



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

UNIDAD ACADEMICA
HOSPITAL MATERNO INFANTIL, TOLUCA, ESTADO DE MEXICO

**FACTORES PSICOSOCIALES QUE CONDICIONAN EL EMBARAZO EN
PACIENTES ADOLESCENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE
CONSULTA EXTERNA DE LERMA “IGNACIO ALLENDE
BICENTENARIO” DEL ISSEMyM**

TRABAJO
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
M. C. JUAN ANTONIO GUZMÁN MONTIEL

ASESOR:
M. ESP. M.F. BERENICE HERNANDEZ MIRANDA

MÉXICO, D.F. 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**FACTORES PSICOSOCIALES QUE CONDICIONAN EL EMBARAZO EN LAS PACIENTES
ADOLESCENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA DE LERMA
"IGNACIO ALLENDE BICENTENARIO" DEL ISSEMyM**

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

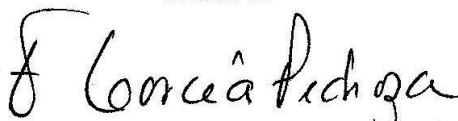
PRESENTA:

M. C. JUAN ANTONIO GUZMÁN MONTIEL

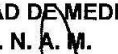
AUTORIZACIONES



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**



**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINACIÓN DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**

**FACTORES PSICOSOCIALES QUE CONDICIONAN EL EMBARAZO EN LAS PACIENTES
ADOLESCENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA DE LERMA
"IGNACIO ALLENDE BICENTENARIO" DEL ISSEMyM**

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

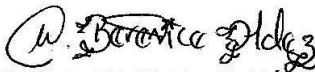
PRESENTA:

M. C. JUAN ANTONIO GUZMÁN MONTIEL

AUTORIZACIONES



**M. ESP. M.F. DANIEL GODÍNEZ TAMAY
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS
HOSPITAL MATERNO INFANTIL
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO**



**M. ESP. M.F. BERENICE HERNÁNDEZ MIRANDA
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS
HOSPITAL MATERNO INFANTIL
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO**



**LIC. ANA LUISA SERVÍN CARDENAS
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS**

**ING. JOANA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA EN SALUD
DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS**

TOLUCA, ESTADO DE MEXICO 2012

“Con una dedicatoria especial, a mi mamá Lucre q. en p. d., quien fue el motivo de inspiración y perseverancia para lograr mi objetivo”

**Con un agradecimiento a la
E. EN G.O. Alicia Lira Alcántara,
por el apoyo brindado en este trabajo**

RESUMEN

Objetivos: Identificar cuáles son los factores psicosociales que condicionan el embarazo en las adolescentes. **Material y Métodos:** Se entrevistaron a 100 adolescentes embarazadas que acuden a la clínica de consulta externa de Lerma “Ignacio Allende Bicentenario” del ISSEMyM, a quienes se les aplicó un cuestionario sobre aspectos sociales, económicos, culturales, ginecológicos y de autoestima, siendo un total de 30 variables. **Resultados:** Se identificó que la información que se tiene sobre los métodos anticonceptivos así como el uso de los mismos no es suficiente además de que esta información es obtenida fuera de su hogar en la mayoría de las embarazadas encuestadas, el nivel de autoestima no guarda relación con del embarazo. **Conclusiones:** No ha sido suficiente la concientización en las mujeres adolescentes embarazadas sobre el empleo de métodos anticonceptivos.

Palabras Clave: Factores psicosociales, Embarazo en adolescentes.

ABSTRACT

Objectives: Identify the psychosocial factors that affect pregnancy in adolescents. **Material and Methods:** We interviewed 100 pregnant teenagers attending the outpatient clinic of Lerma “Ignacio Allende Bicentenario” The ISSEMyM, who were administered a questionnaire on social, economic, cultural, gynecological and self–esteem being a total of 30 variables. **Results:** We identified that the information we have about contraception and the use there of is not sufficient in addition this information is obtained outside the home is most pregnant women surveyed, self-esteem in not related with pregnancy. **Conclusions:** There has been enough awareness in pregnant teenagers on the use of contraceptive methods.

Key Word: Psychosocial Factors, Pregnancy in adolescents.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia comprende el periodo de vida que abarca de 10 a 19 años de edad, en esta etapa se observa una aceleración del crecimiento en talla y peso, con importantes modificaciones morfológicas, endocrinas y psicológicas, de las que derivan cambios de la personalidad que tiene que ver con la actitud y el comportamiento, estos cambios suelen comenzar a los once años en las mujeres y a los trece años en los varones, los cambios hormonales inician años antes y pueden dar lugar a periodos de inquietud y mal humor, las niñas experimentan estos cambios antes que los niños.

Durante la adolescencia se presentan cambios físicos, psicológicos y sociales de la pubertad, que señalan su inicio, así como la necesidad de que los jóvenes tienen que encontrar una manera de adaptarse a dichos cambios (González C, Andrade P. 1995)

El embarazo en los adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, ya que constituye una causa frecuente de consulta en las clínicas y hospitales, se presenta con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más desprotegidos aunque su incidencia está presente en todo los extractos sociales 3. Interrumpiendo con ello el desarrollo personal de la adolescente en su ámbito escolar y laboral, además de limitar una correcta socialización con los grupos de su edad, trastornando su desarrollo en esta etapa de la adolescencia al obligarla a asumir un papel materno para el cual no se encuentra preparada desde el punto de vista físico y emocional.

Debido a que en esta etapa ocurren con frecuencia embarazos no deseados es importante implementar programas de promoción de la salud enfocados a la prevención, detección y control de salud reproductiva así como de enfermedades de transmisión sexual, haciendo énfasis en la forma de cómo vivir y disfrutar de su sexualidad con responsabilidad, poniendo a su alcance de ellas toda la información necesaria a través de diferentes medios de comunicación evitando con ello embarazos no deseados logrando con ello una mejor calidad de vida en esta etapa de desarrollo.

ÍNDICE

Cap. Pág.

I	MARCO TEÓRICO.....	1
1.	Adolescencia.....	1
1.1.	Definición de adolescencia.....	1
1.2.	Epidemiología.....	2
1.3.	Cambios en la adolescencia.....	3
1.3.1.	Cambios físicos.....	3
1.3.2.	Cambios psicológicos.....	5
1.3.3.	Cambios sociales.....	5
1.4.	Sexualidad en la adolescencia.....	6
1.4.1.	Actitudes ante la sexualidad.....	7
1.4.2.	Factores que fomentan las relaciones sexuales.....	8
1.5.	Embarazo en la adolescencia.....	11
1.5.1.	Definición de embarazo.....	11
1.5.2.	Embarazo en la adolescencia.....	11
1.6.	Factores que facilitan el embarazo en las adolescentes.....	12
1.6.1.	Factores físicos.....	13
1.6.2.	Factores sociales.....	13
1.6.3.	Factores psicológicos.....	14
1.6.4.	Factores familiares.....	15
1.7.	Consecuencias del embarazo en las adolescentes.....	15
1.7.1.	Consecuencias para la adolescente.....	16
1.8.	Cultura de prevención.....	18
1.8.1.	Prevención.....	18
1.8.2.	Educación sexual.....	18
1.8.3.	Paternidad responsable.....	19
1.8.4.	Trabajo en grupos.....	20
1.8.5.	Promotores adolescentes (centro juveniles).....	21
1.8.6.	Ficha de identificación.....	21
1.8.7.	Aspectos socioeconómicos.....	21
1.8.8.	Antecedentes ginecológicos.....	22
1.8.9.	Escala de autoestima de Rosenber (EAR).....	22

Cap.		Pag.
II	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
III	JUSTIFICACIÓN	25
IV	OBJETIVOS	26
4.1.	Objetivo general.....	26
4.2.	Objetivos específicos.....	26
V	METODOLOGÍA	27
5.1.	Tipo de estudio.....	27
5.2.	Población, lugar y tiempo de estudio.....	27
5.3.	Diseño de la investigación.....	27
5.4.	Tipo de muestra y tamaño de la misma.....	30
5.5.	Criterios de selección.....	31
5.5.1.	Criterios de inclusión.....	31
5.5.2.	Criterios de exclusión.....	31
5.5.3.	Criterios de eliminación.....	31
5.6.	Información a recolectar.....	32
5.6.1.	Definición conceptual y operativas de las variables.....	32
5.7.	Validación de instrumento.....	36
5.8.	Instrumento de medición.....	37
5.8.1.	Escala de autoestima de Rosenberg (EAR).....	37
5.9.	Método o procedimiento para captar la información.....	38
5.10.	Maniobra para evitar sesgos.....	39
5.10.1.	Sesgos de información.....	39
5.10.2.	Sesgos de selección.....	39
5.10.3.	Sesgos de medición.....	39
5.11.	Captura de la información.....	39
5.11.1.	Recursos humanos.....	39
5.11.2.	Recursos materiales.....	39
5.11.3.	Recursos financieros.....	40
5.12.	Consideraciones éticas.....	40
VI	RESULTADOS	42
6.1.	Cuadros y gráficas.....	42
VII	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	42
7.1.	Análisis estadístico.....	52

VIII.	CONCLUSIONES	55
8.1.	Sugerencias y/o Recomendaciones.....	56
VIII	REFERENCIAS	57
IX	ANEXOS	60

I MARCO TEÓRICO

1.- Adolescencia

1.1. Definición de adolescencia

La palabra adolescencia proviene de “adolece” que significa “carencia o falta de madurez”(25).

Etimológicamente la palabra adolescencia proviene de ed.: a, hacia y oliscare de oleré: crecer. Es decir; significa la condición y el proceso de crecimiento que implica un proceso de crisis vital, que en griego es el acto de distinguir, elegir, decidir o resolver, a partir de la cual se logrará la identidad personal (Monroy VA. 1990).

La adolescencia es una etapa en la que los jóvenes aprenden a conocer, de hacer amistades, intercambian opiniones y tiene ideas bien definidas (López 2005).

Este proceso conlleva a la explicación de la adolescencia; como una etapa de cambios motivada por la necesidad de sublimación de los impulsos sexuales y de la pérdida que se deriva de la situación de la independencia y rebelión frente a la familia y a los adultos en general para reafirmar su propio yo creando un sistema de valores adecuado a su personalidad (Colemman A.1985).

Además de obtener cualidades necesarias para relacionarse con los compañeros de su misma edad, así como la incorporación de una serie de principios éticos aplicables a la realidad práctica al igual que el fomento de las capacidades intelectuales y la adquisición de una responsabilidad social e individual básica (López 2005).

Terry F. (1995). Define a la adolescencia, como una etapa de transición de la vida de un niño a la adolescencia, que se caracteriza por cambios físicos significativos y que culmina con la madurez sexual.

Desde el punto de vista biológico, la adolescencia se caracteriza por el rápido crecimiento (madurez física y sexual) y se atribuye el nombre de pubertad

Es el periodo de desarrollo entre la niñez y la madurez, es la transición de una etapa a otra, es de forma e indeterminada y su duración es diferente para cada persona, pero conviene saber que la mayoría de los adolescentes, con el tiempo llegan a ser adultos maduros (Sué DS. 2000).

