaciones que no conocen.
 - interés por conocer su cuerpo y el del sexo opuesto.

¹⁴ FRENK M. Julio "Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes" Dirección General de Salud Reproductiva, México D.F.2002 Secretaría de Salud, Pp. 33-34.

- Socio emocionales
 - ocurre una crisis de identidad (según el psicoanalista alemán Eric Erikson).
 - búsqueda para definir su identidad y personalidad.
 - están centrados en sí mismos.
 - piensan que todo el mundo los está mirando y hablando de ellos.
 - cambios continuos de estados de ánimo; se vuelven irritables, tensos, ansiosos y sensibles.
 - su comportamiento es difícil de entender.

- Sociales
 - los padres dejan de ser los personajes principales en sus vidas.
 - buscan la aprobación de sus pares.
 - se esfuerzan por ser atractivos para el sexo opuesto.
 - los amigos se convierten en las personas más importantes.

- Intelectuales
 - comienzan a pensar de forma más abstracta y reflexiva.
 - decae el rendimiento académico, pues hay reducción en el interés por el aprendizaje y aumento por las actividades sociales.

- Otras características
 - son impulsivos.
 - temen “hacer el ridículo”, por lo que evitan sobresalir frente a los demás, (principalmente frente a los adultos).
 - son desordenados.
 - les gustan las experiencias excitantes y peligrosas (son temerarios).
 - les gusta llamar la atención frente a sus amigos.¹⁵

¹⁵ <http://www.geocities.com/creanimate123/Quees-adolescencia.htm>

Las etapas de la adolescencia**A) La pubertad o adolescencia inicial (11 a 14 años)**

- Nace la intimidad o es el despertar del propio “yo”.
- Crisis de crecimiento físico, psíquico y maduración sexual.
- No hay aún conciencia de lo que ocurre.
- Conoce por primera vez sus limitaciones y debilidades y se siente indefenso ante ellas.
- Desequilibrio en sus emociones que se refleja en la gran sensibilidad exagerada y la irritabilidad de carácter.
- “No sintoniza” con el mundo de los adultos.
- Se refugia en el aislamiento o en el grupo de compañeros de estudio o de “cuates” o se integra a una pandilla.

B) La adolescencia media (13 a 17 años)

- Del despertar del “yo”, se pasa al descubrimiento consciente del “yo” o de la propia intimidad. La introversión ahora toma lugar, pues el adolescente medio necesita vivir dentro de sí mismo.
- Surge la necesidad de amar. Suelen tener intensas amistades. Surge “el primer amor”.
- La timidez es característica de esta fase. Miedo a la opinión ajena, causado por la desconfianza en sí mismo y en los demás.
- Conflicto interior o de la personalidad.
- Comportamientos negativos, de inconformismo y agresividad hacia los demás. Causado por la frustración de no poder valerse por sí mismos.

C) La adolescencia superior (16 a 22 años)

- Comienza a comprenderse y a encontrarse a sí mismo y se siente mejor en su

integración en el mundo en que vive.

- Presenta un progreso significativo en la superación de la timidez.
- Es más sereno en su conducta. Se muestra menos vulnerable a las dificultades.
- Tiene mayor autodominio.
- Es la etapa de la toma de decisiones importantes: futuro, estudios.
- Empieza a proyectar su vida.
- Establece relaciones personales más personales y profundas.¹⁶

COMPORTAMIENTO SEXUAL EN LOS ADOLESCENTES

La media de edad para la iniciación de la actividad sexual es de 16.2 años en las mujeres y de 15.17 años en los varones. Aunque las mujeres afroamericanas tienden iniciarse en la actividad sexual en edades más precoces que las blancas, las diferencias raciales están comenzando a dispararse debido al aumento de la incidencia en la actividad sexual, en edades más precoces las blancas, la diferencia raciales están comenzando a disiparse debido al aumento de la incidencia de actividad sexual premarital entre las adolescentes blancas.

Además las diferencias raciales, otros factores demográficos y psicosociales se han relacionado con la actividad sexual prematrimonial en los adolescentes. Entre los primeros tenemos: edad más avanzada, nivel socioeconómico más bajo, familias con un solo progenitor y falta de credo religioso. Los factores psicosociales son la percepción de que sus amigos son sexualmente activos y meta educativa bajos. Además de esto se ha encontrado que los adolescentes tienen más posibilidades de mantener actividad sexual si adoptan otros comportamientos de riesgo como el consumo del tabaco y alcohol.

No está clara la influencia que tiene la comunicación (o la carencia de esta) entre los padres y los adolescentes. Algunos investigadores han encontrado que la

¹⁶ http://www.aulaclick.com/seccion_home.asp?seccion_id=30417¬icia_id=3172

comunicación es un fuerte indicio de si el adolescente se iniciara o no en actividad sexual, pero otros no han observado dicha relación.¹⁷

La comunicación parece ser especialmente difícil durante la adolescencia, cuando los adolescentes están autoafirmando su independencia respecto de sus familias.

Esa búsqueda de independencia ocurre algunas veces por medio de la actividad sexual. Sin embargo, muchos adolescentes evitan buscar y usar algún método anticonceptivo por que temen que sus padres descubran que sostienen relaciones sexuales.

El despertar sexual de los hijos pone en evidencia la sexualidad de los padres y esto puede producir enfrentamiento intrafamiliares. Esta y otras actitudes que se presentan en esta etapa pueden dar origen al conflicto familiar. Cuando no hay posibilidad de conflicto o negociación, el adolescente puede algo o alguien que lo rescate. Entonces piensa en huir de la casa, casarse o embarazarse para satisfacer su necesidad de compañía. También logra evadirse de situaciones intolerables a través de la droga, el alcohol, o adopta una conducta delictiva como muestra de su inconformidad.¹⁸

En la adolescencia un problema creciente es el de las madres adolescentes, personas en la formación a la búsqueda de su propia identidad. Esto no constituye una base firme para la constitución de la maternidad temprana, a menudo no buscada, si no accidental, ligada solo como consecuencia imprevista, por negación o solo por falta de información a la experimentación sexual, a la atracción adolescente por el riesgo, o una búsqueda inmadura de contacto y calidez que poco tiene que ver con las relaciones sexuales adultas. Se ha expresado mucha preocupación respecto a que, el ayudar a la gente joven evitar o

¹⁷ LEONARD L. Deitra, "Enfermería materno infantil", editorial Harcourt Brace, sexta edición, Pp. 960-970.

¹⁸ PICK Susan "planeando tu vida" editorial planeta, séptima edición, México D.F. julio 2002, Pp. 27-29.

interrumpir un embarazo no deseado, conduce al debilitamiento o la pérdida de los valores que son la base de una familia sana. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que demasiados matrimonios se han establecido solamente para legalizar una experiencia sexual y que demasiadas familias se han iniciado por accidente.¹⁹

¹⁹ CAMPO J. Alberto "psicología del niño y del adolescente" volumen 1 editorial Danae, sexta edición, Barcelona España, Pp. 43-44.



EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Embarazo: estado de la mujer en cinta, desde la fecundación hasta el parto.²⁰

Definición

Se llama embarazo adolescente a la preñez de las mujeres menores de 19 años, edad en la que se considera que termina esta etapa de la vida. Sin embargo, muchos psicólogos advierten que esta edad se está ampliando. Algunos aseguran que se ha extendido hasta los 24 años promedio. Esto quiere decir que los adolescentes son capaces de procrear mucho antes de alcanzar la madurez emocional.²¹

El embarazo durante la adolescencia es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y del producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los / las jóvenes.

El embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre en mujeres menores de 20 años (Stern, 1997). A nivel mundial, cada año nacen 15 millones de niños(as) de mujeres menores de 20 años lo que representa la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados. De ellos, aproximadamente el 60 % no son planeados (IPAS, 1999).²²

Se llama así, aquel embarazo que ocurre durante la adolescencia (10-19 años) momento en el cual los jóvenes no reúnen las condiciones de madurez sexual y social para asumir la maternidad y paternidad.²³

²⁰ ALBOUKREK Aarón "diccionario LAROUSSE" editorial Larrousse, primera edición, México D.F. 2004, Pp.255.

²¹ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001516.htm>

²² FRENK M. Julio "Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes" Dirección General de Salud Reproductiva, México D.F.2002 Secretaría de Salud, Pp. 17-29

²³ <http://www.corposaludtachira.gov.ve/embarazo.htm>

Las razones por las cuales los adolescentes tienen sexo y lo hacen sin adoptar métodos efectivos de anticoncepción es un tema de debate. A continuación, se citan algunas de ellas:

- Los adolescentes adquieren su madurez sexual (fertilidad) aproximadamente cuatro o cinco años antes de alcanzar su madurez emocional.
- En la actualidad, los adolescentes se están desarrollando en una cultura donde sus amigos, la televisión, las películas, la música y las revistas generalmente transmiten mensajes directos o sutiles, en los que se sugiere que las relaciones prematrimoniales (específicamente las que los comprometen) son comportamientos comunes, aceptados e incluso esperados de ellos.
- Con frecuencia, no se ofrece educación acerca de los comportamientos sexuales responsables e información clara y específica con respecto a las consecuencias de las relaciones sexuales (el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y los efectos psicosociales). Por lo tanto, la mayor parte de esta "educación sexual" está llegando a los adolescentes a través de los compañeros mal informados o no informados.

En comparación con otros países industrializados, los Estados Unidos tienen las tasas más altas de embarazos, abortos y nacimientos entre los adolescentes, a pesar de que los demás países tienen tasas de actividades sexuales similares o mayores.

- La vida en comunidades o la asistencia a escuelas en donde la procreación a una edad temprana es común y vista como normal y no como un tema de preocupación.
- Crecer en condiciones de pobreza.
- Haber sido víctimas de abuso sexual.

- Ser hija de una madre que tuvo su primer parto a una edad de 19 o siendo aún más joven.²⁴

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE?

Las causas del embarazo adolescente están determinadas básicamente por factores socioculturales y también se cuentan elementos psicológicos. En sectores amplios de la sociedad mexicana, por ejemplo en la población rural y marginal urbana donde el embarazo temprano es más frecuente, la maternidad forma parte del destino social de la vida de las mujeres y en muchas ocasiones es la única forma de valoración social de que disponen.

A diferencia de estos grupos, en las zonas urbanas la mayor parte de las adolescentes tiene expectativas de educación o empleo que se contradicen con un embarazo a esa edad, en estos casos, el embarazo precoz es más bien producto de la falta de información, falla en los métodos anticonceptivos y difícil acceso a servicios de anticoncepción.²⁵

CAUSAS

Dentro de los factores potenciales de riesgo de embarazo en las adolescentes están:

- Las salidas tempranas (las citas a la edad de 12 años están relacionadas con una probabilidad del 91% de tener relaciones sexuales antes de los 19 años y las citas a la edad de 13 se asocian con una probabilidad del 56% de actividad sexual durante la adolescencia).
- El consumo de alcohol u otras drogas, incluyendo los productos del tabaco.
- La deserción escolar.

²⁴ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001516.htm>

²⁵ Hoja informativa GIRE, grupo de información en reproducción elegida, A.C.

- La falta de sistemas de apoyo o tener pocos amigos.
- La falta de participación en actividades escolares, familiares o comunitarias.
- La percepción baja o nula de oportunidades para el éxito personal.²⁶

Las causas del embarazo adolescente están determinadas básicamente por factores socioculturales, donde también intervienen elementos psicológicos.

Factores socio- culturales. En relación con los factores de riesgo de carácter sociocultural, es importante señalar la influencia que tienen los medios de comunicación social sobre la población adolescente. Estos ejercen una gran presión debido a la inmensa cantidad de estímulos sexuales, así como una pseudo valoración de éste como placer, es decir, sin compromiso afectivo.

Los adolescentes que escogen ser sexualmente activos se limitan a información de sus compañeros, influencias paternas, financieras, culturales y políticas así como también a su propio desarrollo, que está limitado (pues es antes físico que emocional).²⁷

- Idealización o alta valoración de la maternidad: en sociedades como la nuestra, la maternidad es considerada como una forma de realización personal, principalmente en algunos sectores sociales y regiones del país. La adolescente ve cifradas su expectativa de idea en tener hijos, pues proporciona estatus dentro de su comunidad. Ello esta íntimamente relacionado con la fantasía de alcanzar la madurez y la adultez.
- Familias disfuncionales en su estructura y dinámica: situaciones de inestabilidad en el hogar, pueden limitar el pleno equilibrio, seguridad y desarrollo del adolescente sometiéndolo a un mayor riesgo de relaciones sexuales tempranas o un embarazo. Podemos mencionar como las mas significativas:

²⁶ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001516.htm>

²⁷ http://www.intermedik.com.mx/centrodeatencionintegral_%20articulo1.htm

- Desarticulación, incongruencia o ausencia de roles (mujer, hombre, padre, madre, hijo etc.).
- Abandono de la figura significativa (padre, madre, tío, abuelo, etc.).
- Promiscuidad por hacinamiento (incesto, violación).
- Presencia de un caso de embarazo precoz dentro del hogar (madre, hermana), como modelaje o factor que propicia cambios en la dinámica familiar.
- Inadecuada comunicación entre los adolescentes, y los adultos significantes (padres, maestros, etc.): esto propicia relaciones conflictivas y sentimientos de soledad que pueden impulsar al adolescente a refugiarse en la pareja o amigos.
- Medios de difusión masiva: el mensaje que se trasmite a través de ellos (cine, televisión, radio) a veces distorsionan y reducen la expresión de la sexualidad a manifestaciones cargadas de erotismo, violencia. Se propician actitudes, conductas y estilos de vida donde la responsabilidad, respeto, libertad y amor pierden su real valor en el contexto de las relaciones humanas.
- Escasa o distorsionada información y orientación en el área de la sexualidad: la existencia de prejuicios en nuestra cultura, propicia la negación de la sexualidad como expresión natural del ser humano. Esta condición, limita a muchos adultos a suministrar información adecuada y a tiempo a los jóvenes. En muchas ocasiones esto propicia a los adolescentes, la satisfacción de esta necesidad a través de otras vías que pueden ser poco sanas o inadecuadas.
- Desconocimiento del uso de los métodos anticonceptivos: muy relacionado con lo anterior, los jóvenes poco saben cuales métodos más apropiados para cada persona, como se utilizan y cual es su margen de efectividad.

- Necesidades básicas insatisfechas: debido a presiones económicas la adolescente puede verse involucrada o impulsada a tener relaciones sexuales o quedar embarazada, basando en la pareja la resolución o superación de su precaria situación económica. Existen casos donde esta estimulada por la familia a buscar pareja de edad considerablemente mayor.
- Insuficiente servicio de atención integral al adolescente: los centros existentes en nuestro país pertenecen casi en su totalidad al sector privado y se hayan en el área metropolitana, siendo casi inaccesible a gran parte de los adolescentes. Ello limita la posibilidad de este a ser informado, orientado por especialistas en el área.
- Desarticulación y poca coherencia de políticas dirigidas a la atención integral y salud del adolescente: existen organismos gubernamentales y no gubernamentales que efectúan acciones coherentes y efectivas en esta área, pero hay poca integración entre ellos, lo que conlleva al desaprovechamiento de recursos, poca cobertura y poco impacto en la población adolescente. ²⁸

. **b) Factores psicológicos.** Como factores de índole psicológica, hay que considerar que las/los adolescentes generalmente se involucran en relaciones sexuales por razones no sexuales, como una manera de independizarse de los adultos y sus valores asociados a un sentimiento de rechazo hacia las figuras de autoridad, o bien las realizan como un medio de satisfacer aquellas necesidades afectivas. "Se han encontrado algunos factores de personalidad que facilitan el embarazo adolescente, como lo son la dificultad de establecer metas apropiadas y gratificarse a sí misma por sus propios logros, escasa tolerancia a la frustración, labilidad emocional, falla en el control de los impulsos, afectividad empobrecida, y escaso nivel de madurez emocional. Otro factor de personalidad es la presencia

²⁸ <http://www.corposaludtachira.gov.ve/embarazo.htm>

de una autoestima disminuida, por lo que ellas buscarían con el sexo llenar una necesidad de autoafirmación.

Los jóvenes, cada vez más tempranamente, reciben autonomía, adquiriendo así mayor autoridad; lo que sumado al hecho de la inmadurez social y psicológica los imposibilita para hacerse cargo de la responsabilidad que conlleva mantener una familia. Ahora bien, si el embarazo se presenta en este período de la vida, se obstaculizan las tareas propias de la edad, que conducen a la consolidación de la identidad personal.

El y la adolescente con inmadurez emocional, va a correr en busca de lo fácil y de la falta de compromiso. El embarazo en una pareja de jóvenes en general, es un evento inesperado, sorpresivo y, en la mayoría de los casos, no deseado, en el momento en que se conoce el embarazo; situación que aunque cambia con el tiempo, mantiene proporciones aún altas hacia el final del embarazo.²⁹

El desconocimiento del uso y la forma de adquisición de métodos anticonceptivos, la escasa preparación para asumir su sexualidad, así como la inmadurez emocional que obstaculiza el análisis de las consecuencias de sus actos, son algunos de los factores que aumentan la probabilidad del embarazo en la adolescencia.

Específicamente entre los aspectos psicológicos que se han propuesto como relacionados con el embarazo en adolescentes se encuentran:

- El miedo a estar sola.
- La posibilidad de sentirse adulto.
- La carencia de afecto.
- La necesidad de reafirmarse como mujeres.
- Relación y comunicación inadecuada con los padres.

²⁹ http://www.intermedik.com.mx/centrodeatencionintegral_%20articulo1.htm

- La búsqueda de independencia.
- La curiosidad sexual.
- Presencia de embarazos premaritales en hermanas y/o madre.

El hecho indiscutible de que el embarazo puede producirse la primera vez que se tiene un coito, desde el momento en que se presenta la ovulación o comienza la eyaculación (entre los 12 y 13 años de edad), hace de la edad adolescente una etapa potencial de embarazo con alto riesgo ya que antes de los 15 años aun no esta consolidado el desarrollo físico, y generalmente hasta después de los 20 años no existen las condiciones psicológicas para enfrentar las responsabilidades que se derivan de tener un hijo.³⁰

Factores personales

Estos factores son de carácter individual y son los siguientes:

- abandono escolar.
- Autoestima baja.
- Falta de confianza en si mismo.
- Sentimientos de abandono y desesperanza.
- Problemas emocionales y de personalidad.
- Carencia de afecto.
- Incapacidad para planear un proyecto de vida.
- Inicio temprano de relaciones sexuales.
- Consumo de sustancias toxicas que causan adicción.
- Desinterés para asumir actitudes de prevención.
- Necesidad de afirmar su identidad de género.

³⁰ PICK Susan "planeando tu vida" editorial planeta, séptima edición, México D.F. julio 2002, Pp. 121-122.

- Menarquia temprana.³¹

Reacciones familiares frente al embarazo en la adolescente.

Una de las tareas más difíciles para la adolescente es contar a sus padres que esta embarazada. Puede ser que no hable de su embarazo hasta que este sea evidente. La madre por lo general es la primera en enterarse y puede evitar de tratar que el padre también lo haga. Las reacciones iniciales de los futuros abuelos a la noticia por lo general son de shock, ira, vergüenza, culpa y pena.

Padres adolescentes

Los padres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser hijos a su vez de padres adolescentes que sus iguales que no se convierten en padres. En consecuencia, es posible que no contemplen el embarazo como una interrupción de sus jóvenes vidas. En algunas comunidades de bajos ingresos la capacidad de los adolescentes varones de dejar embarazada a una mujer se contempla como un motivo de orgullo y constituye un signo de virilidad.

Los padres adolescentes tienen mayores posibilidades de ser más pobres y menos educados que los varones jóvenes que no se convierten en padres a una edad precoz. También se han encontrado que la mayoría de los padres adolescentes tratan de ofrecer algún apoyo a sus compañeras (por ejemplo, dinero, obsequios, transporte). Así mismo desean comprometerse con el proceso de toma de decisiones en lo concierne en las opciones de la madre con respecto al embarazo. No, obstante, las familias de la adolescente y del padre con frecuencia lo excluyen del proceso de toma de decisiones debido a su enojo por el embarazo o por que creen que no tiene la capacidad para decidir. A menudo, sin

³¹ DULANTO G. Enrique "El adolescente" editorial McGraw-Hill interamericana, México D.F. 2000. Pp. 521-524.

embargo los padres adolescentes sienten que sus compañeras en realidad no necesitan su apoyo y, por tanto, no creen que las estén abandonando. Con el tiempo, el contacto entre las parejas que no están casadas disminuye mucho y, si llegan a casarse, la satisfacción con yugal tiende a ser baja. Esta afirmación es válida para las parejas adolescentes de diferentes grupos étnicos.

Prevención terciaria en madres adolescentes

Maternidad y paternidad en la adolescencia

Puede ser difícil para los padres adolescentes hacer la transición hacia los roles de la paternidad y la maternidad. Afrontar las tareas del desarrollo de estos roles a menudo se complica aun mas por que no han satisfecho las necesidades y tareas de desarrollo propias de su edad. Estos nuevos padres pueden experimentar dificultad para aceptar los cambios en su auto imagen y adaptarse a los nuevos roles relacionados con las responsabilidades de los cuidados del bebé. Pueden sentirse diferentes de sus compañeros, sentirse excluidos de las actividades y verse forzados antes de tiempo a adoptar un papel social adulto. La combinación de conflictos entre sus propios deseos y las exigencia del bebe y la baja tolerancia a la frustración propia de la adolescencia intensifica aun mas el estrés psicosocial normal del parto.

Además de estos problemas, se han observado algunas diferencias exteriores entre las madres adolescentes y las adultas. Por ejemplo, aunque las adolescentes brinden cuidados físicos, calidos y atentos, parecen emplear menos interacciones verbales que los padres mayores y tienden a ser menos responsables con sus bebes que las madres mayores. Además aspectos psicológicos como las actitudes de crianza y el estrés pueden desempeñar un papel en la manera en que las adolescentes que se comportan con sus bebés.

Tareas de desarrollo para los nuevos padres

Las tareas de desarrollo para los nuevos padres incluyen: 1) reconciliar al niño imaginado con el niño real, 2) adquirir experiencias en el desempeño de las actividades de cuidados, 3) ser conscientes de las necesidades del bebé y 4) establecerse con el bebé como una familia. Aunque desde el punto biológico es posible que la niña adolescente se convierta en madre, su egocentrismo y su pensamiento concreto interfieren con su capacidad para establecer una crianza eficaz. La adolescente no tiene experiencia para reconocer los signos precoces de enfermedad, los peligros potenciales o los riesgos del hogar y puede abandonar o dejar de atender por descuido a su bebé. Las altas tasas de mortalidad entre los bebés de las madres adolescentes atribuyen a la inexperiencia, la falta de conocimiento y a la inmadurez de las madres, que hacen que no puedan reconocer los problemas y acceder a los recursos necesarios para corregir una situación. Sin embargo en la mayoría de los casos, con apoyo adecuado y enseñanzas apropiadas para el desarrollo, las adolescentes pueden aprender habilidades de crianza.³²

5.2 Atención del embarazo

5.2.1 Para establecer el diagnóstico de embarazo no se deben emplear estudios radiológicos ni administrar medicamentos hormonales.

5.2.2 El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cérvicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.

³² LEONARD L. Deitra, "Enfermería materno infantil", editorial Harcourt Brace, sexta edición, Pp. 960-970.

5.2.3 La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas

2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas

3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas

4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas

5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas

5.2.4 La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42.

5.3 Prevención del bajo peso al nacimiento

5.3.1 En todas las unidades de salud que dan atención obstétrica se deben establecer procedimientos escritos para la prevención, detección oportuna del riesgo y manejo adecuado de la prematuridad y el bajo peso al nacimiento (retraso del crecimiento intrauterino).

5.3.2 La detección oportuna incluye dos etapas:

- durante el embarazo y

- al nacimiento

5.3.2.1 Los procedimientos preventivos deben incluir, la orientación a la mujer embarazada para la prevención y para identificar los signos de alarma y buscar la atención médica oportuna.

5.3.2.2 Para detectar el bajo peso al nacer, se debe realizar periódica y sistemáticamente el seguimiento de la altura del fondo del útero de acuerdo al APENDICE A (Normativo).

5.3.2.3 El manejo de la prematurez, implica el diagnóstico y el tratamiento oportunos de la amenaza de parto prematuro, así como de la aceleración de la biosíntesis de los factores tensioactivos del pulmón fetal y el manejo adecuado del recién nacido pretérmino (prematuro).

5.4 Atención del parto

5.4.1 Toda unidad médica con atención obstétrica debe tener procedimientos para la atención del parto en condiciones normales; con especial énfasis en los siguientes aspectos:

5.4.1.1 A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica, así como el partograma;

5.4.1.2 Durante el trabajo de parto normal, se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica;

5.4.1.3 No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta;

5.4.1.4 No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la norma institucional al respecto;

5.4.1.5 En los hospitales se requiere la existencia de criterios técnicos médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiotocografía y el ultrasonido;

5.4.1.6 Toda unidad de Salud con atención obstétrica debe contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice idealmente se recomienda de 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los del tercer nivel en relación con el total de nacimientos, por lo que las unidades de atención médica deben aproximarse a estos valores;

5.4.1.7 El rasurado del vello púbico y la aplicación de enema evacuante, durante el trabajo de parto debe realizarse por indicación médica e informando a la mujer;

5.4.1.8 La episiotomía debe practicarse sólo por personal médico calificado y conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la mujer;

5.4.2 El control del trabajo de parto normal debe incluir:

5.4.2.1 La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos;

5.4.2.2 La verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales; de acuerdo a la evolución del trabajo del parto y el criterio médico;

5.4.2.3 El registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada cuatro horas, considerando la evolución clínica;

5.4.2.4 Mantener la hidratación adecuada de la paciente;

5.4.2.5 El registro de los medicamentos usados, tipo, dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto;

5.4.3 Para la atención del periodo expulsivo normal se debe efectuar el aseo perineal y de la cara interna de los muslos y no se debe hacer presión sobre el útero para acelerar la expulsión.

5.4.4 Para la atención del alumbramiento normal se debe propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso. Puede aplicarse oxitocina o ergonovina a dosis terapéuticas, si el médico lo considera necesario.

5.4.5 Los datos correspondientes al resultado del parto deben ser consignados en el expediente clínico y en el carnet perinatal materno incluyendo al menos los siguientes datos:

- Tipo de parto;
- Fecha y hora del nacimiento;
- Condiciones del recién nacido al nacimiento: sexo, peso, longitud, perímetro cefálico, Apgar al minuto y a los cinco minutos, edad gestacional, diagnóstico de salud y administración de vacunas;
- Inicio de alimentación a seno materno;
- En su caso, método de planificación familiar posparto elegido.

5.5 Atención del puerperio

5.5.1 Puerperio Inmediato: (primeras 24 horas posparto normal)

5.5.1.2 Toda unidad médica con atención obstétrica deberá contar con procedimientos por escrito para la vigilancia del puerperio inmediato y debe incluir:

5.5.1.3 En los primeros 30 minutos el inicio de la lactancia materna exclusiva en aquellas mujeres cuyas condiciones lo permitan y la indicación de alimentación a seno materno a libre demanda.

5.5.1.4 En las primeras dos horas la verificación de normalidad del pulso, tensión arterial y temperatura, del sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero y la presencia de la micción. Posteriormente cada 8 horas.

5.5.1.5 En las primeras 6 horas favorecer la deambulación, la alimentación normal y la hidratación, informar a la paciente sobre signos y síntomas de complicación.

5.5.1.6 Se recomienda aplicar a las madres Rho (D) negativas, con producto Rho positivo, la globulina inmune anti-Rho preferentemente dentro de las primeras 72 horas siguientes al parto, aborto, cesárea, amniocentesis o cualquier otro evento obstétrico invasivo capaz de ocasionar hemorragia fetomaterna y que pueda condicionar en la madre inmunización al antígeno "D" que estuviese en la superficie de los glóbulos rojos del producto.

5.5.1.7 Durante el internamiento y antes del alta, orientar a la madre sobre los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva y los signos de alarma que ameritan atención médica de ambos.

5.5.1.8 Se debe promover desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio normal se lleve a cabo preferentemente con un mínimo de tres controles.

5.5.1.9 Puerperio Mediato: (2o. al 7o. día) y tardío (8o. a 42o. día)

- Se deberá proporcionar un mínimo de tres consultas, con una periodicidad que abarque el término de la primera semana (para el primero), y el término del primer mes (para el tercero); el segundo control debe realizarse dentro del margen del periodo, acorde con el estado de salud de la mujer. Se vigilará la involución uterina, los loquios, la tensión arterial, el pulso y la temperatura;

Se orientará a la madre en los cuidados del recién nacido, la lactancia materna exclusiva, sobre métodos de planificación familiar, la alimentación materna y acerca de los cambios emocionales que pueden presentarse durante el posparto.³³

FISIOLOGIA DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO

La fisiología de la madre cambia durante el embarazo de diversas maneras. En primer lugar, ocurren cambios accesorios en sus órganos de la reproducción y sus mamas para garantizar el desarrollo del feto y brindarle nutrición al nacer. En segundo lugar se incrementan todas sus funciones metabólicas para ofrecer nutrición suficiente al feto en crecimiento. En tercer lugar, la enorme producción de ciertas hormonas por la placenta durante el embarazo produce muchos efectos colaterales no relacionados directamente con la reproducción.

Cambios de peso. La madre embarazada aumenta en promedio 10 Kg. durante el embarazo. En general este aumento se encuentra distribuido de la siguiente manera: feto, 3000 g; útero, 900 g; placenta y membranas, 900 g; mamas 700 g. el resto corresponde a la grasa y al mayor volumen del líquido extracelular y sangre. La magnitud del aumento de grasa y líquidos sanguíneos varía enormemente de una mujer gestante a otra, lo que dependerá de los hábitos alimenticios, en especial la ingestión de sal y grasas, y de cantidades de hormonas recetadas durante la gestación.