La adolescencia es descrita como un periodo de transición, por que marca el final de la niñez y crea cimientos para la edad adulta.

Freud S. (1992). La define como la “Etapa Genital” que se caracteriza por una nueva energía que rompe con la estabilidad de la sexualidad reprimida en la niñez, con un nuevo ajuste dinámico hacia los cambios

físicos y sexuales que conlleva a mantener relaciones sexuales hacia unas relaciones más íntimas y maduras que pueden abarcar las atracciones sexuales.

La adolescencia es una etapa de búsqueda y asimilación de los valores, los cuales muchas veces generan conflictos entre sus padres, amigos y maestros.

Por su parte Valenzuela Luengas, Marquet. (1993). Menciona que en promedio la adolescencia comprende de los 13 a los 18 años en las mujeres y de los 14 a los 18 años en los varones, a la vez esta se divide en 3 periodos: adolescencia temprana comprende de los 10 – 13 años, adolescencia media de los 14 a los 16 y adolescencia tardía de 17 a 19 años.

1.2. Epidemiología

Existen a nivel mundial 1,200 millones de adolescentes entre 10 a 19 años, en todo el mundo uno de cada 10 alumbramientos corresponde a una madre adolescente y las tasas de fecundidad oscilan entre 05 a 200 nacimiento vivos por cada 1000 adolescentes, siendo las más altas las de África y América Latina sucesivamente (12).

El embarazo en la adolescencia es uno de los problemas de salud pública a nivel internacional debido a vulnerabilidad de este segmento de la población en el que se desarrolla, además de los factores socioculturales y desigualdades sociales de cada población (Dra. Contreras R y Dra. Martín C. 2011).

Los partos de mujeres menores de 19 años representan 17%, (14 millones de partos al año en el mundo entero) (12).

En los países en desarrollo según un informe sobre la juventud mundial 2005, uno de cada seis alumbramientos corresponde a jóvenes de 15 a 19 años de edad.

De acuerdo a la información más reciente proporcionada por el INEGI, el número de adolescentes en México, es de 20,728 628 cuyo grupo está representado de los 10 a los 19 años, de los cuales para los hombres representa un total de; 10,345 385, de esta cifra; 5,435 737 corresponde al rubro de 10 – 14 años y 4,909 648 al rubro de 15 – 19 años, por otra parte el total de las mujeres es; 10,383 243, de esta cifra; 5,300 756 corresponde al rubro de 10 a 14 años y de 5,082 487 al rubro de 15 a 19 años(14).

En base a la información vertida por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2010, la población total del Estado de México es de 15, 175 862, de los cuales 7, 778 876 son mujeres que corresponde al 51.4% de la población y 7, 396 986 son hombres que representa un 48.6% de la población, el número total de hombres adolescentes de 10 a 19 años es de 2, 896.176, de los cuales de 10 a 14 años son 1, 429 028 y de 15 a 19 años de 1, 467 148, en relación al número total de mujeres adolescentes de 10 a 19 años es de

1,438 234, de las cuales por grupo de edad representa de 10 a 14 años 705, 406 y de 15 a 19 años es de 732,8287. 7,8. La tasa global de nacimientos en el Estado de México es de 2.1 hijos por madre(7).

1.3. Cambios en la adolescencia

La adolescencia comprende un periodo que va de 10 a 19 años de edad, el cual es de suma importancia desde el punto de vista somático en el que se observa una aceleración del crecimiento en talla y peso con importantes modificaciones morfológicas, endocrinas y psicológicas, de las que derivan cambios de la personalidad, actitud y comportamiento, estos cambios suelen comenzar a la edad de los once años en las mujeres y a los trece en los varones, los cambios hormonales responsables comienzan años antes y pueden dar lugar a periodos de inquietud y mal humor, las niñas experimentan estos cambios antes que los niños.

Durante la adolescencia se presentan cambios físicos, psicológicos y sociales, que marcan el inicio de la pubertad, así como la necesidad de que los jóvenes tienen que buscar la manera de cómo adaptarse a dichos cambios (González C, Andrade P. 1995).

1.3.1. Cambios físicos

La adolescencia comienza con el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y termina a los 19 años.

Para Valenzuela, Luengas, Marquet. (1993). El inicio de la adolescencia comprenden el crecimiento en la mujer de las glándulas mamarias y el aumento en la secreción vaginal y en el hombre se presenta el crecimiento del pene, testículo y de la función prostática, posteriormente aparece el bello pudiendo en ambos sexos.

La excreción de 17 – cetosteroides aumenta de 0.5 mg, en el primer año de edad y de 6 – 12 mg. de los 13 a 18 años de edad, en la mujer la excreción de estrógenos aumenta considerablemente a partir de los 11 años hasta llegar a sus cifras máximas a los 16 años.

Conger J. (1980). Señala quea diferencia del niño pequeño cuyo crecimiento es gradual y ordenado, el adolescente percibirá en un corto plazo que se siente como un extraño consigo mismo por los cambios significativos que esta presentando.

PowellM. (1975). Menciona que estos cambios de estatura, peso, tejido y funciones endocrinas son universales, ya que demuestran la naturaleza genética de la pubertad, además de la gama de influencias hereditarias que permiten que diferentes los factores genéticos se manifiesten con ritmos distintos en los adolescentes criados en la misma zona geográfica.

Los cambios físicos que experimentan los adolescentes, tiene un papel importante en su desarrollo total, porque afectan otras esferas y modifican actitudes.

Los cambios que se presentan en esta etapa son de mucha importancia, todos están controlados por hormonas que intervienen en el desarrollo del adolescente, produciendo aumento en el desarrollo del adolescente, desarrollo de los órganos reproductivos y caracteres sexuales secundarios en el hombre y en la mujer los cuales comprende:

Hombre:

- Ensanchamiento de los hombros
- Cuerpo más musculoso
- Voz más profunda
- Cambios en la piel
- Aumento en la estatura
- Mayor sudor provocado por la maduración de las glándulas sudoríparas
- Cabello y piel más grasosa, debido a la maduración de las glándulas sebáceas
- Cambios en los genitales; pené más alargado y con mayor grosor, aumento del tamaño de los testículos, la próstata y las vesículas seminales maduran y secretan semen
- Crece el bello en; axilas, región púbica y alrededor de los genitales, región umbilical, cara pecho, piernas y brazos

Mujer:

- Ensanchamiento y aumento de la profundidad de la pelvis
- Cambio de voz
- Cambios en la piel
- Aumento de la estatura
- Aumento de la grasa corporal en mamas y zona púbica (monte de venus)
- Mayor sudor, por la maduración de las glándulas sudoríparas
- Cabello y piel más grasosa, debido a la maduración de las glándulas sebáceas
- Crecimiento mamario
- Adquieren una mayor curvatura corporal
- Presencia de menstruación
- Cambios en los genitales; mayor longitud y mayor elasticidad de la vagina, las glándulas vestibulares comienza a secretar fluidos lubricadores, los labios mayores, menores y clítoris se agrandan, el monte de venus es más prominente, el útero duplica su tamaño.
- Crece el bello en; axilas, región púbica y alrededor de los genitales, piernas y brazos

1.3.2. Cambios psicológicos

Dentro de la adolescencia se presentan diversas manifestaciones de la conducta, debido a que se experimentan cambios que forman parte de las experiencias del ser humano las cuales ocurren rápidamente y con frecuencia se presentan altibajos emocionales, periodos de desaliento, y preocupaciones por diversas situaciones, formando parte de los aspectos psicológicos significativos en esta etapa, por ello el periodo de la adolescencia constituye un momento esencial del desarrollo psicológico.

El joven presenta constantes fluctuaciones en su estado de ánimo acompañado de un sentimiento de ansiedad y depresión característico de este periodo de crecimiento, vinculándolo a tres duelos que son:

- a).- Duelo por el cuerpo infantil, (enfrentar y aceptar los cambios que ocurren en el organismo)
- b).- Duelo por el rol y la identidad infantil, (renunciar a la dependencia infantil y aceptar sus responsabilidades)
- c).- Duelo por los padres de la infancia; en quienes siguen buscando refugio, protección y que se complica con la actitud de que los padres quienes deben aceptar su envejecimiento y el hecho de que sus hijos ya no son niños

Respecto a lo anterior se plantea que una de las tareas para los adolescentes es; crecer y desarrollarse.

Aguilar GJA, MayenHB. (1998). Comentan que durante la adolescencia la autoestima se debilita, ya que el cuerpo cambia y los adolescentes tienden a cuestionar su imagen corporal, con el fin de construir su identidad.

La autoestima es de suma importancia para su bienestar psicológico ya que esta influye en la forma de cómo se siente, cómo se valora y cómo se relaciona con los demás.

1.3.4. Cambios sociales

La adolescencia es un fenómeno determinado por la sociedad, ya que ésta influye en el momento en que el adolescente, trata de insertarse a su medio.

A continuación se mencionan algunos cambios sociales:

- Relaciones familiares: Pueden alterarse y producirse roles continuos cuando los adolescentes se rebelan tienden a ahilarse e incluso se fugan o cuestionan ideas, valores, actitudes o conductas de los padres

- Relaciones con el grupo: Gran necesidad de aceptación y reconocimiento; la amistad se convierte en valor central el grupo tiene fuerte influencia en el adolescente y puede ser positiva o negativa
- Relaciones con el medio: Asimilación de los valores y del medio, actitud crítica aguda, especialmente hacia los mayores, gran sensibilidad ante las incongruencias.

En la búsqueda de la independencia se crea una separación con los adultos, de ahí que en los adolescentes, es importante el grupo.

Un grupo de amigos de la misma edad, proporciona una red de apoyo que hace posible la autonomía y la experimentación con diferentes valores culturales, al mismo tiempo que se satisfacen las necesidades de cercanía emocional, también ayuda a que el adolescente determine forme su personalidad (Newman D. Y Newman P.1991).

1.4. Sexualidad en la adolescencia

Hablar de la sexualidad humana no solo comprende los cambios biológicos sino que incluye una interacción cognitiva entre el individuo y el medio ambiente.

La respuesta sexual de los adolescentes dependerá del medio social en que se desarrolla así como de su educación y de los valores morales y religiosos inculcados además de las leyes vigentes, con el comienzo de la pubertad se producen cambios en la transformación de su vida sexual infantil a una vida sexual definitiva.

Esta transformación incluye la capacidad reproductiva, los cambios biofisiológicos que generan un aumento del deseo sexual así como un mayor interés en desarrollar conductas sexuales en su interior, se despiertan sensaciones sexuales y sentimientos románticos, la intensidad del impulso sexual difiere de unos adolescentes a otros.

Máster W, Johnson V. (1987). Señala que el adolescente encara una compleja sucesión de dificultades concernientes a su desarrollo sexual y la forma de cómo realizar dicha actividad además de poder identificar el amor y de cómo asimilarlo. Además de presentar fantasías sexuales y de efectuar prácticas de masturbación para satisfacer su deseo sexual.