Modificaciones del metabolismo. El metabolismo de la madre se incrementa en general aproximadamente en proporción con su aumento de peso, con un aumento adicional quizá 5 a 10%. Gran parte de este aumento es producido simplemente por la mayor cantidad de energía que requiere la madre para conservar a su hijo en crecimiento. Sin embargo, el crecimiento rápido del feto

³³ Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer, durante el embarazo, parto y puerperio y del Recién Nacido 1995. Secretaría de salud. Dr. Juan Ramón de la Fuente Ramírez. Pp. 25-30.

también exige aumento de la actividad de las tres funciones de la madre, como metabolismo intermediario rápido del hígado, propulsión rápida de sangre por el corazón, aumento de las respiraciones y mayor digestión y asimilación de alimentos.

Modificaciones de los líquidos corporales y la circulación.

Las hormonas sexuales femeninas y las hormonas adrenocorticales adicionales producidas durante el embarazo hacen que la madre aumente sus líquidos en 2,270 a 3,180 g, esto es, aproximadamente 3 litros. El plasma aumenta cerca de 0.5 L están constituidos por eritrocitos, lo que produce un aumento total de volumen sanguíneo de 1 litro aproximadamente. Se requiere cerca de la tercera parte de la sangre adicional para llenar los centros placentarios, pero las otras dos terceras partes de un litro se acumulan en la circulación y hacen que la sangre fluya hacia el corazón con la mayor facilidad que la ordinaria. Como resultado, el gasto cardiaco de la madre aumenta aproximadamente 30%, y cerca de la mitad del incremento del gasto cardiaco circular por la placenta.

Durante el nacimiento del niño la madre pierde en promedio 200 a 300 ml de sangre al separarse la placenta del útero. Esto no produce de ordinario ninguna alteración fisiológica, gracias a la sangre adicional que se había almacenado durante el embarazo. Después del nacimiento la pérdida de estrógenos y hormonas esteroides producida por la placenta hace que el riñón excrete la mayor parte del exceso de líquido y sal durante esos días.³⁴

RIESGOS DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Debido a que la adolescente está todavía en desarrollo y crecimiento, es importante saber que la pelvis todavía está creciendo, asimismo el canal del parto no tiene el tamaño definitivo, por lo que las madres adolescentes presentan desventajas biológicas y tienen más problemas en los partos.

³⁴ GUYTON Arthur, "fisiología humana" editorial mc graw-Hill interamericana, México D.F. PP.640-651.

Se observa que el riesgo de presentar complicaciones está en relación con la edad materna, siendo mayor si la edad de la mujer embarazada es menor de 15 años (en la adolescencia temprana).

Complicaciones Prenatales

- Anemia.
- Hipertensión inducida por el embarazo (Preeclampsia).
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Complicaciones
- Embarazo pretermito.
- Parto prolongado.

Complicaciones intraparto (Sufrimiento fetal, atonía uterina). Desproporción feto-pélvica.

- * Mayor proporción de cesáreas (siendo inversamente proporcional a la edad materna).
- * Recién nacido de bajo peso al nacer.
- * Complicaciones Neonatales.
- * Ictericia neonatal.
- * Sepsis.
- * Malformaciones congénitas (polidactilia, paladar hendido).
- * Síndrome de dificultad respiratoria.
- *Prematuridad.

En las embarazadas menores de 15 años el embarazo es de alto riesgo obstétrico. Este se relaciona con la pobreza, mala alimentación y mala salud antes del embarazo, aunado a un inadecuado control prenatal, y no directamente con la edad materna.³⁵

³⁵ <http://html.rincondelvago.com/riesgos-del-embarazo-adolescente.html>

INCIDENCIA

En México el número de mujeres adolescentes se incremento de manera importante durante los últimos 30 años. En 1970 había aproximadamente 5.7 millones, para el año 2000 esta población casi se duplico al llegar a 10.7 millones. En contraste, durante este mismo periodo la tasa de nacimientos en madres adolescentes descendió de forma considerable, mientras que en 1970 había 58 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes, para el año de 1998 se redujo a 36 nacimientos por cada mil (CONAPO, 1998).

De acuerdo con las proyecciones de la población laboradas para el año 2050 por el consejo nacional de población (1999), se estima que la población entre 10 y 19 años, debido al peso de la inercia demográfica, continuara aumentando hasta el año 2006 con un máximo histórico de 21.8 millones, y entonces empezará a reducir su tamaño para alcanzar 13.5 millones en el año 2050. Será imprescindible redoblar los esfuerzos institucionales, de la sociedad civil y del sector privado para satisfacer sus demandas.

El embarazo en una mujer menor de 20 años es considerado por la organización mundial de la salud como un embarazo de riesgo, en el que se afecta la salud tanto de la madre como del embrión en desarrollo. Las implicaciones de riesgo obstétrico en la adolescencia temprana incluyen un incremento en la frecuencia de desproporción céfalo-pélvica, condición que amerita la realización de operación cesarí para la resolución del evento obstétrico y cuando el embarazo ocurre en una adolescente con desnutrición se incrementa significativamente la morbilidad y mortalidad materna.

En efecto poco mas del 13 % de las defunciones maternas ocurren en mujeres menores de 20 años, por otra parte, la frecuencia de defectos al nacimiento de tipo multifactorial incluyendo bajo peso, aberraciones cromosómicas y malformaciones

congénitas, ocurren en madres adolescentes en una proporción significativamente mayor, en comparación con las embarazadas adultas.

La actividad sexual premarital es muy común entre los jóvenes, y su frecuencia varía entre los jóvenes, y su frecuencia varía de acuerdo a los sexos y condiciones socioeconómicas. En encuestas de salud reproductiva en jóvenes de América Latina se reporta que la primera relación sexual varía entre los 13 y 16 años para los varones y entre los 16 y 18 para mujeres. La edad varía entre una región a otra y la impresión actual es que los y las jóvenes comienzan la actividad sexual a mas temprana edad, aunque en un ambiente desfavorable y carecientes de información acerca de sus posibles repercusiones y de las formas para evitarlas.

La fundación mexicana para la planeación familiar (MEXFAM,1999), realizo una encuesta para su programa "gente joven", e informa que la edad promedio de la primera relación sexual en población estudiada por arriba de los 15 años, es ligeramente mas alta para las mujeres que para los hombres. A los 19 años, el 60 % de los varones declaro ya tener actividad sexual, mientras que esto ocurre en el 21 % de las mujeres. Cabe señalar que los y las adolescentes que no asisten ala escuela parecen tener mayor actividad sexual que los y las jóvenes que si permanecen estudiando.

El porcentaje de adolescentes mujeres que declararon haber tenido un embarazo fue de 6.9 %. El 14.3 % de las mujeres de 18-19 años encuestadas había estado alguna vez embarazada. Casi el 40 % de las adolescentes entrevistadas que han tenido algún embarazo mencionaron que no lo habían planeado.

El nacimiento de un hijo, cuando es planeado y deseado, es un acontecimiento que llena de orgullo y alegría a los futuros padres. Cumple la función de perpetuar la especie y representa a posibilidad de expresar amor, cuidados y trascender a través de los hijos. Sin embargo, cuando no es planeado, genera temores de cómo enfrentarlo, por los cambios que este hecho puede generar sobre el proyecto de vida.

En caso de los /las adolescentes, deben enfrentar las posibles respuestas de pareja, la familia, los amigos y las instituciones; la posibilidad de abandono de la escuela, la ruptura con el/la compañero(a), el matrimonio forzado, la salida del círculo de amigos y finalmente la responsabilidad que implica tener un hijo.

Los cambios que genera un embarazo se suman a los cambios psicosociales de la etapa adolescente (rebeldía, ambivalencia, necesidad de independencia, confusión de su imagen corporal, búsqueda de identidad y aislamiento), por lo tanto se producen temores, desequilibrio emocional, depresión, angustia, intentos de aborto y en ocasiones de suicidio.

En México es frecuente que la madre adolescente asuma la responsabilidad de criar a su hijo(a) a menudo con el apoyo de miembros de su familia de origen o de la familia del padre (Atkin, Ehnenfeld y Pick; 1966). El nacimiento de el/la nuevo hijo(a) puede generar confusión de roles familiares, por ejemplo: los abuelos asumen la función de padres y la madre prácticamente se relaciona como hermana mayor de su hijo(a).³⁶

Si bien los índices de embarazos en adolescentes registrados en EE.UU. han declinado desde 1991, siguen siendo altos y superan a los de la mayoría de los países desarrollados. Las altas tasas de nacimientos entre las madres adolescentes son motivo de gran preocupación dado que la salud de éstas y la de sus bebés corren serios riesgos, y las oportunidades de construir un futuro se disminuyen.

- En el 2002, alrededor del 11 por ciento de todos los nacimientos en EE.UU. correspondió a madres adolescentes (entre los 15 y los 19 años). La mayoría de los nacimientos de madres adolescentes (alrededor del 67 por ciento) corresponden a niñas entre los 18 y 19 años de edad.

³⁶ "Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes" Dirección General de Salud Reproductiva, México D.F. 2002 Secretaría de Salud, Pp. 35-44.

- Alrededor de 860.000 adolescentes quedan embarazadas cada año, y alrededor de 425.000 dan a luz.
- Alrededor de uno de cada tres adolescentes queda embarazada antes de los 20 años de edad.
- El índice de nacimientos correspondientes a madres adolescentes está declinando. Entre 1991 y 2002, cayó un 30 por ciento (de 61,8 a 43 por cada 1.000 mujeres). Sin embargo, en el 2002 (el último año del que se dispone de datos estadísticos), alrededor de 4 adolescentes de cada 100 tuvieron un bebé.
- Alrededor del 17 por ciento de las madres adolescentes tiene un segundo bebé dentro de los tres años del nacimiento del primero.

Las madres adolescentes tienen más probabilidades que las madres mayores de 20 años de dar a luz prematuramente (antes de finalizadas las 37 semanas de embarazo). En el 2002, las 7.315 niñas menores de 15 años que dieron a luz tuvieron una doble probabilidad de dar a luz prematuramente en comparación con las mujeres entre los 30 y 34 años de edad (21 vs. 9 por ciento). Los bebés que nacen demasiado temprano corren un riesgo alto de problemas de salud y hasta la muerte, al igual que discapacidades duraderas.³⁷

En estados unidos, más del 10 % de todos los nacimientos se dan entre los adolescentes, en su mayoría, fuera del matrimonio. La mayor parte de los embarazos entre adolescentes no son deliberados, y cerca de una tercera parte terminan en aborto.

En estados unidos, los índices de natalidad entre adolescentes son los más bajos que ha habido en seis décadas, lo cual refleja disminución en la actividad sexual y el aumento en el uso de métodos anticonceptivos. Según datos preliminares en el

³⁷ http://www.nacersano.org/centro/9388_9919.asp

2001, el índice de natalidad de las chicas de 15 a 19 años disminuyó 26 % desde 1991, de 62.1 nacimientos por cada mil a 45.9. Aunque las disminuciones han ocurrido entre todo a los grupos de la población, el índice de natalidad bajo en forma más acentuada entre los adolescentes negros. Sin embargo, es más probable que las chicas negras y latinoamericanas tengan bebés en comparación con las blancas; los índices de natalidad de las adolescentes latinoamericanas son los más elevados en todos.

Cerca de ocho de cada diez nacimientos entre adolescentes son de chicas que no se han casado. El índice de natalidad de las adolescentes no casadas es aproximadamente dos y medio veces más elevado que a principios de los años sesenta, cuando las mujeres se casaban más jóvenes; pero cerca de 10 % más bajo que en 1994, cuando alcanzó su punto máximo.

Los embarazos entre adolescentes con frecuencia tienen consecuencias negativas. Muchas de las madres son pobres y tienen una educación deficiente y algunas son consumidoras de drogas. Muchas no comen apropiadamente, no tienen el peso suficiente y reciben una atención inadecuada o nula de los padres. Sus bebés tienen probabilidades de ser prematuros o peligrosamente pequeños y se hayan en un riesgo elevado de muerte neonatal, discapacidad, problemas de salud y anomalías del desarrollo que pueden continuar en la adolescencia. Es probable que las madres adolescentes abandonen la escuela y tengan embarazos frecuentes. Ellas y su pareja carezcan probablemente de la madurez, las habilidades y el apoyo social para ser buenos padres. Sus hijos, a su vez, probablemente abandonen la escuela, sufran depresión y sean también padres adolescentes.³⁸

³⁸ DIANE E. Papalia "psicología del desarrollo del desarrollo de la infancia a la adolescencia" editorial Mc Graw Hill, novena edición, México D.F. 2004, Pp. 498-500

¿Con que frecuencia se embrazan las adolescentes?

- Cada año 14 millones de mujeres adolescentes (es decir, entre los 15 y los 19 años) dan a luz en el mundo, lo cual representa poco mas del 10% del total de nacimientos a nivel mundial.
- En América latina, los nacimientos entre las adolescentes representan entre el 15 y el 20% del total de nacimientos en esta región; de los cuales el 70% son no planeados.
- Hay una gran variación en las tasas de fecundidad de las adolescentes entre los diferentes países dependiendo de su grado de desarrollo y del promedio de edad al matrimonio. Por ejemplo, en Japón la tasa de fecundidad en mujeres entre los 15 y 19 años es de 4/1000, en México es de 70/1000 y en Mauritania de 300/1000.
- En 1999, ocurrieron en México 372 mil nacimientos en mujeres de 15a 19 años, mientras que en el 2000 ocurrieron 366 mil. No obstante lo anterior, sigue existiendo una creciente concentración de la tasa de fecundidad en la juventud.
- En el 2000 había en nuestro país 5, 082,487 de mujeres entre 15 y 19 años, de las cuales 11.96% ya tenia hijos, es decir 608,070. además entre enero del 1999 y febrero del 2000 se registraron 4,214 nacimientos en adolescentes entre los 12 y los 14 años.
- Esto significa que un total de 612,284 mexicanas menores de 19 años son madres y muchas de ellas ya con un hijo.³⁹

³⁹ Hoja informativa GIRE, grupo de información en reproducción elegida, A.C.

Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años) por entidad federativa, 2002 a 2005

Entidad federativa	2002	2003	2004	2005
Estados Unidos Mexicanos	17.2	16.8	17.2	17.4
Aguascalientes	15.4	15.2	15.8	16.4
Baja California	18.0	18.2	18.8	19.4
Baja California Sur	19.4	18.2	19.2	18.6
Campeche	19.5	19.5	19.9	20.1
Coahuila de Zaragoza	19.0	19.0	18.8	19.0
Colima	18.5	19.0	19.2	19.3
Chiapas	19.5	19.3	19.4	19.2
Chihuahua	20.4	19.8	19.9	20.4
Distrito Federal	13.9	13.6	14.0	14.6
Durango	19.7	19.5	19.4	19.7
Guanajuato	14.2	14.6	15.0	15.5
Guerrero	19.1	18.5	19.9	19.6
Hidalgo	17.9	17.0	18.0	17.8
Jalisco	15.1	14.8	15.2	15.4
México	17.4	16.6	16.8	16.9
Michoacán de Ocampo	16.6	16.2	16.7	17.3
Morelos	17.1	16.9	16.9	17.3
Nayarit	21.5	20.6	20.4	20.7
Nuevo León	14.8	14.5	14.8	14.7
Oaxaca	18.1	17.8	17.7	17.5
Puebla	17.4	16.7	17.1	16.9
Querétaro Arteaga	14.4	14.4	15.5	15.5
Quintana Roo	17.1	17.7	17.3	18.0
San Luis Potosí	16.8	16.5	16.7	17.1
Sinaloa	17.2	18.2	18.1	18.6
Sonora	18.0	18.5	18.4	18.8
Tabasco	19.3	18.2	18.7	18.4
Tamaulipas	16.4	16.2	16.3	17.3
Tlaxcala	17.9	17.2	17.0	17.3
Veracruz de Ignacio de la Llave	18.7	18.1	18.7	18.8
Yucatán	15.5	15.7	15.8	16.2
Zacatecas	16.1	16.6	16.9	16.9

NOTA: Para el cálculo se usó el total de nacimientos registrados por entidad federativa de residencia habitual de la madre y edad de la madre al momento del nacimiento, además se excluye el *No especificado* de la edad de la madre.

FUENTE: INEGI. *Estadísticas de Natalidad*.

Encontramos a la adolescente en situación desfavorable para la maternidad, ya que existe: crecimiento incompleto, edad ginecológica baja, inmadurez emocional, educación limitada, e ingresos económicos bajos o nulos. Traduciéndose en mayores complicaciones durante la gestación como: aborto, enfermedades de transmisión sexual, anemia, aumento de peso o desnutrición, toxemia, amenaza y parto prematuro, trabajo de parto prolongado, estrés elevado durante el trabajo de parto, laceraciones cervicales y depresión señaladas como las complicaciones más frecuentes, y con relación con el producto observamos aumento de la mortalidad infantil hasta 30 veces mas alta que en los hijos de madres mayores de 20 años, bajo peso al nacer, prematuridad, anomalías congénitas, cesárea por desproporción cefalo-pélvica y parto asistido con fórceps.

El(la) Adolescente representa un porcentaje importante en la población que requiere servicios de atención para la salud específicamente diseñados para gente joven, con personal de salud idóneo a sus necesidades; sin embargo, este tipo de servicio es muy difícil de encontrarlo, por lo que el usuario de esta edad, pocas veces llega a las unidades médicas a demandar atención, y hablando específicamente de la adolescente embarazada, con todo el conflicto que tiene en su entorno, tampoco acude a su control prenatal efectivo, teniendo como consecuencias finales una mayor morbilidad y mortalidad del binomio (madre-hijo).⁴⁰

Para el 2007

A nivel nacional más de 22 millones son adolescentes, esto significa a que 1 de cada 5 mexicanos es adolescente.

En Michoacán 4, 249,677 habitantes, el 22% son adolescentes que es un total de 934,691 el 49 % son hombres y el 51% son mujeres.

⁴⁰ http://www.intermedik.com.mx/centrodeatencionintegral_%20articulo1.htm

La población de responsabilidad de la secretaria de salud es de 49.38% que equivale a 466,566 adolescentes.

Numero de embarazos en adolescentes, con relación al total registrados en la secretaria de salud en el periodo 2001-2005.

año	Total de embarazos	Numero de embarazos en adolescentes	%
2001	50,224	10,022	20
2002	53,351	11,124	21
2003	47,504	9,608	20
2004	43,344	9,234	21
2005	44,935	9,975	22
2006	45,154	9,905	22

Numero de abortos en adolescentes con relación al total registrados en la secretaria de salud el periodo del 2001-2005.

año	Total de abortos	Numero de abortos en adolescentes	%
2001	2,970	610	21
2002	3,380	704	21
2003	3,161	658	21
2004	3,361	762	21
2005	3,543	700	20
2006	3,668	824	22

Numero de consultas de planificación familiar otorgada a los adolescentes, con relación al total registradas en la secretaria de salud Michoacán en el periodo comprendido 2001-2006

año	Total de consultas	Numero de consultas en adolescentes	%
2001	330,069	34,286	10.3
2002	338,532	35,714	10.5
2003	345,703	36,860	10.6
2004	411,526	35,028	8.5
2005	273,334	29,885	10.93
2006	262,288	28,557	10.88

Anticoncepción pos-evento obstétrico en adolescentes en el periodo comprendido de 2001-2006.

Año	Eventos obstétricos	APEO	%
2001	6,393	1,723	27
2002	6,969	1,581	23
2003	6,201	1,688	27
2004	7,086	2,509	35
2005	7,326	3,696	50
2006	7,251	3,888	53.62

FUENTE: SIS**CONSECUENCIAS**

Las consecuencias derivadas del embarazo en la adolescencia son evidentes a distintos niveles, entre los cuales destacan los relacionados con:

Aspectos físicos: se sabe que las mujeres que se embarazan antes de los 19 años tienen una mayor probabilidad de presentar abortos, partos prematuros terminados en cesárea, uso de fórceps, o bien un trabajo de parto mas largo, dando como resultado el sufrimiento fetal. Otra de las complicaciones es la toxemia. Este padecimiento se caracteriza por aumento de peso, hinchazón de manos y tobillos y presión arterial alta. De no tratarse adecuadamente se puede desencadenar una eclampsia, la cual daña el sistema nervioso y llega a provocar, inclusive, la muerte. Además el bebe producto de un embarazo en edades tempranas suele tener peso y talla bajos al nacer.

Se sabe la morbilidad-mortalidad infantil en madres adolescentes es mas elevada que en las madres mayores, especialmente en el nivel socioeconómico bajo. También se han observado problemas en el desarrollo de bebes de madres adolescentes. Por lo tanto, la edad ideal para que una mujer se embarace fluctúa entre los 20 y los 30 años.

Aspectos psicosociales: sentimientos de minusvalía y baja autoestima se dan frecuentemente por la exposición al rechazo inicial de la familia, del novio, de la escuela y de la sociedad en general. Los padres que ven como una desgracia el embarazo de una hija soltera, se sienten culpables ante esa situación y, antes de reconocerlo, se culpan mutuamente y lo proyectan a la adolescente mediante reclamos, hostigamiento y hasta maltrato físico. A veces tratan de obligar a sus hijas a un matrimonio precoz y forzado del cual, en la mayoría de los casos, resulta una relación inestable que fracasa y termina en separación o divorcio.

Se ha observado que la adolescente que abandona la escuela tiene mayor probabilidad a embarazarse. La adolescente que no había desertado antes y queda embarazada, deja los estudios y se enfrenta a una frustración personal. En caso de que continúe estudiando es percibida por sus compañeros (as) como una carga sobre todo cuando se trata de hacer trabajos en equipos.

La mayoría de la veces estas adolescentes siguen viviendo en su casa o en casa de sus suegros, ya sean casadas o no. Así se hacen más dependientes de sus suegros y tiene más necesidad de someterse a las reglas familiares, dadas las necesidades de apoyo para su hijo. Los roles cambian, los abuelos asumen un papel de abuelos-padres, produciendo confusión tanto en los padres adolescentes como en el bebé.

Muchas jóvenes deciden someterse a un aborto con o sin el consentimiento de los padres. Otras personas deciden en dar en adopción al bebé.

Aspectos económico-culturales: como consecuencia del embarazo y ante la posibilidad de ser padres, los adolescentes se deben adaptar a un nuevo papel.

El embarazo no deseado y las consecuencias que acarrea implican grandes responsabilidades. Los adolescentes frecuentemente no alcanzan a darle a tal suceso la importancia que tiene debido a su propia inexperiencia.⁴¹

⁴¹ PICK Susan "planeando tu vida" editorial planeta, séptima edición, México D.F. julio 2002, Pp. 122-124.

Riesgos y consecuencias del embarazo adolescente

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) afirma que "Las madres adolescentes enfrentan un riesgo superior al riesgo general de perder la vida debido al embarazo y el parto y sus hijos tienen niveles más altos de morbilidad y mortalidad".

En México, algunas evidencias indican que el embarazo adolescente "tiende a concentrarse en los grupos de la población que presentan condiciones inadecuadas de salud de la madre y en los que ésta no cuenta con el apoyo y la atención necesarios", lo cual sugiere que el riesgo de dar a luz antes de los 19 años no se debe sólo a razones biológicas, sino también a las condiciones sociales en las que se desarrolla el embarazo.

El embarazo adolescente representa un problema social debido a que no sólo afecta a las personas y familias involucradas sino también a la sociedad en su conjunto. No obstante, este fenómeno tiene consecuencias distintas para las madres adolescentes, sus hijos y la sociedad en general. El matrimonio y la maternidad precoz disminuyen las oportunidades de educación y trabajo futuros de las mujeres jóvenes.

Además, el embarazo temprano está asociado con una mayor fecundidad a lo largo de la vida. Según datos recientes, las mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 18 años alcanzaron una descendencia de 4.8 hijos, doce años después del nacimiento del primogénito. En contraste, las mujeres que tuvieron su primer hijo a partir de los 23 años de edad, presentaron una fecundidad de sólo 3.2 hijos doce años más tarde.

Los hijos de las madres adolescentes, por su parte, "hacen frente a un riesgo elevado de enfermedad y de muerte, de abandono y de convertirse en niños

callejeros y de verse atrapados en un ciclo de pobreza que pasa de una generación a otra."

Finalmente, la sociedad se ve afectada si las jóvenes que se embarazan no concluyen su educación, pues su contribución económica al país y a la familia es probablemente menor y la sociedad no se beneficia tanto de la inversión hecha en su educación.⁴²

Uso de anticonceptivos

Las adolescentes con actividad sexual a menudo no utilizan con constancia ni pericia los anticonceptivos. Cerca de dos terceras partes de los adolescentes que utilizan anticoncepción casi siempre usan condón en su primera relación sexual (Forrest, Singh, 1990). Se han asociado muchos factores demográficos y psicosociales con el uso de anticonceptivos durante la adolescencia. Es más probable que los adolescentes mayores usen anticoncepción efectiva la primera vez que tienen un coito y que sigan usándola siempre.

El condón es el segundo método mas usado, además de prevenir el embarazo, el condón de látex con espermicida ayuda a proteger contra las ETS. La anticoncepción en el posparto tiene una alta prioridad en las adolescentes muy jóvenes. La posibilidad de un nuevo embarazo es muy alta y todos los riesgos que se asocian con el embarazo en la adolescente aumentan en cada embarazo posterior. Es casi universal el que las adolescentes en el posparto afirmen que jamás van tener relaciones sexuales y que, por ello, no necesitan control natal; pese a esto es necesario que salgan del hospital provistas con métodos de barrera (espumas y condón).⁴³

⁴² Hoja informativa GIRE, grupo de información en reproducción elegida, A.C.

⁴³ LEONARD L. Deitra, "Enfermería materno infantil", editorial Harcourt Brace, sexta edición, Pp.957.



VI.- HIPOTESIS

Ho.- Los factores socioculturales y psicológicos no son la causa para que las adolescentes de 14 a 19 años se embaracen, en el hospital rural IMSS-Oportunidades N° 31 de Huetamo de Núñez Michoacán

Ha.- Los factores socioculturales y psicológicos son la causa para que las adolescentes de 14 a 19 años se embaracen, en el hospital rural IMSS-Oportunidades N° 31 de Huetamo de Núñez Michoacán.

VII. METODOLOGIA

7.1 VARIABLES

7.1.1- Variable dependiente:

Embarazo en adolescentes.

7.1.2.- Variables independientes:

- Factores personales
- Factores socioculturales
- Factores psicológicos.

7.1.3- Tipo de estudio

- Retrospectiva
- Transversal
- Descriptiva
- Observacional

7.1.4- Población y muestra

- Población o Universo:

Todas las adolescentes embarazadas de 14 a 19 años que asistieron a consulta al Hospital IMSS oportunidades de Huetamo de Núñez Michoacán durante el muestreo.

- Muestra: se obtuvo a través de una fórmula estadística que garantice el 95 % de confiabilidad y un 5 % de error a por medio de un muestreo aleatorio simple.

7.1.5 Criterios de inclusión

- Todas las adolescentes embarazadas de 14 a 19 años que no se encontraron en el momento de la realización de la investigación en Hospital IMSS oportunidades de Huetamo de Núñez Michoacán.

7.1.6- Criterios de no inclusión o exclusión

- Todas las adolescentes embarazadas menores de 14 años y mayores de 19 años que se encontraron en el Hospital IMSS oportunidades de Huetamo de Núñez Michoacán durante el período del muestreo.
- Todas las adolescentes no embarazadas de 14 a 19 años que no se encontraron en el Hospital IMSS oportunidades de Huetamo de Núñez Michoacán durante el período del muestreo.

7.1.7.- Criterios de eliminación

- Todas las adolescentes embarazadas de 14 a 19 años que se encontraron en el Hospital IMSS oportunidades de Huetamo de Núñez Michoacán durante el período del muestro que no se esperaron a que se les realizara el cuestionario porque ya tenían que irse a su casa.

VIII.- ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

8.1.- Tiempo

La presente investigación se realizo de octubre del 2006 a mayo del 2007.

8.2.- Espacio

La investigación se realizo en las instalaciones del Hospital del IMSS Oportunidades N° 31 de Huetamo de Núñez Michoacán

IX.- MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para esta investigación el instrumento que se utilizo fue un cuestionario elaborado de 39 preguntas, 30 de las cuales fueron preguntas cerradas y 9 preguntas abiertas. El instrumento se valido con un Alfa de Cronbach de 83.3

X.- MANEJO DE DATOS

Para el manejo de la información que se recabo se elaboraron graficas, tablas, cuadros con el programa Word y Excel del Windows XP, para el análisis descriptivo se utilizó , así mismo se utilizo el programa computarizado SPSS VERSIÓN 10 , y los programas como son: Word, Excel, el programa SPSS

XI.- ÉTICA

La presente investigación que se realizo fue de forma anónima y confidencial, para fines de titulación

XII. RESULTADOS Y ANÁLISIS

CUADRO No 1

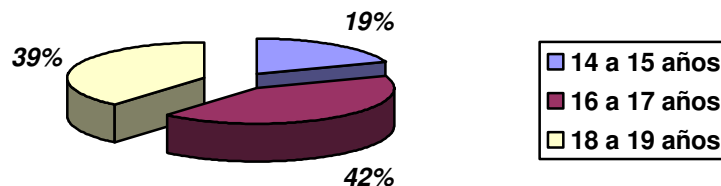
ADOLESCENTES EMBARAZADAS POR EDAD QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14 a 15 años	6	19.4
16 a 17 años	13	41.9
18 a 19 años	12	38.7
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007

GRÁFICA No 1

ADOLESCENTES EMBARAZADAS POR EDAD QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 1

Interpretación: En la gráfica No 1 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 19.4% pertenecen al grupo de edad de 14 a 15 años, el 41.9% al de 16 a 17 años, mientras que el 38.7% están entre 18 a 19 años. El grupo de edad en donde se encuentra el mayor número de embarazos es el de 16 a 17 años.