Hurlock E. (2002). Menciona que para alcanzar la sexualidad adulta, el joven tiene que superar un periodo de cambios y aprender adaptarse a su desarrollo social, profesional e incluso espiritual.

Además debe dominar varias tareas para comportarse de modo apropiado ante la sociedad, adquirir conocimientos sobre el sexo y de los roles sexuales así como de las pautas de conducta sexual, las cuales

serán una guía para la selección de pareja, aprender a expresar su amor hacia el sexo opuesto y poder desempeñar su función entre los miembros de su mismo sexo.

En la adolescencia, los sentimientos e impulsos sexuales son difusos y suscitan cierto desconcierto y perplejidad, la manera de expresar esos sentimientos e impulsos depende en gran parte del aprendizaje y de la influencia del medio en que se encuentre.

El aprendizaje de los roles sexuales, constituye uno de los pasos más difíciles y más complejos ya que tanto varones como mujeres ingresan a la adolescencia sin clara comprensión de lo que la sociedad espera de ellos.

Cuando el adolescente aprende a manejar su impulso sexual en forma adecuada al presentar un comportamiento heterosexual con la madurez para el desempeño de su sexo de acuerdo a lo establecido por la sociedad.

1.4.1. Actitudes ante la sexualidad

Debido a los problemas actualmente presentes en nuestra sociedad y al incremento de la población adolescente, es necesario crear programas de educación sexual eficaces para ser impartidos en los primeros años.

Para poder comprender las actitudes del adolescente ante la sexualidad, es necesario diferenciar una actitud y una actitud sexual, la primera es entendida por algunos autores como la predisposición adquirida a evaluar de determinado modo a una persona o evento, por lo tanto como lo mencionan, Mac C y Mac CS. (1991). Muchas de las actitudes de la sexualidad tienen su auge en el período de la adolescencia, pero no se debe olvidar que muchas de estas tiene su origen es los primeros años de vida del adolescente.

Aunque es en la adolescencia en donde empiezan a desarrollar un código sexual y una escala de valores sin embargo las influencias más fuertes proviene de los padres y conforme van creciendo las ideas aprendidas en el hogar quedan superadas por las opiniones e influencias de la escuela, de los medios de comunicación y sobre todo del grupo de compañeros de los adolescentes.

Hurlock E. (2002). Menciona en tanto que las actitudes femeninas hacia su propio sexo se deterioran mientras que las del otro sexo registran una mejoría, esto debido principalmente a las expectativas de la sociedad, es decir que los individuos de ambos sexos están sujetos a presiones sociales muy diferentes.

Mac C y Mac CS.(1991). Comenta que en este periodo los adolescentes comienzan a desarrollar actitudes diversas hacia la actividad sexual, por un lado las decisiones que toma el adolescente en la esfera sexual son un reflejo de la disposición psicológica del sujeto, de sus valores personales, del razonamiento moral, temor a las consecuencias negativas y participación en aventuras o amores románticos y por lo tanto en su

ansia de liberarse de la superioridad de los adultos, algunos adolescentes ven en el sexo como un medio de demostrar su aptitud para elegir en forma independiente y de presentar cara a cara la escala de valores de la otra generación.

Aunque los adolescentes más jóvenes tienden a aceptar los estándares sexuales tradicionales de sus progenitores, se sabe que conforme se desarrollan comienzan a pensar en forma más independiente, influenciados en gran medida por valores externos, en consecuencia empiezan a adoptar un código sexual más tolerante, también aprenden de sus compañeros como encubrirse para evitar la ira de sus progenitores o de la sociedad.

Por otro lado las presiones del grupo de edad al que pertenece los adolescentes varían según las colectividades sociales y al mismo tiempo son un reflejo de cultura social y económica a la que pertenezca (Máster W, Johnson V. 1987).

Otra influencia cultural sobre la información de actitudes entre jóvenes, puede hallarse en el comercio cotidiano del sexo ante el cual están sujetos en forma directa, como es la venta de libros solo para adulto y en forma indirecta la imagen sexual de los programas de televisión.

1.4.2. Factores que fomentan las relaciones sexuales

Dulanto E. (2001). Comenta algunas razones por las cuales se involucran en una relación sexual temprana a los jóvenes:

Presión de los compañeros; basada en la necesidad de ensayo grupal, para ser calificados y además porque unos a otros se aportan valor para lo que temen hacer solos.

Por ser esta una forma de comunicar afecto; sentimientos amorosos en una relación para mantener una relación afectiva deseada más que programada o pensada como vía para comprometerse en actividad coital.

Para evitar la soledad; vacío existencial que se origina en la misma dinámica familiar por abandono afectivo de los pares, destrucción familiar, lejanía, frialdad, pobre comunicación con hermanos y para obtener afecto a todo precio ya que no se sienten amados en su familia, tampoco en el grupo de pares, sienten la necesidad de ser valorados y estimulados no solo en forma verbal sino a través de la ternura.

Como una forma de mostrar independencia; sienten a través de la actividad genital, seguridad en su rol, ponen distancia con los padres o tutores que los cuestionan, como un mecanismo de manifestarse contra el autoritarismo, pero que no siempre corresponde a un buen ejemplo.

Mostrar ante los padres que es un adulto; tiene la necesidad de darse a conocer y ser valorado por otros jóvenes del barrio, la escuela o el grupo social, para ser admitido dentro del grupo.

La sexualidad en la adolescencia es una fuente de comunicación y se expresa principalmente en las áreas genital o biológica, área erótica relacionada con la búsqueda de placer y la moral como parte de los valores inculcados dentro de la sociedad.

Dentro del pronóstico del embarazo en las adolescentes se debe tomar en cuenta que (14):

- Una adolescente sexualmente activa que no emplea anticonceptivos, tiene un 90% de posibilidades de quedar embarazada en un año
- Las citas a los 12 años, están relacionadas con una posibilidad del 91% de tener relaciones sexuales antes de los 19 años de edad
- Las citas a la edad de los 13 años, se asocian con una probabilidad de 56% de actividad sexual durante la adolescencia

Las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia, tienen una mayor probabilidad de generar más hijos y menos probabilidad de:

- Recibir apoyo por parte de los padres
- De terminar sus estudios
- De establecer una independencia y estabilidad financiera adecuada que le permita sostenerse a sí misma y a sus hijos sin necesidad de recursos externos
- Las madres adolescentes casadas tienen mayor probabilidad en un 80% o más de experimentar el divorcio, que las mujeres casadas que son madres después de los 20 años
- Inseguridad
- Baja autoestima

Otros de los factores que influyen en el embarazo en las mujeres adolescentes tienen que ver con la clase social ya que puede tener más probabilidades de ser madre una niña de bajo extracto social que una con mejor situación económica y de padres profesionistas(11).

Arciaga S, Juárez J.(1997). Menciona que la edad en la que inician sus relaciones sexuales, es entre los 15 y 16 años en los hombres y de los 16 a 18 años en las mujeres, señalan algunas pautas de comportamiento sexual:

- Los jóvenes realizan sus primeras actividades sexuales sin planificar y sin el empleo de métodos anticonceptivos, el riesgo suele ser un valor y una forma de cultura juvenil, es frecuente el cambio de pareja, poseen un fuerte sentimiento de vulnerabilidad frente a enfermedades y eventos negativos además desear la necesidad de probar su fecundidad
- La intensidad de la relación sentimental con la pareja; parece ser el factor más importante para explicar las altas tasas de relaciones no protegidas, el uso de preservativo se integra solo como método de prevención contra alguna de enfermedad de transmisión sexual
- El bombardeo indiscriminado de estímulos eróticos e información con contenido sexual proveniente de los medios de comunicación y la falta de información sexual oportuna y adecuada proveniente del hogar y / o la escuela
- Haber sido víctima de abuso sexual
- Empleo de alcohol y drogas
- Falta de orientación adecuada en la conducta sexual, sustentada en valores y normas sociales para ambos sexos, el temor a preguntar o platicar
- La presión del medio familiar para formar una familia y de los padres que piensas que sus hijos ya cuentan con la edad suficiente para buscar a alguien con quien formalizar una relación
- Antecedentes de embarazos precoces en las madres y hermanas de las menores que se embarazan, vivir en comunidades y/o escuelas en donde los embarazos en adolescentes son comunes
- Falta de expectativas escolares y profesionales y las restricciones de opciones de vida así como el abandono escolar

1.5. Embarazo en la adolescencia

1.5.1. Definición de embarazo

Se denomina embarazo, al estado en el que se haya la mujer gestante y comprende todas las modificaciones que experimenta el organismo femenino durante el desarrollo del feto en el interior de su útero.

Se conoce como embarazo a partir del momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide, comienza a producirse en el cuerpo de la mujer una serie de cambios físicos y psíquicos importantes destinados a adaptarse a la nueva situación y que continuara en los nueve meses siguientes (Santamaría (2008)

El embarazo en la adolescencia se define como “aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente” (Lucas A. 2008)

Durante las primeras diez semanas de gestación, el nuevo ser se denomina embrión, posteriormente se llamará feto (18).

El embarazo humano dura un total de 40 semanas, equivalente a 9 meses de embarazo. (10 meses lunares)

1.5.2. Embarazo en la adolescencia

De acuerdo a Dulanto E. (2001). El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre durante los 2 primeros años después de la primera menstruación (entre los 10 y 13 años aproximadamente) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de sus padres.

El embarazo en adolescentes es uno de los problemas de mayor importancia asociados a cambios socioeconómicos en los últimos años (Dra. Contreras R. y Dra. Martín Cortez 2011).

Tolbert K. (1998). Define el embarazo adolescente como un fenómeno de alta incidencia a nivel mundial, que va en contra del proceso natural, ordenado y deseado, en algunos estudios han demostrado las razones por las cuales las adolescentes refieren el por qué no emplearon métodos anticonceptivos, entre las que se encuentran las siguientes:

- El pensar que no tiene probabilidad de embarazarse por su edad o por la irregularidad de las relaciones sexuales

- El pensar que usar anticonceptivos, trae el riesgo de que otros van averiguar que está manteniendo relaciones sexuales
- La renuencia a usar anticonceptivos, porque esto implicaría delatarse de que es sexualmente activa.
- El desear embarazarse

Se puede decir que esta actitud de los adolescentes son un reflejo de lo que ocurre dentro de la sociedad de igual forma el inicio de la actividad sexual en la adolescencia es visto como una falta ala moral, sobre todo en las mujeres, esto tiene que ver en gran parte del entorno social al cual pertenecen, por su parte los adultos temen tratar el tema del embarazo por no estar bien informados de cómo abordarlo (25).

1.6. Factores que facilitan el embarazo en las adolescentes

Los factores que facilitan en embarazo en adolescentes, son de orden físico, psicológico, social y cultural.