CUADRO No 2

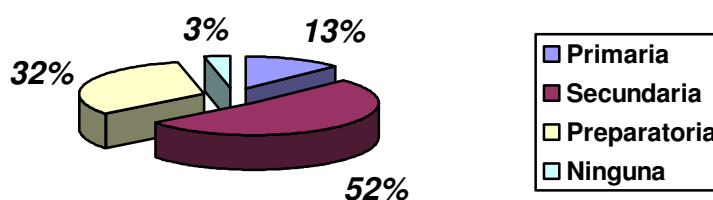
ESCOLARIDAD DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	4	12.9
Secundaria	16	51.6
Preparatoria	10	32.3
Ninguna	1	3.2
Total	31	100%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007

GRÁFICA No 2

ESCOLARIDAD DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 2

Interpretación: En la gráfica No 2 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 12.9% tienen escolaridad primaria, el 51.6% cuentan con escolaridad secundaria, el 32.3% cuentan con preparatoria y el 3.2% no cuentan con ninguna escolaridad. La mayoría de las adolescentes cuentan con educación secundaria.

CUADRO No 3

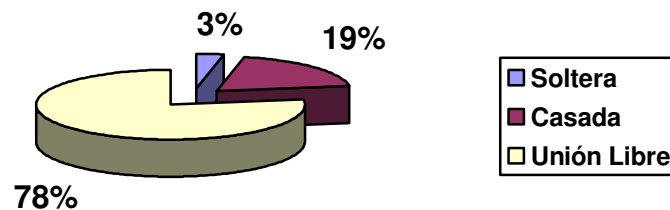
ESTADO CIVIL DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	1	3.2
Casada	6	19.4
Unión Libre	24	77.4
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007

GRÁFICA No 3

ESTADO CIVIL DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 3

Interpretación: En la gráfica No 3 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 3.2% son solteras, el 19.4% refieren estar casadas, mientras que 77.4% viven en unión libre. Como podemos observar la mayoría de las adolescentes viven en unión libre.

CUADRO No 4

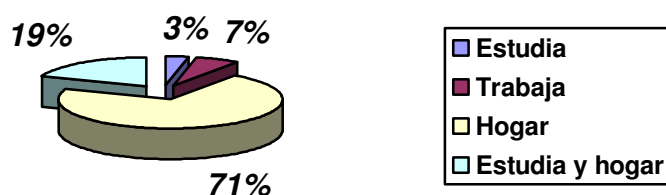
OCUPACIÓN DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estudia	1	3.2
Trabaja	2	6.5
Hogar	22	71.0
Estudia y hogar	6	19.3
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007

GRÁFICA No 4

OCUPACIÓN DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 4

Interpretación: En la gráfica No 4 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 3.2% estudian, el 6.5% trabajan, el 71.0% se dedican al hogar, mientras que el 19.3% estudia y se dedica al hogar. Encontramos que la mayoría de las adolescentes actualmente se dedica al hogar.

CUADRO No 5

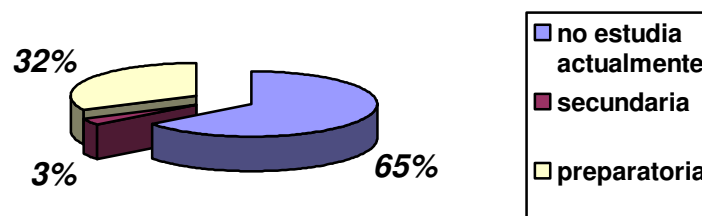
GRADO DE ESTUDIOS QUE CURSAN ACTUALMENTE LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

GRADO DE ESTUDIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
no estudia actualmente	20	64.5
secundaria	1	3.2
preparatoria	10	32.3
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007

GRÁFICA No 5

GRADO DE ESTUDIOS QUE CURSAN ACTUALMENTE LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 5

Interpretación: En la gráfica No 5 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 64.5% no estudia actualmente, el 3.2% estudia la secundaria y el 32.3% esta estudiando la preparatoria. Observamos que la gran mayoría de las adolescentes ya no estudia.

CUADRO No 6

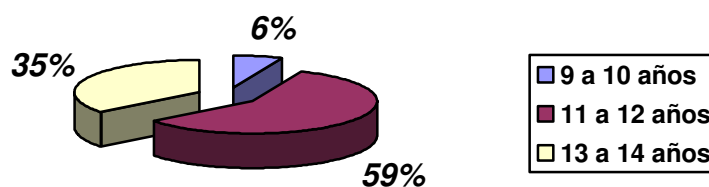
EDAD EN QUE PRESENTARON SU PRIMERA MENSTRUACION LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

EDAD DE MENARCA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
9 a 10 años	2	6.5
11 a 12 años	18	58.1
13 a 14 años	11	35.5
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007

GRÁFICA No 6

EDAD EN QUE PRESENTARON SU PRIMERA MENSTRUACION LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 6

Interpretación: En la gráfica No 6 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 6.5% inicio su menstruación entre los 9 y 10 años, el 58.1% entre los 11 y 12 años y el 35.5% entre los 13 y 14 años. Encontramos que la mayoría de las adolescentes iniciaron su menarca entre los 11 y 12 años.

CUADRO No 7

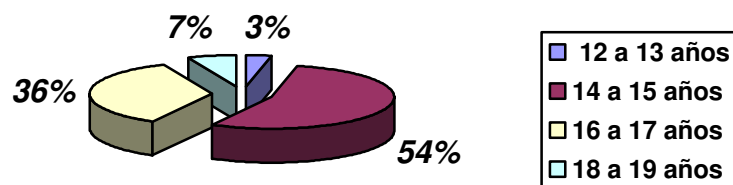
EDAD EN QUE INICIARON SU VIDA SEXUAL LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

INICIO DE VSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
12 a 13 años	1	3.2
14 a 15 años	17	54.8
16 a 17 años	11	35.5
18 a 19 años	2	6.5
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007

GRÁFICA No 7

EDAD EN QUE INICIARON SU VIDA SEXUAL LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 7

Interpretación: En la gráfica No 7 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se identificó que 3.2% inició su vida sexual entre los 12 y 13 años, el 54.8% entre los 14 y 15 años, el 35.5% entre los 16 y 17 años y el 6.5% entre 18 y 19 años. Como identificamos en la gráfica la gran parte de las adolescentes iniciaron su VSA entre los 14 y 15 años.

CUADRO No 8

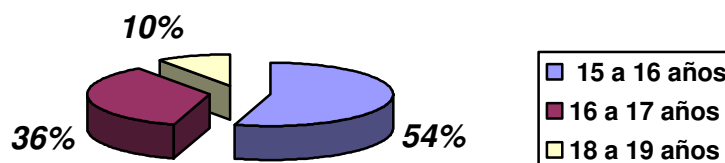
EDAD DEL PRIMER EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

EDAD DE PRIMER EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 a 16 años	17	54.8
16 a 17 años	11	35.5
18 a 19 años	3	9.7
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007

GRÁFICA No 8

EDAD DEL PRIMER EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 8

Interpretación: En la gráfica No 8 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se identificó que el 54.8% presentó su primer embarazo entre los 15 y 16 años, el 35.5% entre los 16 y 17 años, en tanto que el 9.7% entre los 18 y 19 años. La mayoría de las adolescentes tuvo su primer embarazo entre los 15 y 16 años.

CUADRO No 9

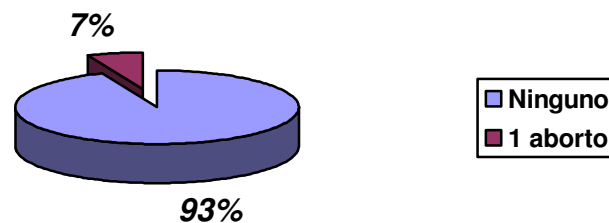
NUMERO DE ABORTOS EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

No. DE ABORTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	29	93.5
1 aborto	2	6.5
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007

GRÁFICA No 9

NUMERO DE ABORTOS DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 9

Interpretación: En la gráfica No 9 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 93.5% no ha presentado ningún aborto, mientras que el 6.5% refirió haber tenido 1 aborto. Como podemos observar que la mayoría de las adolescentes no ha tenido ningún aborto.

CUADRO No 10

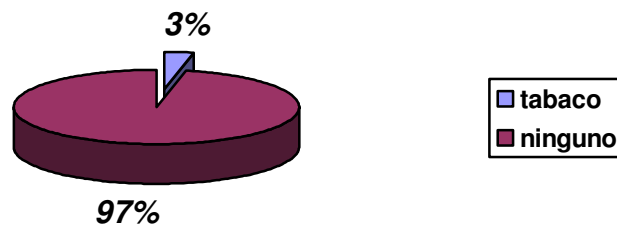
ADICCIÓN EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

ADICCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
tabaco	1	3.2
ninguno	30	96.8
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007

GRÁFICA No 10

ADICCIÓN EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 10

Interpretación: En la gráfica No 10 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 3.2% consumen tabaco y el 96.8% no presenta ninguna adicción. Encontramos que muy pocas adolescentes consumen tabaco.

CUADRO No 11

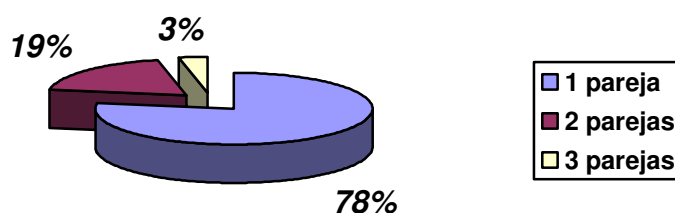
NUMERO DE PAREJAS QUE HAN TENIDO LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

No. DE PAREJAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 pareja	24	77.4
2 parejas	6	19.4
3 parejas	1	3.2
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007

GRÁFICA No 11

NUMERO DE PAREJAS QUE HAN TENIDO LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 11

Interpretación: En la gráfica No 11 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 77.4% dijo haber tenido solo 1 pareja sexual, mientras que el 19.4% manifestó haber tenido 2 parejas sexuales y el 3.2% expreso haber tenido 3 parejas sexuales. Encontramos que la gran mayoría de las adolescentes solo ha tenido 1 pareja sexual.

CUADRO No 12

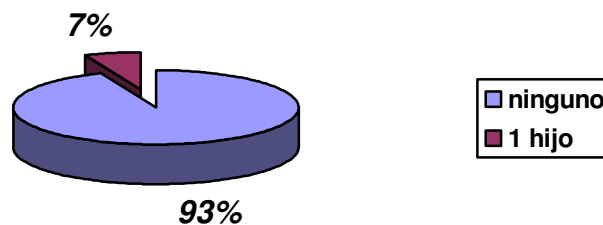
NUMERO DE HIJOS QUE TIENEN LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

No. DE HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	29	93.5
1 hijo	2	6.5
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007

GRÁFICA No 12

NUMERO DE HIJOS QUE TIENEN LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 12

Interpretación: En la gráfica No 12 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 93.5% no ha tenido ningún hijo, en tanto que el 6.5% refirió tener 1 hijo. Como podemos observar que muy pocas adolescentes ya han tenido un hijo.

CUADRO No 13

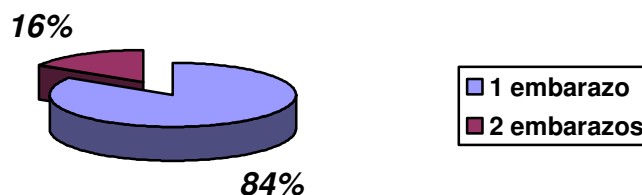
NUMERO DE EMBARAZOS QUE LLEVAN LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

No. EMBARAZOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 embarazo	26	83.9
2 embarazos	5	16.1
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007

GRÁFICA No 13

NUMERO DE EMBARAZOS QUE LLEVAN LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 13

Interpretación: En la gráfica No 13 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 83.9% manifestaron tener 1 embarazo, mientras que el 16.1% refirieron que este es su segundo embarazo. Observamos que la mayoría de las adolescentes este es su primer embarazo.

CUADRO No 14

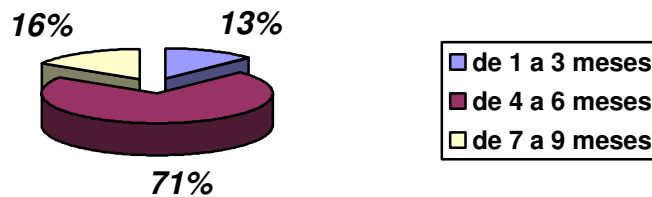
MESES DE EMBARAZO QUE TIENEN LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

MESES DE EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
de 1 a 3 meses	4	12.9
de 4 a 6 meses	22	71.0
de 7 a 9 meses	5	16.1
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007

GRÁFICA No 14

MESES DE EMBARAZO QUE TIENEN LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 14

Interpretación: En la gráfica No 14 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 12.9% tienen entre 1 y 3 meses de embarazo, el 71% tienen entre 4 y 6 meses y el 16.1% tienen entre 7 y 9 meses de embarazo. Como observamos que un gran porcentaje de las adolescentes tiene entre 4 y 6 meses de embarazo.

CUADRO No 15

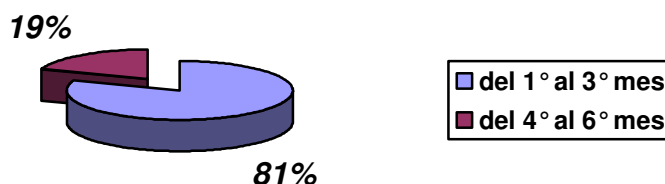
APARTIR DE QUE MES ACUDIERON A CONSULTA LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

MES EN QUE ACUDIO A CONSULTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
del 1° al 3° mes	25	80.6
del 4° al 6° mes	6	19.4
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007.

GRÁFICA No 15

APARTIR DE QUE MES ACUDIERON A CONSULTA LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 15

Interpretación: En la gráfica No 15 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 80.6% acudieron a consulta entre el 1° y el 3° mes y el 19.4% entre el 4° y el 6° mes. Encontramos que la mayoría de las adolescentes se atendieron en el primer trimestre de su embarazo.

CUADRO No 16

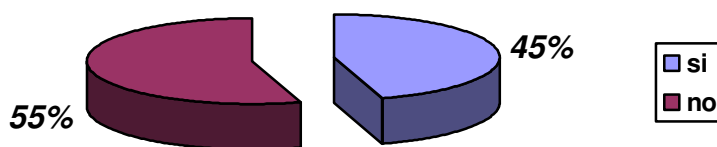
CONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS DE UN EMBARAZO A TEMPRANA EDAD EN LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

CONOCIMIENTO DE RIESGOS DE EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
si	14	45.2
No	17	54.8
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007

GRÁFICA No 16

CONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS DE UN EMBARAZO A TEMPRANA EDAD EN LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 16

Interpretación: En la gráfica No 16 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 45.2% si conocen los riesgos de presentar un embarazo a temprana edad, en tanto que el 54.8% refirió no tener conocimiento. Como podemos observar pocas de las adolescentes conocen los riesgos de presentar un embarazo a temprana edad.

CUADRO No 17

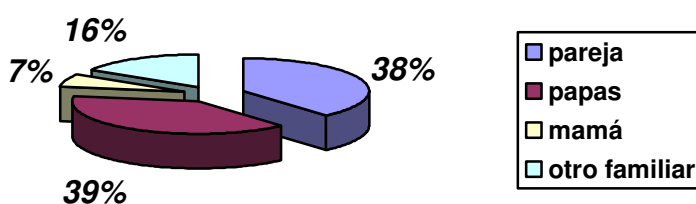
CON QUIEN VIVIAN CUANDO SE EMBARAZARON LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

CON QUIEN VIVIA CUANDO SE EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
pareja	12	38.7
papas	12	38.7
mamá	2	6.5
otro familiar	5	16.1
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007

GRÁFICA No 17

CON QUIEN VIVIAN CUANDO SE EMBARAZARON LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 17

Interpretación: En la gráfica No 17 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 38.7% vivía con su pareja cuando se embarazó, el 38.7% manifestó que con sus papás, el 6.5% dijo que con su mamá y el 16.1% con otro familiar. Como podemos observar un gran porcentaje de las adolescentes vivía con sus papas cuando se embarazó.

CUADRO No 18

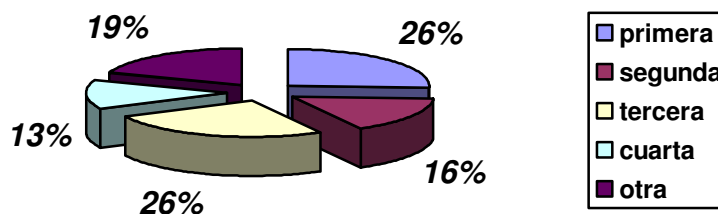
LUGAR QUE OCUPAN EN LA FAMILIA LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primera	8	25.8
Segunda	5	16.1
Tercera	8	25.8
Cuarta	4	12.9
Otra	6	19.4
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007

GRÁFICA No 18

LUGAR QUE OCUPAN EN LA FAMILIA LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 18

Interpretación: En la gráfica No 18 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 25.8% ocupan el primer lugar en su familia, el 16.1% el segundo lugar, el 25.8% manifestó ocupar el tercer lugar, el 12.9% el cuarto lugar y el 19.4% especifico que otro. Como nos podemos dar cuenta el mayor porcentaje de las adolescentes ocupa el 1er y 3er lugar en su familia.

CUADRO No 19

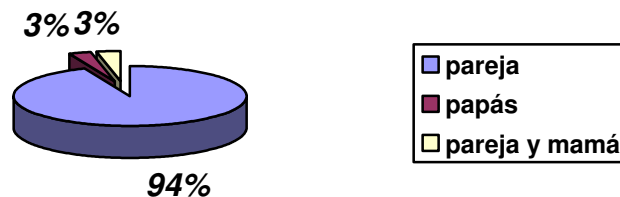
ACTUALMENTE CON QUIEN VIVEN LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

ACTUALMENTE CON QUIEN VIVE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pareja	29	93.5
Papás	1	3.2
pareja y mamá	1	3.2
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007

GRÁFICA No 19

ACTUALMENTE CON QUIEN VIVEN LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 19

Interpretación: En la gráfica No 19 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 93.5% actualmente vive con su pareja, mientras que el 3.2% con sus papás y el 3.2% manifestó que con su pareja y su mamá. Como nos podemos dar cuenta la mayoría de las adolescentes actualmente viven con su pareja.

CUADRO No 20

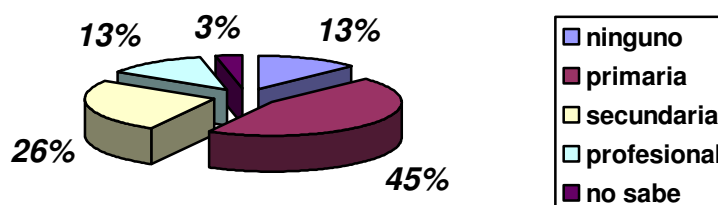
ESCOLARIDAD DEL PADRE DE LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

ESCOLARIDAD DEL PADRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	4	12.9
Primaria	14	45.2
Secundaria	8	25.8
Profesional	4	12.9
no sabe	1	3.2
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007

GRÁFICA No 20

ESCOLARIDAD DEL PADRE DE LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 20

Interpretación: En la gráfica No 20 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 12.9% el padre no cuenta con ninguna escolaridad, el 45.2% cuenta con primaria, el 25.8% con secundaria, el 12.9% es profesional, el 3.2% manifestó no saber la escolaridad del padre. Como observamos la mayoría de los padres de las adolescentes cuentan con escolaridad primaria.

CUADRO No 21

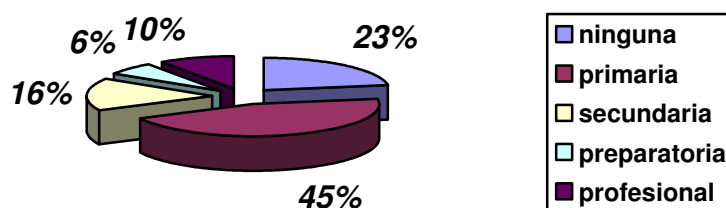
**ESCOLARIDAD DE LA MADRE DE LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES
QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE
HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007**

ESCOLARIDAD DE LA MADRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	7	22.6
Primaria	14	45.2
Secundaria	5	16.1
Preparatoria	2	6.5
Profesional	3	9.7
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007

GRÁFICA No 21

**ESCOLARIDAD DE LA MADRE DE LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES
QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE
HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007**



Fuente: Cuadro No 21

Interpretación: En la gráfica No 21 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 22.6% la madre no cuenta con ninguna escolaridad, el 45.2% cuenta con primaria, el 16.1 con secundaria, en tanto que el 6.5% con preparatoria y el 9.7% es profesional. Como observamos el mayor porcentaje de las madres de las adolescentes cuentan solo con educación primaria

CUADRO No 22

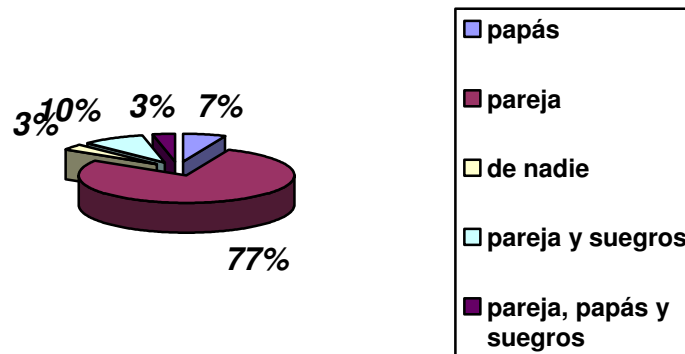
DEPENDENCIA ECONOMICA DE LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

DEPENDENCIA ECONOMICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Papás	2	6.5
Pareja	24	77.4
de nadie	1	3.2
pareja y suegros	3	9.7
pareja, papás y suegros	1	3.2
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007

GRÁFICA No 22

DEPENDENCIA ECONOMICA DE LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 22

Interpretación: En la gráfica No 22 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 6.5% dependen económicamente de sus papás, el 77.4% de su pareja, el 3.2% manifestó no depender de nadie, el 9.7% de su pareja y sus suegros y el 3.2% de su pareja, papás y suegros. Observamos que el mayor porcentaje de las adolescentes dependen económicamente de su pareja.

CUADRO No 23

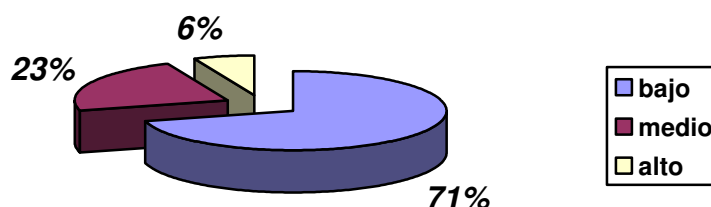
NIVEL ECONOMICO DE LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

NIVEL ECONOMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajo	22	71.0
medio	7	22.6
Alto	2	6.5
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007

GRÁFICA No 23

NIVEL ECONOMICO DE LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 23

Interpretación: En la gráfica No 23 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 71.0% manifestó que su nivel económico es bajo, el 22.6% de nivel medio y el 6.5% es de nivel alto. Encontramos que la mayoría de las adolescentes manifestó tener un nivel económico bajo.

CUADRO No 24

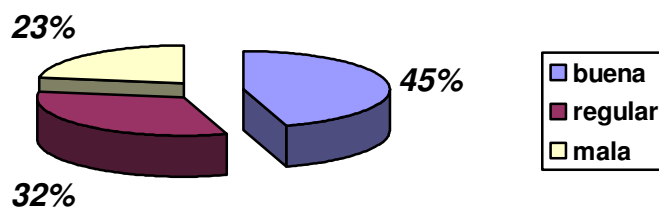
RELACIÓN DE PAREJA DE LOS PADRES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

RELACION DE PAREJA DE LOS PADRES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
bueno	14	45.2
regular	10	32.3
Mala	7	22.6
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007

GRÁFICA No 24

RELACIÓN DE PAREJA DE LOS PADRES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 24

Interpretación: En la gráfica No 24 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 45.2% refirió que la relación de sus padres es buena, mientras que el 32.3% es regular y el 22.6% es mala. Observamos que un gran porcentaje de las adolescentes manifestó que la relación de sus padres es buena.

CUADRO No 25

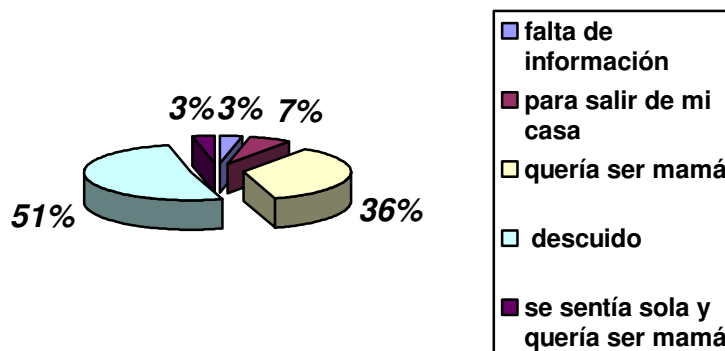
MOTIVO DEL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

MOTIVO DE EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
falta de información	1	3.2
para salir de mi casa	2	6.5
quería ser mamá	11	35.5
descuido	16	51.6
se sentía sola y quería ser mamá	1	3.2
Total	31	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007

GRÁFICA No 25

MOTIVO DEL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 25

Interpretación: En la gráfica No 25 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 3.2% se embarazó por falta de información, el 6.5% para salirse de su casa, el 35.1 porque ya quería ser mamá, mientras que el 51.6% refirió que por descuido y el 3.2% porque se sentía sola y ya quería ser mamá. Como identificamos en las graficas el mayor porcentaje de las adolescentes manifestó haberse embarazado por descuido.

CUADRO No 26

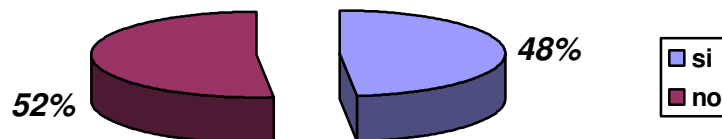
ESTUDIABAN CUANDO SE EMBARAZARON LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

ESTUDIABAN CUANDO SE EMBARAZARON	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	15	48.4
No	16	51.6
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007

GRÁFICA No 26

ESTUDIABAN CUANDO SE EMBARAZARON LAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 26

Interpretación: En la gráfica No 26 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 48.4% si estudiaba cuando se embarazo y el 51.6% no estudiaba cuando se embarazo. Como observamos en las graficas que el mayor porcentaje de las adolescentes no estudiaban cuando se embarazaron

CUADRO No 27

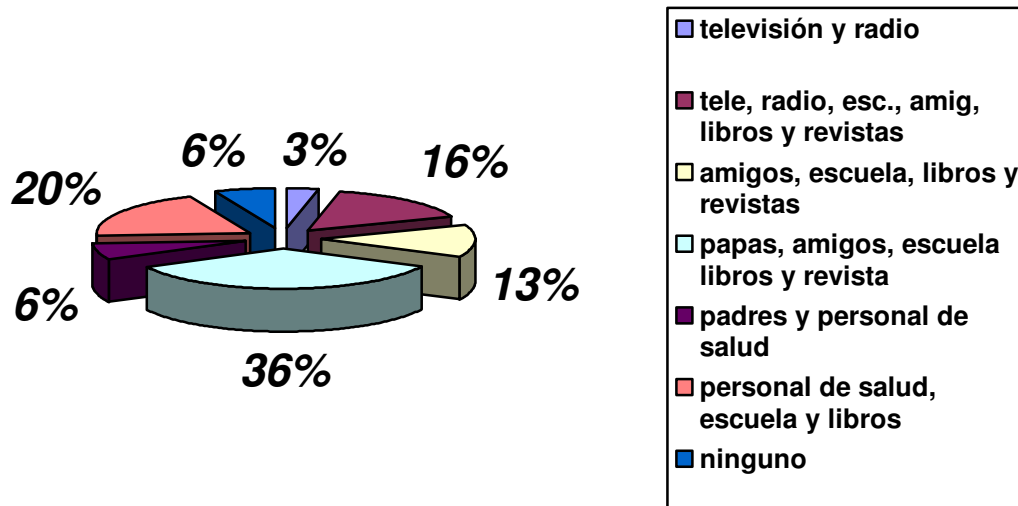
MEDIOS POR LOS QUE RECIBIERON INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD Y EMBARAZO LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

MEDIOS POR LOS QUE RECIBIO INFORMACIÓN DE SEXUALIDAD Y EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
televisión y radio	1	3.2
tele, radio, escuela, amigos, libros y revistas	5	16.1
amigos, escuela, libros y revistas	4	12.9
papas, amigos, escuela libros y revista	11	35.5
padres y personal de salud	2	6.5
personal de salud, escuela y libros	6	19.4
Ninguno	2	6.5
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007

GRÁFICA No 27

MEDIOS POR LOS QUE RECIBIERON INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD Y EMBARAZO LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 27

Interpretación: En la gráfica No 27 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 3.2% recibió información sobre sexualidad y embarazo por medio de la televisión y de la radio, el 16.1% por medio de la televisión, radio, escuela, amigos, libros y revistas, el 12.9% por amigos, escuela, libros y revistas, el 35.5% papas, amigos, escuela libros y revista, el 6.5% por sus padres y personal de salud, el 19.4% por el personal de salud, escuela y libros y el 6.5% manifestó que por ningún medio. Identificamos que la mayoría de las adolescentes manifestó haber recibido información de sexualidad y embarazo por sus, papas, amigos, escuela, libros y revistas.