El desconocimiento de métodos anticonceptivos, la inmadurez emocional que obstaculizan el análisis de las consecuencias de sus actos, la falta de oportunidades de estudio o de trabajo, el bombardeo indiscriminado de estímulos eróticos entre otros, permite detectar cuales son los factores que facilitan el riesgo de embarazo en las adolescentes:

- 1.- Menarca temprana; otorga madurez reproductiva, cuando aún no maneja las situaciones de riesgo
- 2.- Inicio precoz de relaciones sexuales; cuando aún no existe la madurez emocional necesaria, para implementar una adecuada prevención, con el empleo de métodos anticonceptivos
- 3.- Familia disfuncional; la falta de comunicación entre padres e hijos genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a tener relaciones sexuales para llenar ese vacío orillándola en ocasiones a huir de su hogar en donde la adolescente muchas veces se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto (Dra. Contreras R. y Dra. Martín C. 2011)
- 4.- Bajo nivel educativo; aunado al desinterés por parte de la adolescente por no contar con un proyecto de vida que dé prioridad a la educación y posponer la maternidad para la edad adulta
- 5.- Migraciones recientes; ocurre comúnmente con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y con fines de estudio
- 6.- Fantasías de esterilidad; comienzan sus relaciones sin cuidados y como no se embarazan piensan que son estériles

7.- Falta o distorsión de la información; es común que las adolescentes piensan que sólo se embarazan si tiene orgasmo o cuando se es adulta o que se previene cuando lo hace con la menstruación o bien cuando no hay penetración completa, etc.

8.- Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres; esto tiene que ver cuando en la familia hay severa censura hacia las relaciones sexuales entre los adolescentes, muchas veces las jóvenes por rebeldía optan por mantener dichas relaciones sin implementar medidas anticonceptivas

9.- Los jóvenes buscan información sobre sexualidad fuera núcleo familiar sobre todo entre amigos o en lecturas poco serias y nada orientadoras

1.6.1. Factores físicos

La adolescencia se estrena casi simultáneamente con la pubertad pero se prolonga más allá de esta, la adolescencia es el testimonio de una cultura, es un fenómeno biológico que aparece en el ser humano ya sea hombre o mujer, es un periodo de transformación del sistema reproductor (35).

González C, Andrade P. (1995). Menciona que con la pubertad comienzan las transformaciones que han de llevar de una vida sexual infantil hacia la adulta, en este periodo el desarrollo de los genitales internos avanza hasta producir espermatozoides en el hombre y óvulos en la mujer.

En los años recientes, debe destacarse que la esperanza de vida hace que el paso de la infancia a la edad adulta sea un periodo cada vez más amplio y que incorpore demandas específicas y comportamientos socialmente definidos para la población adolescente.

Los adolescentes tienen una capacidad de procrear a una edad más temprana debido a que empiezan su crecimiento físico y biológico muchos antes que la de sus padres y sus abuelos esto tiene ver con condiciones vida en las que se desarrollan actualmente.

1.6.2. Factores sociales

De acuerdo con Dulanto E. (2001). Algunos factores sociales que pueden facilitar el embarazo en adolescentes, están relacionados con que viva en zonas marginadas o que la adolescente sea dependiente del grupo de pares, algunas de las familias no promueve la atención, el afecto y la comunicación con la adolescente, situación que la obliga a vincularse con pares y a la vez depender de ellos, son adolescentes que pertenecen a bandas y a grupos de adolescentes promiscuos quienes comparten una conducta antisocial cuyo objetivo común es apropiarse de una identidad grupal o tener un sentido de pertenecía.

Esta situación a problemas familiares que pueden ser tan dañinos como las mismas complicaciones medicas, algunas de las salidas que la joven puede tomar y que de por sí repercuten en la sociedad, son:

deserción escolar, el verse como madres soltera que tiene que responder solas ante la nueva problemática, recurrir al matrimonio con el fin de reparar el bien, que luego traerá irreparablemente un divorcio o interrumpir el embarazo sin conocer sus riesgos clínicos (Dra. Contreras R y Martín C.2011).

1.6.3. Factores psicológicos

Para Monroy citado por Arciaga S, Juárez J. (1997). La adolescencia es un periodo de cambios en el que influyen; la biología, la anatomía y la cultura infantil, es una forma de ser, pensar y sentir, que, es un periodo donde se construye la identidad adolescente en función de la interacción con la sociedad.

Para Lozano T. (1999). La mayoría de las chicas no desean ni quieren iniciar relaciones prematrimoniales es más resisten todo lo que pueden y cuando ya no pueden ceden ante la provocación.

La explicación de su nueva conducta tiene que ver con el ambiente sociocultural en que se desarrolla así como las circunstancias de iniciación de su vida sexual que muchas veces se ven obligados a tener relaciones sexuales en lugares inapropiados carentes de intimidad y privacidad por la premura del temor a ser sorprendidos.

López (2005) refiere que las primeras relaciones sexuales ocurren en cualquier lugar, como pueden ser lugares desocupados durante la noche, círculos infantiles, la propia escuela y hasta la casa principalmente del varón, esto se debe a que en estas edades no hay independencia económica ni medios que permitan otras opciones por lo que no existe intimidad en las relaciones sexuales, no proporcionan bienestar no hay vivencia de sentimientos y emociones positivas, lo cual influye negativamente en su vida sexual futura. Estas relaciones son motivadas por la curiosidad, el interés de adquirir experiencia, influidos por el grupo de amigos al que pertenecen, por los mensajes recibidos de los medios de difusión masiva y en muchas ocasiones por la pornografía.

El embarazo en adolescentes tiene que ver con relaciones familiares disfuncionales, falta de amabilidad, falta de comunicación entre los adolescentes y sus padres pues hay una información limitada sobre sexualidad, lo cual provoca que la adolescente muchas veces busque a una pareja para poder ayudarla a huir de su casa y pueda casarse o tener un embarazo o bien optar por refugiarse en el alcohol o en las drogas.

Cuando ocurre un embarazo precoz tiene que ver con la necesidad de tener una identidad, buscan a un ser querido para amar, intentan afirmar su identidad sexual, desean probar su capacidad sexual, muestran interés hacia lo prohibido, desear sentirse adultas.

El embarazo precoz en si limita las posibilidades de desarrollo de la mujer al asignarle una mayor carga de responsabilidades de las cuales aun no estaba preparada limitando sus metas, debiendo asumir su función de mujer independiente.

1.6.4. Factores familiares

Para Ehernfeld N. (1997). La familiar juega un papel central y quizá el embarazo en adolescentes sea un modo de búsqueda de su propia familia que la joven requiere.

Dulanto E. (2001). Menciona que los factores de riesgo más comunes en la familia son; ausencia de algún integrante de la familia, violencia familiar, carencia de valores morales y espirituales, desintegración familiar, inestabilidad familiar con relaciones interpersonales conflictivas, dificultad de comunicación entre padres e hijos.

Por otra parte los factores de protección familiar que dan mayor efectividad son los siguientes; padres bien diferenciados en su rol, coalición parental firme en la que ambos padres compartan el poder y están de acuerdo en la toma de decisiones.

Los padres deben ofrecer orientación en manera oportuna al canalizar la curiosidad e inquietudes en vez de prohibirlas, estimular la búsqueda de logros perdurables alcanzables (Dulanto E. 2001).

1.7. Consecuencias del embarazo en las adolescentes

Las consecuencias de estos embarazos pueden afectar considerablemente la relación que ambos mantiene entre sí.

Las parejas adolescentes se caracterizan por mantener una relación de menor duración la cual se llega a formalizar por la presencia de un hijo.

Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre, especialmente porque en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel de tal forma que sus descendientes serán criados y orientados únicamente por las madres adolescentes.

1.7.1. Consecuencias para la adolescente

Desde el punto de vista biológico las adolescentes no están en condiciones de enfrentar satisfactoriamente la maternidad, ya que tienen una mayor probabilidad de tener bebés prematuros, con bajo peso al nacer, presentar alguna eventualidad obstétrica y una mayor probabilidad de muerte en el primer año de vida (Lozano T. 1999). De ahí la importancia de darle a conocer sobre los riesgos que acompaña el embarazo en la adolescencia tanto para la madre como para su hijo (Dra. Contreras R. y Dra. Cortez M. 2012).

Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho mayor de morir o sufrir complicaciones médicas graves como: (36)

- Placenta previa
- Hipertensión inducida por el embarazo
- Toxemia
- Anemia grave
- Incompetencia cervical

El embarazo no madura a la adolescente a la adultez, especialmente en los casos de adolescencia temprana o media, sin embargo pueden tener algunas implicaciones: (21)

- La adolescente tiene escasa información acerca de la salud, lo que le dificulta asumir un auto cuidado debido a las circunstancias en que ocurrió el embarazo y de lo que esto representa, no comprende la importancia que tiene el acudir regularmente a su consulta prenatal, ni de los cuidados que debe tener, por lo que se debe explicar cuidadosamente para qué sirven y la forma de cómo realizarlos
- La adolescente no ha elaborado aún la identidad de género, si no puede comprender cabalmente lo que es ser mujer menos comprenderá el significado de tener un hijo
- Tiene temor a los procedimientos invasivos como son los de gabinete
- Tiene menos información sobre todo el proceso de embarazo ya que el conocimiento sobre embarazo, parto y crianza, no son temas de conversación a esta edad

Dra. Contreras R. y Dra. Martín C. (2011). Mencionan que las adolescentes a una edad más temprana viven el drama de la maternidad no deseada así mismo se enfrentan al rechazo de los padres y al desprecio o indiferencia de los demás, lo que desencadena una serie de frustraciones sociales y personales.

Lozano T. (1999). Considera que el síndrome de fracaso se puede dar en las madres adolescentes y lo define como el conjunto de efectos negativos que el embarazo indeseado produce en las distintas esferas

de la vida de las adolescentes, entre las cuales se incluye la posibilidad del abandono de la escuela por vergüenza o prohibición, dificultad para rehacer su vida sexual ó limitar su fecundidad.

Comenta que en la familia, la adolescente embarazada debe enfrentar inicialmente una situación de rechazo así como la dificultad para consolidar un matrimonio producto del embarazo y adaptarse para vivir en la casa de sus suegros o padres (30).

La deserción escolar, representa la interrupción brusca de las posibilidades de desarrollo educacional y la separación inesperada de las adolescentes de su grupo de amigos viéndose obligadas a desempeñar deberes y funciones en el ámbito familiar para lo cual no están aún preparadas (López 2005).

En consecuencia es común que el abandono de los estudios, ocurra al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus oportunidades de cursar alguna carrera que le permita poder obtener empleos remunerados, por lo que debido a la situación en que se encuentra ellas se ven obligadas a incursionar dentro del servicio doméstico para poder solventar sus necesidades básicas (Lozano T. 1999).

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación dentro del medio social al que pertenece.

Las madres adolescentes casadas tienen mayor probabilidad de divorciarse que aquellas mujeres casadas que posponen su maternidad hasta los 20 años de edad.

Tradicionalmente se había considerado que en un embarazo no deseado, tenía para la adolescente solo algunas consecuencias orgánicas con un efecto limitado, sin embargo hoy sabemos que desde el momento en que confirma que está embarazada independientemente de la decisión que tome (abortar o tener el hijo) está expuesta a importantes consecuencias no sólo personales, sino también psicológicas, sociales, económicas, educativas y laborales, los efectos de muchas de ellas pueden extenderse incluso hasta muchos años después del embarazo.

Se ha considerado que una de cada tres adolescentes embarazadas requiere de una intervención psicoterapéutica debido a la crisis emocional y social que experimentan las madres adolescentes, su identidad como mujer y como madre es imprecisa, teniendo de hecho un rol social de carácter ambiguo, ya que debe enfrentar tareas de mujer adulta cuando aún no ha resuelto los problemas propios de la edad (30).

1.8. Cultura de prevención

1.8.1. Prevención

Existe una gama de programas de prevención del embarazo en la adolescencia.

Los programas de educación sexual para la abstinencia estimulan a las personas jóvenes a posponer la iniciación de la actividad sexual hasta el matrimonio o hasta que éste lo suficientemente madura para manejar su actividad sexual y un posible embarazo en forma responsable.

Los programas basados en el conocimiento se enfocan en enseñar a las adolescentes a conocer su cuerpo y sus funciones normales al igual que a proporcionar información detallada sobre los métodos anticonceptivos.

Los programas con enfoque clínico brindan un acceso más fácil para la información así como la asesoría por parte de profesionales de la salud y de los servicios de anticoncepción, muchos de estos programas se ofrecen a través de consultorios ubicados en las escuelas.

Los programas de asesoría para las adolescentes, están enfocados en aquellas que son mas vulnerables a iniciar su una vida sexual a temprana edad, debido al medio en el que se desarrollan, estos programas tienden a tomar un enfoque personal en el sentido de que ayudan a las adolescentes a entender los riesgos que implica iniciar este tipo de prácticas sexuales a esta edad y sobre todo de las consecuencia que trae consigo un embarazo no deseado, para ello se le concientiza sobre la importancia del uso de métodos anticonceptivos en forma efectiva (35).

Por otra parte se solicitara a la adolescente que cuando tenga que asistir a control prenatal se haga acompañar de su pareja cuantas veces sea necesario.

1.8.2 .Educación sexual

Hablar de educación sexual, para muchos individuos puede ser algo sin importancia, pero para las personas que se ocupan de la educación de los jóvenes es algo trascendental.

Muchos padres se muestran renuentes al hablar sobre temas de contenido sexual, mencionando que esto se aprende con el tiempo o que no requieren de explicación.

Pero los resultados no concuerdan con esta postura ya que es importante que sepan como prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (Farré MJ. 1998).

Los adolescentes con frecuencia no tienen la educación necesaria para enfrentarse a los conflictos de tipo sexual, lo cual se refleja en el momento de tener relaciones sexuales al no emplear ningún método anticonceptivo o bien muchas veces a pesar de tener el conocimiento de su uso prefieren dejarlo a su suerte.

Monroy VA. (1990). Menciona que son muchos los problemas ocasionados por una educación sexual inadecuada, trae como consecuencia que el adolescente no pueda enfrentarse en forma adecuada al medio en que se rodea.

Se debe enseñar al individuo a vivir sanamente su sexualidad, que aprenda a aceptar su propia sexualidad y la de su pareja, compartiendo sus sentimientos, éxitos y fracasos y respetándose mutuamente con lo cual se estará cumpliendo con los objetivos de una buena educación que es la de información y transmisión de valores.

En consecuencia, la educación sexual se refiere a todas las técnicas y medidas pedagógicas que puedan resultar útiles a los jóvenes para poder enfrentarse a estos problemas durante su desarrollo.

Son innumerables los mitos, tabúes, prejuicios y estereotipos que albergan y que a su vez se transmiten a los adolescentes lo cual se convierte en fuente de muchos conflictos y dificultades de todos los trastorno que se presentan a esta edad (López 2005).

1.8.3. Paternidad responsable

La adolescencia es una etapa de gran vulnerabilidad, que requiere de una atención especial, por lo cual, todos los que estamos involucrados en el contacto con ellos, incluyendo maestros, personal de salud y sobre todo los padres de familia, debemos convertirnos en guías para ayudarles a alcanzar la madurez necesaria que les permita enfrentarse y resolver cualquier conflicto que se presente en esta etapa de desarrollo (López 2005).

Los adolescentes piensan que ya no son niños, que por lo tanto pueden tomar decisiones y comportarse a semejanza de los adultos, sienten que tiene la oportunidad de ser y hacer, quieren satisfacer a toda costa su curiosidad, por lo que requieren de mucha comprensión, afecto y comunicación principalmente de sus padres al igual que de sus maestros y de la sociedad en general (López 2005).

En consecuencia el personal involucrado en el área médica debe proporcionar la información necesaria desde el primer nivel de atención médica, a las pacientes adolescentes para evitar embarazos no deseados.

Para Contreras C. (1997). Las prácticas de crianza de los hijos de madres adolescentes cambian con respecto a los de las mujeres de mayor edad debido a la inmadurez para aceptar que se tiene una responsabilidad de tener un hijo.

Es común que las madres adolescentes tengan el antecedente de que sus progenitores fueron adolescentes en el momento de su concepción, lo cual nos habla de un patrón de conducta transmitido de padres a hijos.

Se ha demostrado que existen en los hijos de madres adolescentes especialmente de aquellas con escasos recursos, un déficit del coeficiente intelectual, así como problemas en el desarrollo emocional, social y de adaptación escolar.

Un hijo no deseado puede generarle frustración y trastornos psicológicos en ellos, estos niños generalmente no crecen con una figura paterna afectando de esta forma su desarrollo(22), Los hijos de adolescentes tienen probabilidad de 2 a 6 veces más de tener bajo peso al nacer que aquellos cuyas madres tiene mas de 20 años, además de que cuando más joven sea la madre por debajo de los 20 años, mayor será el riesgo para el bebé de morir durante el primer año de vida (35).

En estudios de maltrato infantil se ha encontrado que existe una mayor predisposición a que esto ocurra en hijos de madres adolescentes o bien al ambiente en el que se desarrolle el infante, además de que las madres adolescentes son menos sensibles a sus necesidades de sus hijos.

1.8.4. Trabajo en grupos

Contreras C. (1997). Define el trabajo en grupos, como un método de educación en el que se refuerzan los valores del individuo, promoviendo su participación y desarrollo. Su finalidad es integrar al ser humano a la sociedad (Sánchez RM.1999).

El trabajador social orienta a todos los miembros del grupo para que comprendan que la dinámica grupal implica una serie de procesos necesarios para el cumplimiento de un fin determinado además de ayudar a manejar aquellas circunstancias que pueden obstaculizar su crecimiento.

1.8.5. Promotores adolescentes (centros juveniles)

Es importante la integración de promotores adolescentes en los institutos de salud, porque se ha observado que ellos influyen mejor en la transmisión de información sobre temas de salud en las personas de su edad, el conocimiento que ellos tengan sobre nutrición, prevención y control de enfermedades así como de salud reproductiva, permitirá hacer la diferencia entre un adolescente sano y uno enfermo (22).

Se debe tomar en cuenta la forma e como abordar a los adolescentes ya que la promoción de actividades de salud en adolescentes es diferente a la de los adultos.

El éxito de la educación entre pares depende de una buena capacitación y motivación por parte de los educadores así como de la participación de las autoridades de las clínicas.

Por otra parte se debe dar a conocer a los padres de familia sobre el contenido del programa así como escuchar sus opiniones que tengan mismo.

El área médica tendrá a su cargo la elaboración de un plan de trabajo en la clínica, además de participar en las sesiones educativas que se realizaran con los grupos de adolescentes.

1.8.6. Ficha de identificación

Sección 1. Ficha de identificación

Se solicitaron los datos generales de la paciente adolescente embarazada como es; su edad, estado civil y tipología familiar (anexo 3).

- Edad: Años cumplidos de la adolescente.
- Edo civil: Estado actual de la paciente
- Tipología familiar: Se analizará con quien vive la paciente y el tipo de familia

1.8.7. Aspectos socioeconómicos

Sección 2. Aspectos socioeconómicos

Esta información tiene como propósito el conocer la condición actual en la que se encuentra la paciente y si algunos de estos aspectos condiciona su embarazo tales como: qué tipo de valores le inculcados en su familia, quien es la máxima autoridad en su familia, como en la relación con sus padres, cual es su escolaridad, qué ocupación tiene, con qué tipo de vivienda cuenta y quien aporta el ingreso económico (anexo 3).

- Valores: Cuales fueron los valores inculcados
- Autoridad: Quien es la máxima autoridad en su familia
- Relación familiar: Como es la relación con la familia
- Escolaridad: Cursada al momento del estudio
- Ocupación: Actual de la adolescente
- Habitación: Condiciones de su vivienda
- Economía familiar: Quien aporta el ingreso económico

1.8.8. Antecedentes ginecológicos

Sección 3. Antecedentes ginecológicos

Estos antecedentes nos permitirán saber bajo qué circunstancias se desarrollo su embarazo, para lo cual se le cuestiono sobre; la edad de inicio de su vida sexual, cual fue el motivo de su primera relación, como se sintió después de haber tenido dicha relación, estaba consciente que después de esta relación podía embarazarse, también si empleaba algún método anticonceptivos y si tenía información de cómo usarlo, cuantas parejas sexuales ha tenido y finalmente cuales son las semanas de gestación con las que cuenta(anexo 3).

- Edad: De inicio de su primera relación sexual
- Motivo de su primera relación sexual: Cual fue la razón de esta primera relación
- Sensación: Que sentimiento le causo esta relación
- Consecuencias: Sabia que podría quedar embarazada
- Empleo de método anticonceptivo: Uso algún método y cuál de ellos
- Conoce los métodos anticonceptivos y como usarlos: Cuenta con esta información y como la obtuvo
- Parejas sexuales: Numero de parejas
- Semanas de Gestación: Cuantas semanas de gestación tiene en el momento del estudio

1.8.9. Escala de autoestima de Rosenberg (EAR)

Sección 4. Escala de autoestima de Rosenber (EAR)

Este test tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma, cuenta con 10 ítems divididos equitativamente en “positivos” y “negativos”, esto es que las primeras 5 ítems “positivos” tendrán una calificación en el orden decreciente de 4 al 1 y los segundos 5 ítems “negativos”, tendrán una calificación creciente del 1 al 4 (39, 50), (Anexo 3).

- 1.- Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás
- 2.- Estoy convencido de que tengo cualidades buenas
- 3.- Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente
- 4.- Tengo una actitud positiva hacia mi misma
- 5.- En general estoy satisfecho de mi misma
- 6.- Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa
- 7.- En general, me inclino a pensar que soy una fracasada
- 8.- Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo
- 9.- Hay veces que realmente pienso que soy una inútil
- 10.- A veces creo que no soy buena persona

Es un instrumento unidireccional que se contesta en una escala de 4 alternativas en cada uno de los 10 ítems, que corresponde a:

- A. Muy de Acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

Permite medir el grado de autoestima de la adolescente embarazada en:

- a) Autoestima elevada de: 30 a 40 puntos
- b) Autoestima media de: 26 a 29 puntos
- c) Autoestima baja: menos de 24 puntos

II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en adolescentes es considerado como un problema de salud pública, debido a que ellas no cuentan con la información suficiente sobre educación sexual, lo que las obliga a que busquen las respuestas de la mayor parte de sus cuestionamientos a través de sus amigos u otro tipo de fuentes que no necesariamente sea la más apropiada y lo más preocupante de este problema es que la información no sea obtenida por sus padres esta es adquirida en gran parte la cual no es suficiente para concientizar a las adolescentes sobre la prevención de embarazos no deseados (11, 23).