CUADRO No 28

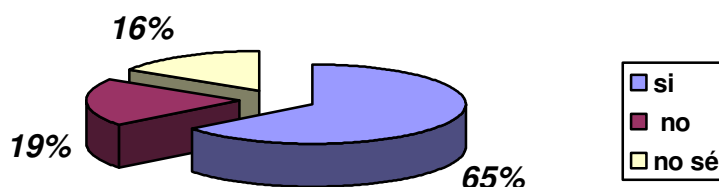
MADRES QUE PRESENTARON SU EMBARAZO ANTES DE LOS 19 AÑOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

MAMA QUE PRESENTO EMBARAZO ANTES DE LOS 19 AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	20	64.5
No	6	19.4
no sé	5	16.1
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007

GRÁFICA No 28

MADRES QUE PRESENTARON SU EMBARAZO ANTES DE LOS 19 AÑOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 28

Interpretación: En la gráfica No 28 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 64.5% manifestaron que su mamá si presento embarazo antes de los 19 años, el 19.4% manifestó que no y el 16.1% que no sabe. Observamos que un gran porcentaje de las madres de las adolescentes si se embarazo antes de los 19 años de edad.

CUADRO No 29

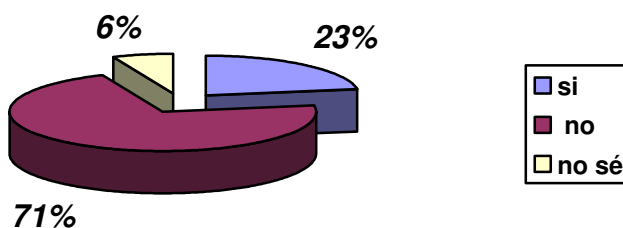
HERMANAS DE LAS ADOLESCENTES QUE PRESENTARON EMBARAZO ANTES DE LOS 19 AÑOS QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

HERMANAS QUE PRESENTARON EMBARAZO ANTES DE LOS 19 AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	7	22.6
No	22	71.0
no sé	2	6.4
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007.

GRÁFICA No 29

HERMANAS DE LAS ADOLESCENTES QUE PRESENTARON EMBARAZO ANTES DE LOS 19 AÑOS QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 29

Interpretación: En la gráfica No 29 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 22.6% refirieron que si tienen hermanas que se embarazaron antes de los 19 años, el 71% manifestaron que no y el 6.4% que no sabe. Encontramos que un gran porcentaje de las hermanas de las adolescentes no presentaron embarazo antes de los 19 años de edad.

CUADRO No 30

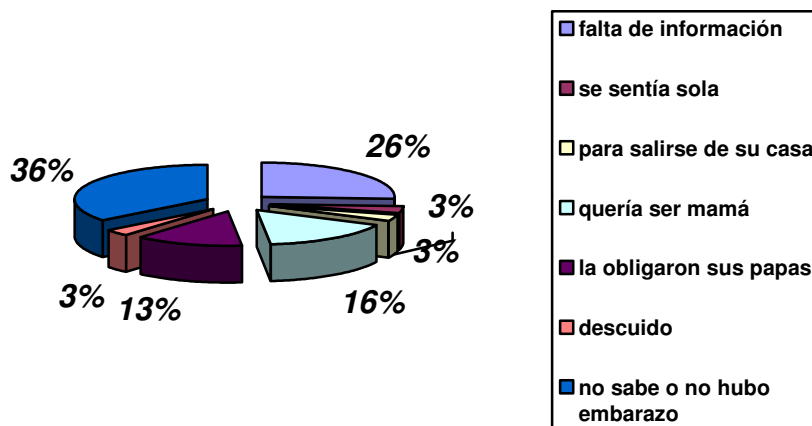
CAUSAS POR LAS CUALES MAMÁ O HERMANA PRESENTARON EMBARAZO ANTES DE LOS 19 AÑOS EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

CAUSAS POR LAS QUE SU MAMA O HERMANA SE EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
falta de información	8	25.8
se sentía sola	1	3.2
para salirse de su casa	1	3.2
Quería ser mamá	5	16.1
la obligaron sus papas	4	12.9
descuido	1	3.2
no sabe o no hubo embarazo	11	35.5
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007.

GRÁFICA No 30

CAUSAS POR LAS CUALES MAMÁ O HERMANA PRESENTARON EMBARAZO ANTES DE LOS 19 AÑOS DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 30

Interpretación: En la gráfica No 30 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 25.8% una de las causas por las cuales su mamá o hermana se embarazó es la falta de información, y el 3.2% es por que se sentía sola, el 3.2% para salirse de su casa, el 16.1% por que ya quería ser mamá, el 12.9% por que la obligaron sus papás, el 3.2% por descuido y el 35.5% no sabe o no hubo embarazo. Observamos que en la mayoría de las adolescentes no saben las causas por las cuales su mamá o hermana se embarazó.

CUADRO No 31

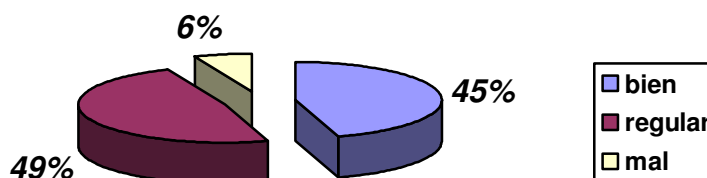
**COMO SE SIENTEN EMOCIONALMENTE LAS EMBARAZADAS
ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS
OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007**

COMO SE SIENTEN EMOCIONALMENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bien	14	45.2
regular	15	48.4
Mal	2	6.5
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007.

GRAFICA No 31

**COMO SE SIENTEN EMOCIONALMENTE LAS EMBARAZADAS
ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS
OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007**



Fuente: Cuadro No 31

Interpretación: En la gráfica No 31 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 45.2% se siente bien emocionalmente ante la situación del embarazo, el 48.4% se siente regular y el 6.5% manifestó sentirse mal. Como observamos el mayor porcentaje de las adolescentes se siente regular ante la situación del embarazo por que era algo que todavía no esperaban.

CUADRO No 32

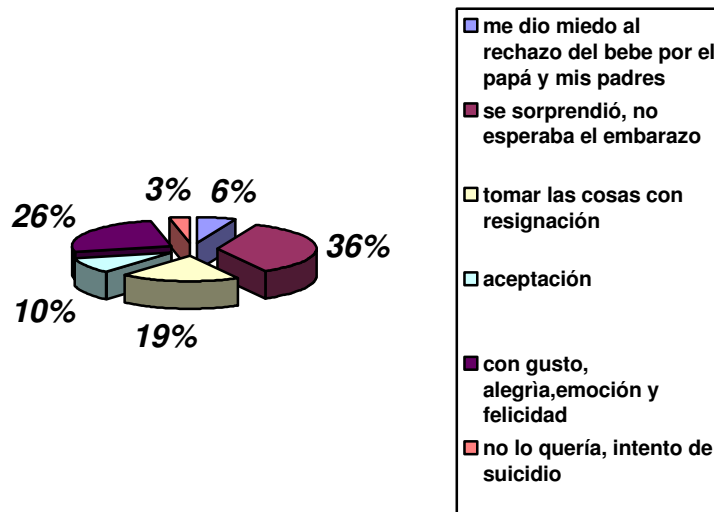
COMO TOMARON LA NOTICIA DEL EMBARAZO LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

COMO TOMO LA NOTICIA DEL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
me dio miedo al rechazo del bebe por el papá y mis padres	2	6.5
se sorprendió, no esperaba el embarazo	11	35.5
tomar las cosas con resignación	6	19.4
aceptación	3	9.7
con gusto, alegría, emoción y felicidad	8	25.8
no lo quería, intento de suicidio	1	3.2
Total	31	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007.

GRÁFICA No 32

COMO TOMARON LA NOTICIA DEL EMBARAZO LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 32

Interpretación: En la gráfica No 32 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 6.5% le dio miedo al rechazo del bebe por el papá y por sus padres al saber la noticia del embarazo, el 35.5% se sorprendió, no esperaba el embarazo, el 19.4% tomo las cosas con resignación, el 9.7% lo acepto, el 25.8% expreso que le dio gusto, alegría, emoción y felicidad y el 3.2% no lo quería y hasta pensó en suicidarse. Como observamos en la grafica el mayor porcentaje de las adolescentes se sorprendió al enterarse sobre la noticia del embarazo por que era algo que no esperaban y una adolescente manifestó que hasta pensó en suicidarse.

CUADRO No 33

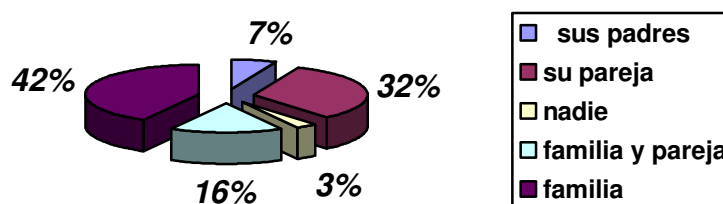
QUIENES APOYARON EN ESE MOMENTO A LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

QUIENES TE APOYARON EN ESE MOMENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
sus padres	2	6.5
su pareja	10	32.3
Nadie	1	3.2
familia y pareja	5	16.1
Familia	13	41.9
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007.

GRÁFICA No 33

QUIENES APOYARON EN ESE MOMENTO A LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 33

Interpretación: En la gráfica No 33 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 6.5% las apoyaron sus padres al saber de la noticia del embarazo, el 32.3% las apoyo su pareja, el 3.2% manifestó que nadie, el 16.1% que su familia y su pareja y el 41.9% su familia. Identificamos en la grafica que a la mayoría de las adolescentes las apoyo su pareja y su familia al momento de saber la noticia del embarazo.

CUADRO No 34

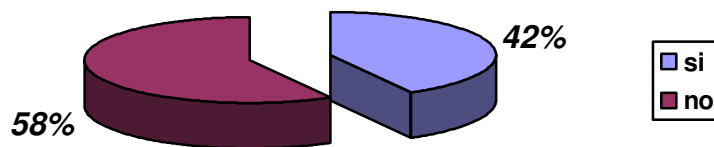
EN ALGÚN MOMENTO PENSARON EN NO TENER AL BEBÉ LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

PENSASTE EN NO TENER AL BEBÉ	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	13	41.9
no	18	58.1
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007.

GRAFICA No 34

EN ALGÚN MOMENTO PENSARON EN NO TENER AL BEBÉ LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 34

Interpretación: En la gráfica No 34 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 41.9% si pensaron en no tener al bebé y el 58.1% manifestó que no. Observamos que algunas adolescentes si pensaron en no tener al bebé.

CUADRO No 35

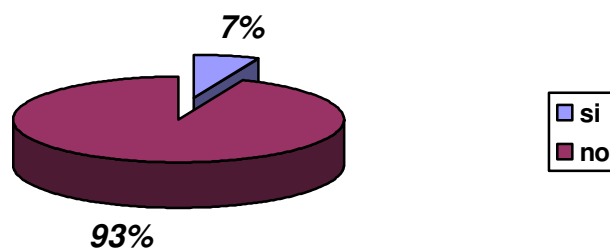
UTILIZARON ALGÚN METODO DE PLANIFICACION PARA EVITAR EL EMBARAZO LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

UTILIZO ALGÚN METODO PARA EVITAR EL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
si	2	6.5
no	29	93.5
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007.

GRAFICA No 35

UTILIZARON ALGÚN METODO DE PLANIFICACION PARA EVITAR EL EMBARAZO LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 35

Interpretación: En la gráfica No 35 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 6.5% si utilizo algún método de planificación para evitar el embarazo y el 93.5% refirió que no utilizo ningún método. Identificamos en la grafica que un gran porcentaje de la adolescentes no utilizo ningún método de planificación para evitar que se embarazara.

CUADRO No 36

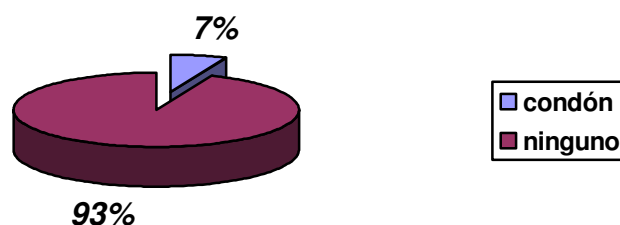
MÉTODO DE PLANIFICACIÓN QUE UTILIZARON LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN QUE UTILIZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
condón	2	6.5
ninguno	29	93.5
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007.

GRAFICA No 36

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN QUE UTILIZARON LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 36

Interpretación: En la gráfica No 36 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 6.5% el método que utilizó fue el condón y el 93.5% no utilizó ninguno. Observamos que un mínimo porcentaje de las adolescentes utilizó condón para evitar el embarazo.

CUADRO No 37

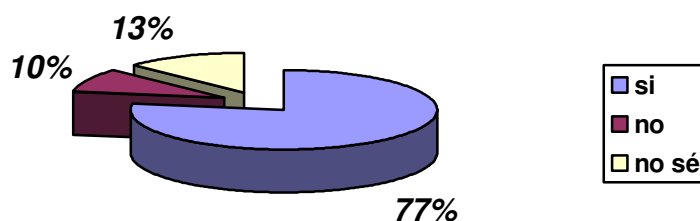
DESEARÍAN UTILIZAR ALGÚN METODO DE PLANIFICACIÓN LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

DESEARIA UTILIZAR ALGÚN METODO DE PLANIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
si	24	77.4
no	3	9.7
no sé	4	12.9
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007.

GRÁFICA No 37

DESEARÍAN UTILIZAR ALGÚN METODO DE PLANIFICACIÓN LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 37

Interpretación: En la gráfica No 37 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 77.4% si desearía utilizar un método de planificación, el 9.7% dijo que no y el 12.9% manifestó que no sabe. Como vemos en la grafica un gran porcentaje de las adolescentes manifestó que si desearía utilizar algún método de planificación.

CUADRO No 38

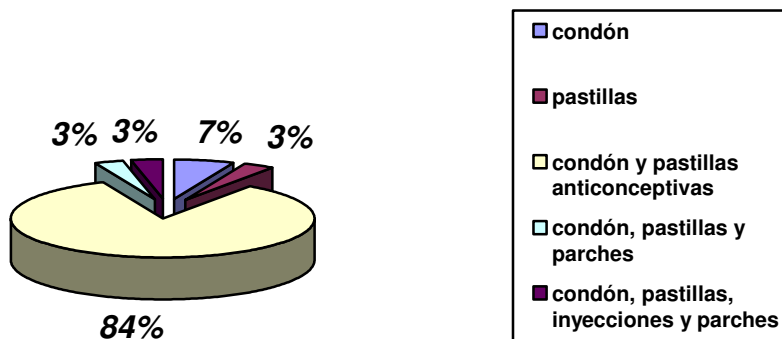
MÉTODOS DE PLANIFICACION QUE CONOCEN LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

METODOS DE PLANIFICACION QUE CONOCEN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
condón	2	6.5
pastillas	1	3.2
condón y pastillas anticonceptivas	26	83.9
condón, pastillas y parches	1	3.2
condón, pastillas, inyecciones y parches	1	3.2
Total	31	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007.

GRÁFICA No 38

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN QUE CONOCEN LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 38

Interpretación: En la gráfica No 38 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 6.5% solo conoce el condón como método de planificación, el 3.2% las patillas anticonceptivas, el 83.9% condón y pastillas anticonceptivas, el 3.2% condón, pastillas y parche y el 3.2% manifestó que el condón, pastillas, inyecciones y parches. Identificamos en la grafica que un gran porcentaje de las adolescentes manifestó conocer las pastillas y el condón como método de planificación.

CUADRO No 39

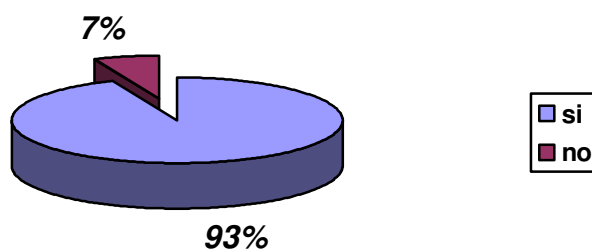
CONSIDERAN QUE ES UNA NECESIDAD CONOCER LOS METODOS DE PLANIFICACIÓN LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007

CONSIDERA QUE ES UNA NECESIDAD CONOCER LOS METODOS DE PLANIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
si	29	93.5
no	2	6.5
Total	31	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán. Marzo del 2007.

GRÁFICA No 39

CONSIDERAN QUE ES UNA NECESIDAD CONOCER LOS METODOS DE PLANIFICACIÓN LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA AL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES DE HUETAMO, MICHOACÁN. MARZO DEL 2007



Fuente: Cuadro No 39

Interpretación: En la gráfica No 39 aplicada a adolescentes embarazadas del IMSS Oportunidades de Huetamo, Michoacán, se encontró que el 93.5% si consideran que es importante conocer los métodos de planificación y el 6.5% manifestó que no considera importante. Aquí observamos que un gran porcentaje de las adolescentes si consideran importante conocer los métodos de planificación.

COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

La hipótesis de trabajo se comprobó con la prueba de Chi Cuadrada.

En los factores sociales se detectó la influencia de los medios de comunicación, la falta de comunicación con sus padres, idealización de la valoración de la maternidad, replicación del embarazo precoz en las mamás de las adolescentes y embarazo precoz en hermanas de las adolescentes estudiadas. (Chi cuadrada de 30.774 con una significancia estadística de de.000)

En los factores personales se encontró el abandono escolar, la falta de afecto familiar, el inicio temprano de las relaciones sexuales.(Chi cuadrada de 30.774 con una significancia estadística de .000)

En los factores psicológicos se pudo comprobar en las adolescentes que van a la búsqueda de independencia, y existe un miedo a estar sola.(Chi cuadrada de 30.774 con una significancia estadística de .000)

XIII. CONCLUSIONES

De cada 5 adolescentes embarazadas uno se encuentra entre 14 y 15 años y dos entre 16 y 17 años.

De cada 5 adolescentes embarazadas una no cuenta con ninguna escolaridad o solo tiene estudios de primaria, de cada dos una tiene estudios de secundaria y de cada tres una tiene estudios de preparatoria, en el estudio se preciso que la escolaridad no es un factor que influya en la determinación del embarazo.

De cada 4 adolescentes embarazadas tres viven en unión libre lo cual nos indica que existe un riesgo para la madre ya que el hecho de no tener seguridad en su

relación puede originar el deseo del aborto, de ser abandonada cuando nazca el bebé o de no llegar a consolidar una familia.

En cuanto a la ocupación de las adolescentes embarazadas se encontró en general se dedican al hogar sin embargo se detectó que de cada cinco adolescentes una continúa con sus estudios de secundaria y preparatoria y también se dedican al hogar

De acuerdo al inicio de la menstruación de las adolescentes embarazadas una de cada dos menstrúa entre los 11 y 12 años

Relacionando edad con inicio de vida sexual activa se encontró que existe una correlación de Pearson de .612 con una $P = a .000$ que indica que a menor edad mayor riesgo de iniciar su vida sexual activa y por lo tanto de embarazo.

Se encontró que a menor edad mayor riesgo de embarazo con una correlación de Pearson de .640 con una $P = a .000$ siendo la edad promedio del primer embarazo de 15 a 16 años

De cada 5 adolescentes embarazadas una lleva ya el segundo embarazo.

De cada cinco adolescentes embarazadas, dos vivían ya con su pareja y 3 con sus papás o con otro familiar.

En cuanto al nivel de escolaridad del padre se encontró que es muy bajo ya que de 10 papás solo uno cuenta con estudios de profesional. Y en las mamás de las adolescentes de cada 10 dos no cuentan con ninguna escolaridad, de cada 2 madres 1 cuenta con secundaria y preparatoria.

El nivel socio económico promedio de las adolescentes embarazadas es bajo.

La relación de pareja de sus padres se encuentra entre buena y regular.

Dentro de los factores por los cuales se embarazaron las adolescentes fue porque no estudiaban, por descuido, porque no usaban ningún método de planificación familiar.

Los medios por los cuales obtuvo información sobre sexualidad fueron: Por sus padres, amigos, escuela, libros, revistas y por el personal de salud.

Las madres de las adolescentes la mayoría se embarazó antes de los 19 años, esto significa que de diez mamás seis si se embarazaron a temprana edad. Y de cada cinco adolescentes dos si tienen hermanas que presentaron embarazo antes de los 19 años.

En cuanto a de que manera tomaron la noticia del embarazo las adolescentes la mayoría refirió que se sorprendió al enterarse de la noticia, no esperaban el embarazo pero tomaron las cosas con resignación y lo aceptaron, solo una de las adolescentes manifestó que ella llevo a pensar en suicidarse.

Se encontró que las adolescentes embarazadas no utilizaron un método de planificación familiar en su relación, sin embargo cabe mencionar que la mayoría de las adolescentes se sorprendieron al conocer su embarazo, lo cual no concuerda porque si no previenen con métodos anticonceptivos el embarazo, por lógica se embarazarán.

En cuanto al conocimiento de los métodos de planificación familiar la mayoría de las adolescentes embarazadas refirió conocer el condón y las pastillas anticonceptivas, sin embargo una cosa es conocer y otra utilizar.

IV. PROPUESTAS

- ❖ Incrementar acciones de información, educación y comunicación a nivel de la Atención Primaria de Salud, en la que se incorporen los temas de salud sexual y reproductiva; en los adolescentes iniciando desde la escuela primaria.
- ❖ Ofrecer educación sexual y anticonceptiva a los padres de familia haciéndoles énfasis en la importancia que tienen el que ellos aborden estos temas con sus hijos, para poder disminuir los altos índices de embarazo en la adolescencia que se presentan en México.
- ❖ Ofrecer métodos anticonceptivos en la institución de salud, para que cuando asistan los adolescentes por algún otro padecimiento puedan acudir a escuchar pláticas sobre planificación familiar y preguntar con toda la confianza sobre las dudas que tengan.
- ❖ Que el personal de salud capacite a los docentes de las instituciones primaria, secundaria y bachillerato sobre sexualidad y métodos anticonceptivos para que sean ellos quienes impartan los temas a los alumnos y respondan a las inquietudes de sus alumnos.
- ❖ Impartir cursos - talleres en donde los adolescentes estén en contacto directo con los métodos de planificación, para que así ellos puedan tener más conocimiento de estos.

- ❖ Que la institución de salud organice con los adolescentes dinámicas grupales sobre sexualidad, planificación familiar, utilizando técnicas didácticas, socio dramas, teatro guiñol y periódicos murales, para posteriormente realizar mesas redondas, foros, paneles y conferencias que permitan crear un espacio de reflexión y participación de los adolescentes para conocer los problemas del embarazo que enfrentan otros adolescentes y sus repercusiones del abandono escolar, la responsabilidad de crear y atender un bebe en la adolescencia sin experiencia, y cambiando su panorama social y familiar ya que pasaran de adolescentes a padres con una alta responsabilidad

XV. BIBLIOGRAFIA

ALBOUKREK Aarón “diccionario LAROUSSE” editorial Larrousse, primera edición, México D.F. 2004, Pp.255.

CAMPO J. Alberto “psicología del niño y del adolescente” volumen 3 editorial Dánae, sexta edición, Pp. 43-252.

DULANTO G. Enrique “El adolescente” editorial McGraw-Hill interamericana, Mexico D.F. 2000. Pp. 521-524.

DIANE E. Papalia “psicología del desarrollo del desarrollo de la infancia a la adolescencia” editorial Mc Graw Hill, novena edición, México D.F. 2004, Pp. 431-500.

“GUYTON Arthur, “fisiología humana” editorial mc graw-Hill interamericana, México D.F. PP.640-651.

LEONARD L. Deitra, “Enfermería materno infantil”, editorial Harcourt Brace, sexta edición, Pp. 957-970.

MADUEÑO, Conchita “Enciclopedia de sexualidad para adolescentes” tomo I, editorial Libsa, 2005.

PICK Susan “planeando tu vida” editorial planeta, séptima edición, México D.F. julio 2002, Pp. 27-124.

Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes” Dirección General de Salud Reproductiva, México D.F.2002 Secretaria de Salud, Pp. 13-44.

Hoja informativa GIRE, grupo de información en reproducción elegida, A.C.

Norma Oficial Mexicana 007 para la atención de la mujer, durante el embarazo, parto y puerperio y del Recién Nacido 1995. Secretaría de salud, Pp. 25-30.

SIS, Sistema de Información en Salud, Secretaría de Salud en Michoacán, 2006

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI).

<http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia>

<http://www.geocities.com/creanimate123/Quees-adolescencia.htm>

http://www.aulaclick.com/seccion_home.asp?seccion_id=30417¬icia_id=3172

<http://www.corposaludtachira.gov.ve/embarazo.htm>

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001516.htm>

http://www.intermedik.com.mx/centrodeatencionintegral_%20articulo1.htm

<http://html.rincondelvago.com/riesgos-del-embarazo-adolescente.html>

http://www.nacersano.org/centro/9388_9919.asp

<http://www.latinsalud.com/articulos/00258.asp?ap=3>

<http://escuela.med.puc.cl/ops/Curso/Lecciones/Leccion15/M3L15Leccion2.html>

XVI. ANEXOS

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO**LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

Se le pide por favor que conteste las siguientes preguntas, ya que esto es de gran importancia para los fines de mi investigación, se le agradecerá su colaboración.

I.- INSTRUCCIONES: Lee cuidadosamente la pregunta y subraye o contesta las siguientes preguntas.

1.- ¿Qué edad tiene?

- 1) 14 a 15 años. 2) 16 a 17 años. 3) 18 a 19 años.

2.- ¿que escolaridad tiene?

- 1) Primaria 2) secundaria 3) bachillerato 4) ninguna

3.- Estado civil:

- 1) Soltera 2) casada 3) unión libre 4) separada
5) divorciada 6) viuda

4.- ¿A que se dedica actualmente?

- 1) Estudia 2) trabaja 3) al hogar

5.- ¿en caso de que estudie, anote el grado que cursa actualmente?

6.- ¿A que edad presento su primera menstruación?

7.- ¿A que edad inicio su vida sexual?

8.-¿ edad en la que tuvo su primer embarazo?

9.- ¿Cuántos abortos ha tenido?

- 1) Ninguno 2) 1 3) 2 4) 3

10 ¿te consideras adicta a alguno de los productos mencionados?

- 1) Alcohol 2) marihuana, cocaína, piedra, hielo, resistol 5000
3) tabaco 4) ninguno

11.- ¿Cuántas parejas ha tenido?

- 1) 1 2) 2 3) 3 4) 4

12.- ¿Cuántos hijos tiene?

- 1) Ninguno 2) 1 3) 2 4) 3

13.- Con este embarazo ¿cuantos lleva?

- 1) 1 2) 2 3) 3 4) 4

14.- ¿Cuánto tiempo de embarazo tiene?

- 1) 1-3 meses 2) 4-6 meses 3) 7-9 meses

15.- ¿A partir de que mes o semana acudió a consulta?

16.- ¿conoces los riesgos de presentar un embarazo a temprana edad?

- 1) si 2) no

17.- ¿cuando se embarazo con quien vivía?

- 1) Pareja 2) papas 3) mamá 4) papá 5) otro familiar

18.- ¿que lugar ocupas en tu familia?

- 1) Primera 2) segunda 3) tercera 4) cuarta

5) especifique: _____

19.- ¿actualmente con quien vive?

- 1) Pareja 2) papas 3) mamá 4) papá 6) sola 7) otro familiar

20.- ¿que escolaridad tiene tu papa?

- 1) Ninguna 2) primaria 3) secundaria 4) preparatoria 5) profesional
6) otra

21.- ¿Qué escolaridad tiene mama?

- 1) Ninguna 2) primaria 3) secundaria 4) preparatoria 5) profesional
6) otra

22 ¿De quien dependes económicamente?

- 1) De mis padres 2) de mi pareja 3) de mis suegros 4) de nadie 5) otros

23¿Cual es tu nivel económico?

- 1) bajo (88 pesos diarios) 2) medio(132-176 pesos diarios)
3) alto (220-264 pesos diarios)

24.- ¿como es la relación de pareja de tus padres?

- 1) Buena 2) regular 3) mala

25.- ¿ante esta situación que te motivo a embarazarte?

- 1) Falta de información 2) me sentía sola 3) para salirme de mi casa
4) por la influencia de mis amigas 5) ya quería ser mamá 6) otra

26.- ¿estudiabas cuando te embarazaste?

- 1) Si 2) no

27.- ¿por que medios recibiste información de la sexualidad y del embarazo?

- 1) televisión 2) radio 3) escuela 4) por mis padres 5)
amigos 6) personal de salud 7) libros y revistas 8) ninguno

28.- ¿Tu mama tuvo su primer embarazo antes de os 19 años?

- 1) Si 2) no 3) no se

29.- ¿tienes hermanas que se embarazaron antes de los 19 años?

- 1) Si 2) no 3) no se

30.- ¿en caso de que tu mama o hermana se haya embarazado antes de los 19 años de edad, cuales son las causas por las que se embarazó?

- 1) Falta de información 2) se sentía sola 3) para salirse de su casa
4) por la influencia de sus amigas 5) ya quería ser mamá 6) otra

31.- ¿Como te sientes emocionalmente ante esta situación del embarazo?

- 1) Bien 2) regular c) mal

32.- ¿Como tomaste la noticia al saber del embarazo?

33.- ¿Quién o quienes te apoyaron en ese momento?

34.- ¿En algún momento pensaste en no tener al bebe?

- 1) Si 2) no

35.- ¿utilizaste algún método de planificación familiar para evitar que te embarazaras?

- 1) Si 2) no

36.- ¿Si tu respuesta fue si, anota que método utilizaste?_____

37.- ¿Al término del embarazo desearía utilizar algún método de planificación?

- 1) Si 2) no 3) no se

38.- ¿cuales métodos de planificación conoce?

39.- ¿consideras que es una necesidad conocer los métodos de planificación familiar?

- 1) Si 2) no

“GRACIAS POR TU PARTICIPACION “