Lo anterior se refleja en el inicio de relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas lo que provoca embarazos no planeados, aunado a una relación débil con su pareja, condicionándola a la negación de su embarazo o de ocultarlo por temor a las represalias que pueda tener por parte de su familia o de su entorno social, aunado a que la mayoría de ellas no se encontraba preparada para asumir el rol de madre, trayendo consigo una serie de frustraciones sociales al interrumpir sus funciones normales de una adolescente(23).

Por otra parte el embarazo en las adolescentes representa un 17.3% de la población en este grupo de edad en el Estado de México (14)

Es por esto que las adolescentes requieren contar con una información suficiente sobre educación sexual la cual debe ser obtenida por medio de sus padres acerca del proceso biológico de la reproducción, para evitar un embarazo no planeado y que a la vez esta información pueda reforzarse en los niveles básicos de educación preescolar, primaria y secundaria, por ello nos hemos planteado la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores psicosociales que condicionan el embarazo en las adolescentes que acuden a la Clínica de Consulta Externa de Lerma "Ignacio Allende Bicentenario" del ISSEMyM?

III JUSTIFICACIÓN

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante ya que constituye una de las causas más frecuente de consulta en los centro de salud y en los hospitales, se presenta con mayor frecuencia en los sectores más desprotegidos dela sociedad aunque también en común observarlo en otros grupos sociales.

Es considerado como un problema de salud publica, debido a que interrumpe su desarrollo escolar y laboral además de limitar su adecuada interacción con los grupos de su edad en el sentido de verse obligada a asumir un rol materno para el cual no estaba preparada por encontrarse en un proceso de adaptación de su adolescencia (23)

Según estadísticas mundiales, en la actualidad la población adolescente representa el 20% de la población mundial, de los cuales el 85% viven en países en vías de desarrollo (23)

De los países en vías de desarrollo aproximadamente un 20% a 60% de los embarazos son no deseados, la incidencia de embarazos en adolescentes varía dependiendo de la religión y el grado de desarrollo del país estudiado, esto se debe en gran parte a la escasa información que tienen sobre fertilidad y del correcto uso de métodos anticonceptivos (23)

De acuerdo al Consejo Nacional de Población en México se ha reportado que en el año 2005 los adolescentes de 10 a 19 años, representan el 20.8% del total de los mexicanos (14)

Se estima que a la edad de 20 años, 40% de ellas habrá experimentado por lo menos un embarazo, esto debe en gran parte a la experiencia de haber tenido relaciones sexuales a temprana edad (91% a los 12 años y 56% a los 13 años), (14).

La última estadística presentada por la secretaria de salud, informa que durante el 2002 hubo un total de 250,674 partos de los cuales 40,437 fueron de pacientes menores de 20años que corresponde al 16.1% (23).

IV OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Identificar los factores sociales, económicos, familiares y psicológicos que propician el embarazo en las pacientes adolescentes que acuden a consulta en la Clínica de Consulta Externa de Lerma, "Ignacio Allende Bicentenario" del ISSEMyM.

4.2. Objetivos específicos

4.2.1. Identificar el promedio de edad de las pacientes embarazadas adolescentes

4.2.2. Identificar el promedio de edad, de inicio de la vida sexual activa en pacientes embarazada Adolescentes.

4.2.3. Identificar el estado civil de las pacientes embarazadas adolescentes

4.2.4. Clasificar la tipología familiar de las pacientes embarazadas adolescentes

4.2.5. Identificar el nivel de escolaridad de las pacientes adolescentes embarazadas

4.2.6. Identificar la ocupación de las pacientes embarazadas adolescente

4.2.7. Identificar quien aporta el ingreso económico de las adolescentes embarazadas

4.2.8. Identificar motivo de su primera relación sexual

4.2.9. Identificar sobre el empleo de métodos anticonceptivos en pacientes embarazadas adolescentes

4.2.10. Identificar cuáles son las causas por las cuales no emplearon métodos anticonceptivos las

Pacientes embarazadas adolescentes

4.2.11. Identificar el medio de difusión sobre el empleo de métodos anticonceptivos

4.2.12. Identificar si la baja autoestima influye en el embarazo en pacientes adolescentes

V METODOLOGÍA

5.1. Tipo de estudio

- **Estudio Descriptivo:** Los estudios descriptivos son más específicos que los exploratorios, en estos, el interés está enfocado a las propiedades del objeto o a la situación, al ser clasificadas al interior de estos esquemas da por resultado un diagnóstico.
- **Estudio observacional:** porque no existe manipulación de variables por parte del investigador, no existe intervención y se limita solo a medir las variables que definen el estudio, este puede ser descriptivo o analítico.
- **Estudio Transversal:** Porque no existe continuidad en el eje del tiempo y además conocer a todos los casos de personas con una cierta condición en un momento dado, sin importar por cuánto tiempo mantendrán esta característica ni tampoco cuando la adquirieron.

5.2. Población, lugar y tiempo de estudio

De un total de 12,658 mujeres adolescentes de 10 a 19 años residentes en la comunidad de Lerma, solo 2,863 son derechohabientes adscritas a la Clínica de Consulta Externa de Lerma "Ignacio Allende Bicentenario" del ISSEMyM, de los cuales se aplicó un muestreo no aleatoria a 110 pacientes Embarazadas Adolescentes de 10 a 19 años que acudieron a consulta de control prenatal, de las cuales se excluyeron 10 por no contar con los criterios de inclusión. Este estudio se efectuó durante el periodo de Enero a Julio del 2011.

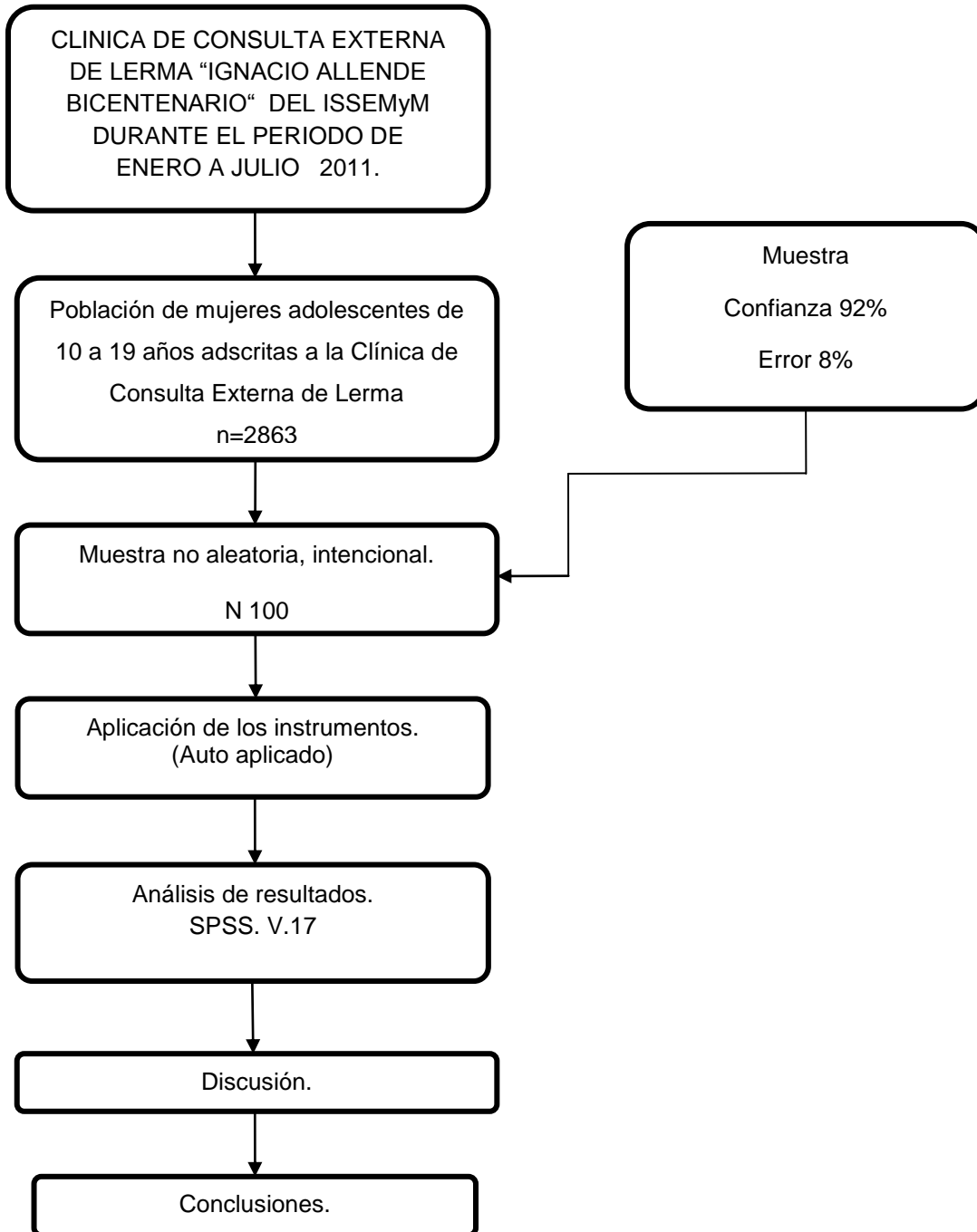
5.3. Diseño de la Investigación

El diseño de la investigación, fue post facto, el cual se utiliza para explicar un fenómeno que ya ocurrió, no se puede controlar porque ya acontecieron.

Los pasos que se siguieron en esta investigación fueron:

- Se selecciono el tema y se planteo el tipo de estudio
- Se busco la información
- Se selecciono el universo y muestra de estudio
- Se selecciono el instrumento
- Se realizaron los trámites con las autoridades de la institución para la realización de la investigación

- Se analizaron los listado de pacientes citados que acude a la clínica para identificar a las adolescentes embarazadas
- Se aplico el instrumento
- Se proceso la información
- Se analizaron los resultados
- Se interpretaron los resultados
- Se sacaron las conclusiones
- Se emitieron las recomendaciones



5.4. Tipo de muestra y tamaño de la misma

En este estudio se empleo un muestreo no aleatorio de tipo intencional o de juicio, en el que se involucra la lógica y el sentido común pueden usarse para seleccionar la muestra que sea representativa de una población (Moráquez 2006).

Por tal motivo se debe conocer cuál es el menor número de unidades muestrales (personas), que se necesita para conformar una muestra y que asegure un error estándar, menor de 8%, en base al resultado obtenido en nuestra investigación, necesitamos una muestra de 100 pacientes adolescentes embarazadas que acudan a Consulta Externa de Lerma "Ignacio Allende Bicentenario" del ISSEMyM.

De estas muestras se adicionaron 10 más las cuales fueron eliminadas por no contar con los criterios de inclusión, manteniendo de esta forma el nivel de confianza establecido (Dr. Ponce Rosas ER. 2007), de acuerdo a la formula estadística para muestras pequeñas, que nos permita comprobar en un 70% de las encuestas aplicadas, sobre los factores psicosociales que influyen en el embarazo de mujeres adolescentes de 10 a 19 años.

$$n_0 = \frac{z^2 pq}{E^2}$$

Valores a estimar

$n_0 = 100.4$ primera aproximación al tamaño de la muestra

$z = 1.75$ para 92% de confianza seleccionado

$E^2 = 0.08\%$ precisión y/o error

$p = 0.7$ variabilidad de la población

$q = 0.3$ variabilidad de la población

5.5. Criterios de selección

5.5.1. Criterios de inclusión

- Se aplicará a todas las mujeres embarazadas adolescentes que acudan a control prenatal en la clínica de consulta externa de Lerma del ISSEMYM
- Embarazadas con edades de entre 10 a 19 años, que hayan cumplido años antes del 31 de Diciembre del 2011
- Embarazo de cualquier trimestre.
- Que acepten contestar los cuestionarios de manera voluntaria.
- Ser derechohabiente de ISSEMYM
- Estar adscrito a la clínica de consulta externa de Lerma del ISSEMYM
- Que pertenezcan al turno matutino de Lunes a Viernes

5.5.2. Criterios de exclusión

- Pacientes no derechohabientes de ISSEMyM
- Pacientes con diagnostico de embarazo fuera del rango de edad
- Pacientes adolescentes de 10 a 19 años con diagnostico de embarazo que no de quieran participar
- Que pertenezcan al turno vespertino ó de fin de semana
- Pacientes que no sepan leer

5.5.3. Criterios de eliminación

- Pacientes que entregaron cuestionarios mal llenados e ilegibles
- Cuestionarios que no estén contestados en un 80%

5.6. Información a recolectar

5.6.1. Definición conceptual y operativa de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN TEORICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADOR	ITEMS
Edad	Tiempo de vida en años de un ser humano	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la aplicación del cuestionario	Cuantitativa ordinal	a).-Adolescencia temprana 10 a 13ª b).-Adolescencia media 14 a 16ª c).-Adolescencia tardía 17 a 19ª.	
Estado civil	Situación legal de las parejas	Situación legal de la adolescente embarazada	Cualitativa ordinal	a).- Soltera b).- Unión libre c).- Casada d).- Divorciada e).- Viuda	
Tipología Familiar	La diferenciación estructural de las familias se realiza a partir del tipo de relación consanguínea legal, de afinidad o de costumbre entre el jefe y otros miembros del hogar según De la Revilla	Permite identificar el tipo de familia	Cualitativa ordinal	a).- Familia nuclear b).- Familia nuclear simple c).-Familia nuclear numerosa d).-Familia nuclear ampliada e).-Familia binuclear f).-Familia extensa g).-Familia monoparental	
Valores humanos	Están presentes en los organismos, la personalidad, la sociedad y la cultura humana, estos los adquieren a través de la relación del hombre con la sociedad	Valores inculcados a la adolescente, contiene un valor que los hace deseables	Cualitativa ordinal	a).- Religión b).- Respeto c).- Honradez d).- Obediencia e).- Sinceridad f).- Todos	
Autoridad	Se basa en la credibilidad que tiene una persona dentro de una sociedad determinada	Máxima autoridad en la casa de la adolescente	Cualitativa ordinal	a).- Padre b).- Madre c).- Hermanos d).- Abuelos	

Relación Familiar	Conjunto de sentimientos que se generan de la relación Padres - Hijos	Como es la relación con los padres de la adolescente	Cualitativa ordinal	a).- Muy Buena b).- Buena c).- Regular d).- Mala	
Escolaridad	Nivel último de educación escolarizada alcanzado	Años de escolaridad	Cuantitativa	a).-Primaria incompleta b).-Primaria completa c).-Secundaria incompleta d).-Secundaria completa e).-Bachillera incompleto f).-Bachillerato completo	
Ocupación	Conjunto de funciones obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio	Tipo de trabajo de la adolescente Embarazada	Cualitativa ordinal	a).-Estudiante b).- Ama de casa c).- Empleada d).- Comerciante e).- Otro	
Habitación	Es el lugar cerrado o cubierto que se construye para que sea habitado por personas	Ofrecen a la adolescente refugio , protección, intimidad, espacio para guardar sus pertenencias y realizar sus Actividades	Cualitativa ordinal	a).- Casa propia b).- Cas Rentada c).- Casa de los padres d).- Casa de sus suegros d).- Otro	
Economía Familiar	Parte de la economía que estudia las relaciones sociales que tienen que ver con los procesos de producción intercambio, distribución y consumo de bienes y servicios entendidos estos como medios de satisfacción de sus necesidades	Persona que aporta el ingreso económico en un hogar para satisfacer las necesidades de una familiar	Cualitativa ordinal	a).- Mío b).- Pareja c).- Padres d).- Hermanos e).-Padres y pareja f).- Pareja y Mío	
Antecedentes ginecológicos. Inicio de vida Sexual Activa		1.- ¿A qué edad inicio tu vida sexual activa?	Cualitativa ordinal	Edad en años cumplidos a la que tuvo su primera relación	

		2.- ¿Motivo de tu primera relación sexual, fue por?	Cualitativa ordinal	sexual a).- Amor b).- Placer c).- Soledad d).- Presionada por sus amigas e).- forzada por tu pareja f).- Efecto del alcohol y/o Droga	
		3. ¿Consideraste que con tu primera relación sexual (coito), podrías embarazarte?	Cualitativa ordinal	a).- Si b).- No	
		4.- ¿Después de esa relación sexual como te sentiste?	Cualitativa ordinal	a).- Amada b).- Feliz y/o Satisfecha c).- Culpable d).- Frustrada y/o impotente e).- sucia	
		5.- ¿Antes de embarazarte empleabas algún método anticonceptivo?	Cualitativa ordinal	a).- Si b).- No	
		6.- Si tu respuesta es "Sí", ¿Cuál fue?	Cualitativa ordinal	a).- Preservativo b).- Dispositivo Intra Uterino c).- Ritmo d).- Hormonal oral e).- Hormonal inyectable f) Parches	
		7.- Si su respuesta es "No" ¿Por qué?	Cualitativa ordinal	a).- No sabía de su existencia b).- Sabía que existía pero no como usarlos c).- No contábamos en ese momento con algún anticonceptivo d).- Su pareja no le permitió emplear ningún método e).- No tuve acceso a dichos métodos f).- Decidimos no emplearlo	

		<p>8.- ¿A través de que medio te informaste sobre el empleo de métodos anticonceptivos?</p> <p>9.- ¿Con cuántas parejas has tenido relaciones sexuales?</p> <p>10.- ¿Cuál fue la fecha de tu última menstruación y/o Semanas de Gestación (SDG)?</p>	<p>Cualitativa ordinal</p> <p>Cualitativa ordinal</p> <p>Cualitativa ordinal</p>	<p>a).- Radio</p> <p>b).- Televisión</p> <p>c).- Familiares</p> <p>d).- Amigas</p> <p>c).- Escuela</p> <p>d).- Todos</p> <p>a).- Una</p> <p>b).- Dos</p> <p>c).- Tres</p> <p>d).- Cuatro</p> <p>e).- Más de cuatro</p> <p>a).- 1er.Trimestre</p> <p>1 a 12 SDG</p> <p>b).2do.Trimestre</p> <p>13 a 26SDG</p> <p>c).-3er.Trimestre</p> <p>27 a 40 SDG</p>	
<p>Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)</p>	<p>Evalúa el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí mismo, cuenta con 10 ítems divididos equitativamente en positivos y negativos, es un instrumento unidireccional que se contesta en una escala de 4 alternativas que va desde "muy de acuerdo a "muy en desacuerdo"</p>	<p>Permite medir el grado de autoestima de la adolescente embarazada en:</p> <p>a).- Autoestima elevada de 30a 40 puntos</p> <p>b).- Autoestima media de 26 a 29 puntos</p> <p>c).- Autoestima baja menos de 24 puntos</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>1.- Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás</p> <p>2.- Estoy convencida de que tengo cualidades buenas</p> <p>3.- Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente</p> <p>4.- Tengo una actitud positiva hacia mi misma</p> <p>5.- En general estoy satisfecha de mi misma</p> <p>6.- Siento que no tengo mucho de que estar orgullosa</p> <p>7.- En general, me inclino a pensar que soy una fracasada</p> <p>8.- Me gustaría poder sentir más respeto por mi misma</p> <p>9.- Hay veces que realmente pienso que soy una inútil</p> <p>10.- A veces creo que no soy buena persona</p>	<p>10</p>

5.7. Validación del instrumento

Se realizó un instrumento el cual consta de 4 apartados y un total de 26 preguntas el cual fue revisado por 1 ginecólogo, 1 médico familiar.

En la primera versión se excluyó en el apartado de ficha de identificación el nombre y la fecha, en la pregunta de estado civil se modificó la respuesta de otro por viudo, se decidió dejar la pregunta abierta con quien vives, para que en la respuesta se clasificara de acuerdo a la tipología familiar.

En relación al apartado de aspectos socioeconómicos, se agregó la pregunta ¿qué valores humanos te inculcaron en tu casa?, ¿quién es la máxima autoridad en tu casa?, ¿cómo es la relación con tus padres?, además de que en la pregunta de escolaridad se modificó la respuesta de secundaria en; secundaria incompleta y secundaria completa, así mismo bachillerato incompleto y bachillerato completo, por otra parte en la pregunta de ¿quién aporta el ingreso económico de tu familia? se agregaron las siguientes respuestas padres y pareja, pareja y mío.

Con respecto al apartado de los aspectos ginecológicos, se excluyó la pregunta de ¿edad de tu primera menstruación?, así mismo se modificó la respuesta de, ¿tu primera relación fue por?; “curiosidad” por la respuesta de “forzada por tu pareja”, se agregaron las siguientes preguntas; ¿consideraste que con la relación sexual (coito), podrías embarazarte?, ¿si tu respuesta es “No”?, ¿Por qué?, en la pregunta de método métodos anticonceptivos se agregaron las siguientes respuestas; hormonal oral, hormonal inyectable y parches, en la pregunta de a través de que medio te informaste sobre el empleo de métodos anticonceptivos se agregó la respuesta “todos”, se modificó la pregunta ¿cuántas parejas sexuales has tenido desde el comienzo de su menstruación? por ¿con cuántas parejas has tenido relaciones sexuales?, se excluyó la pregunta ¿ha tenido alguna infección de transmisión sexual?, además a la pregunta de ¿fecha de tu última menstruación? se le agregó ¿y/o semanas de gestación?.

Por otra parte en el apartado de aspectos psicológicos se sustituyó por la Escala de Autoestima de Rosenberg EAR (39, 50), cuenta con 10 ítems divididos equitativamente en positivos y negativos, es un instrumento unidireccional que se contesta en una escala de 4 alternativas que va desde “muy de acuerdo a “muy en desacuerdo” citado por (Rojas ACB 2009 y Vázquez MAJ 2004).

Por último se aplicó a 10 pacientes sin que tuvieran dudas del instrumento

5.8. Instrumento de medición

El instrumento constó de 4 secciones, a través de la aplicación de encuestas, con un número total de 30 variables

Secciones	Nombre	Número de variables
Sección 1	Ficha de Identificación	3
Sección 2	Aspectos socioeconómico	7
Sección 3	Aspectos ginecológicos	10
Sección 4	Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)	10

5.8.1. Escala de autoestima de Rosenberg (EAR)

Este test tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma, cuenta con 10 ítems divididos equitativamente en “positivos” y “negativos”, esto es que las primeras 5 ítems “positivos” tendrán una calificación en el orden decreciente de 4 al 1 y los segundos 5 ítems “negativos”, tendrán una calificación creciente del 1 al 4 (39, 50), (anexo 3).

- 1.- Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás
- 2.- Estoy convencida de que tengo cualidades buenas
- 3.- Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente
- 4.- Tengo una actitud positiva hacia mi misma
- 5.- En general estoy satisfecha de mi misma
- 6.- Siento que no tengo mucho de que estar orgullosa
- 7.- En general, me inclino a pensar que soy una fracasada
- 8.- Me gustaría poder sentir más respeto por mi misma
- 9.- Hay veces que realmente pienso que soy una inútil
- 10.- A veces creo que no soy buena persona

Es un instrumento unidireccional que se contesta en una escala de 4 alternativas en cada uno de los 10 ítems, que corresponde a:

- A. Muy de Acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

Permite medir el grado de autoestima de la adolescente embarazada en:

- a) Autoestima elevada de: 30 a 40 puntos
- b) Autoestima media de: 26 a 29 puntos
- c) Autoestima baja: menos de 24 puntos

5.9. Método o procedimiento para captar la información

- El trabajo fue evaluado y aprobado por la autoridades tanto de ética como de enseñanza de la Clínica de Consulta Externa de Lerma “Ignacio Allende Bicentenario” del ISSEMyM
- Se invito a participa a las pacientes adolescentes derecho habiente con Embarazo, adscritas a la Clínica de Consulta Externa de Lerma “Ignacio Allende Bicentenario” del ISSEMyM
- Para la aplicación de los cuestionarios el autor conto con el apoyo de los médicos de consulta externa quienes entregaron el cuestionario para ser contestado por las pacientes adolescentes embarazadas que acudieron a Consulta Externa de Lerma “Ignacio Allende Bicentenario” del ISSEMyM
- El autor se reunió con un grupo de adolescentes embarazadas cada semana por la mañana en la aula de enseñanza de la Clínica de Consulta Externa de Lerma “Ignacio Allende Bicentenario” del ISSEMyM, a quienes se les entrego el cuestionario para su aplicación
- Los cuestionarios se aplicaron a toda paciente adolescente derechohabiente con embarazo que acudió a la Clínica de Consulta Externa de Lerma “Ignacio Allende Bicentenario” del ISSEMyM, del mes de Enero a Julio del 2011, bajo los criterios mencionados en la metodología
- La información obtenida se almaceno en una base de datos electrónica SPSS.Versión77, asignado códigos alfanuméricos, de cada sección del cuestionario para su captura.
- El análisis de la información se realizó mediante una estadística descriptiva.

5.10. Maniobras para evitar sesgos

5.10.1. Sesgos de información

Se reconoce que este sesgo se pudo haber presentado y este queda expensas de la honestidad del entrevistado, confiando en las respuestas proporcionada por los pacientes. Se trató de controlar este sesgo, informándole del anonimato de las mismas para que expresara sus respuestas lo más cercano a la realidad posible.

5.10.2. Sesgos de selección

Participaron de manera voluntaria las adolescentes embarazadas adscritas a la Clínica de Consulta Externa de Lerma “Ignacio Allende Bicentenario” del ISSEMyM

5.10.3. Sesgos de Medición

Las encuestas y la aplicación del test fueron realizadas por el mismo investigador, para evitar durante la toma de datos; sesgo inter-observador.

5.11. Captura de la información

5.11.1. Recursos humanos

Se contó con el apoyo de todos los médicos adscritos al servicio de la Clínica de Consulta Externa de Lerma, quienes apoyaron cada uno en su consultorio en la entrega y explicación de las instrucciones del llenado del cuestionario a las adolescentes embarazadas que acudieron a la Clínica de Consulta Externa de Lerma, “Ignacio Allende Bicentenario” del ISSEMyM.

5.11.2. Recursos materiales

1 Computadora portátil HP

2. Paquetes de Papel Bond Blanco de 500

3 Cintas para impresora negra

1 Impresora, scanner, software de Word, Excel, programa estadístico SPSS. V. 77 en sistema operativo de PC

1 Caja de Lápiz

1 Caja de Archivo muerto

Programa Epi Info versión compatible con Windows

5.11.3. Recursos financieros

Financiado en su totalidad por el autor del presente trabajo

5.12. Consideraciones éticas

El trabajo fue presentado y aprobado por el Comité de Ética y Enseñanza de la Clínica de Consulta Externa de Lerma, "Ignacio Allende Bicentenario, además de contar con la autorización voluntaria por medio de nombre y firma del "Consentimiento de participación voluntaria" de cada una de las adolescentes (anexo 2).

Aunado a esto, el presente trabajo se apega a las siguientes consideraciones:

A).- Declaración de Helsinki.

La asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben de ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

Por lo que en este trabajo se trató de encontrar los factores psicosociales que condicionan el embarazo en las pacientes adolescentes, con el propósito de implementar acciones preventivas para evitar estos embarazos no deseados.

Además se menciona que la investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza podrá beneficiarse de sus resultados.

B).- Ley General de Salud.

Artículo 14. Donde se menciona que la investigación contará con el consentimiento informado y por escrito, esto se realizó en el trabajo, se entregó una hoja de "Consentimiento de participación voluntaria" antes de aplicar el instrumento (anexo 2), donde se les explicaba el objetivo del estudio, así como el poder dejar de contestarlo.

Artículo 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerán la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice. Dado que el

estudio se realizo en las pacientes adolescentes embarazadas se les solicito su autorización anteponiendo su nombre y firma para la contestación del cuestionario

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su **artículo 17** menciona que la investigación sin riesgo son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, el presente estudio entra dentro de este rubro, ya que es un estudio que emplea métodos y técnicas de investigación documental y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio.

VI RESULTADOS

6.1. Cuadros y gráficas

Se aplicaron 110 cuestionarios a pacientes adolescentes embarazadas adscritas a la Clínica de consulta Externa de Lerma "Ignacio Allende Bicentenario del ISSEMyM, de las cuales 10 fueron eliminadas por no reunir los criterios de inclusión

Edad

De las 100 pacientes embarazadas adolescentes se encontró que la edad promedio corresponde a la adolescencia media siendo más significativa a la edad de 17 años con un 49% del total de ellas, refleja además dos edades extremas las cuales son de 14 años que corresponde al 1% y 19 años con un 1%, como se observa en el Cuadro No.1y en el Gráfica 1.

Cuadro1

Frecuencia por grupo atareó en mujeres adolescentes encuestadas en la clínica de consulta externa de Lerma "Ignacio Allende Bicentenario" del ISSEMyM

Edad en años	No.	%
14	1	1.0
15	9	9
16	28	28
17	49	49
¿18	12	12
19	1	1
TOTAL	100	100

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres adolescentes embarazadas adscritas a la clínica de consulta externa de Lerma "Ignacio Allende Bicentenario del ISSEMyM"

Tipología familiar

el resto corresponde a la familia nuclear simple en un 10% y en La mayor parte de las adolescentes embarazadas pertenece a una familia nuclear numerosa en un 48% seguido de la familia nuclear con un 40%, último lugar con un 2% a una familia nuclear ampliada, como lo muestra el Gráfica2.

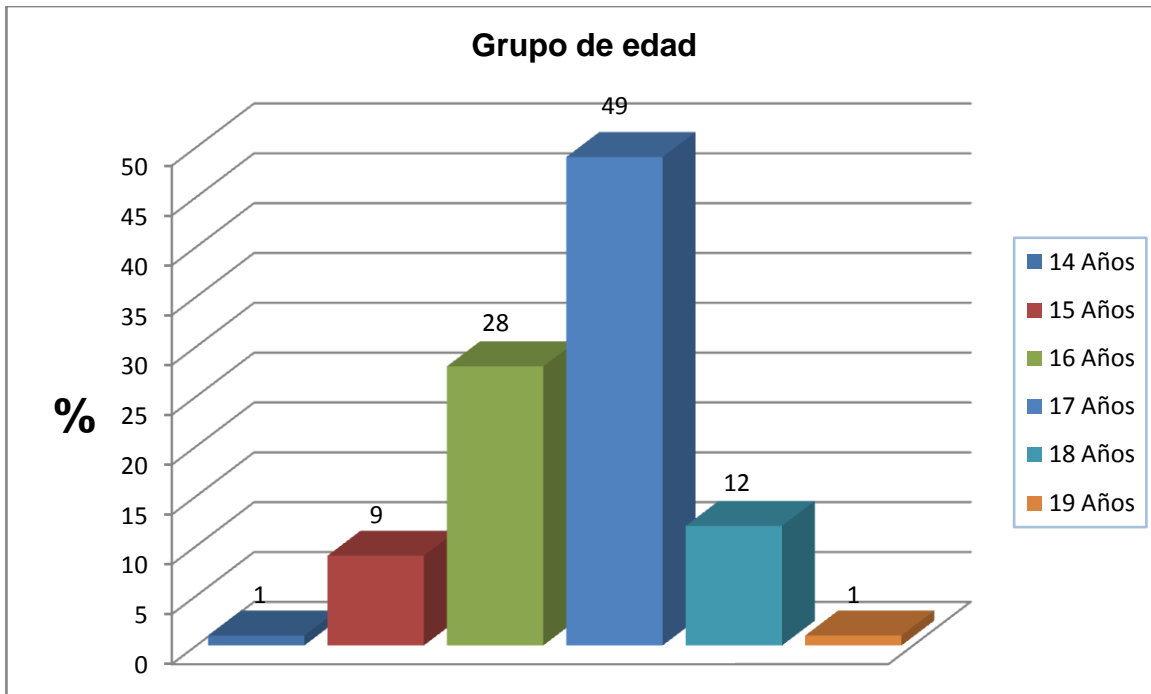
Estado civil

Respecto al estado civil de las pacientes la mayoría se mantiene en unión libre en un 70%, el resto 30% pertenece en un 15% a las solteras y el otro 15 % a las casadas.

Valores morales inculcados

Estos valores les fueron inculcados en un 46% en la mayoría de ellas, seguido del respeto en un 33%, religión en un 7%, sinceridad en un 7%, obediencia en un 5% y honradez en un 2%

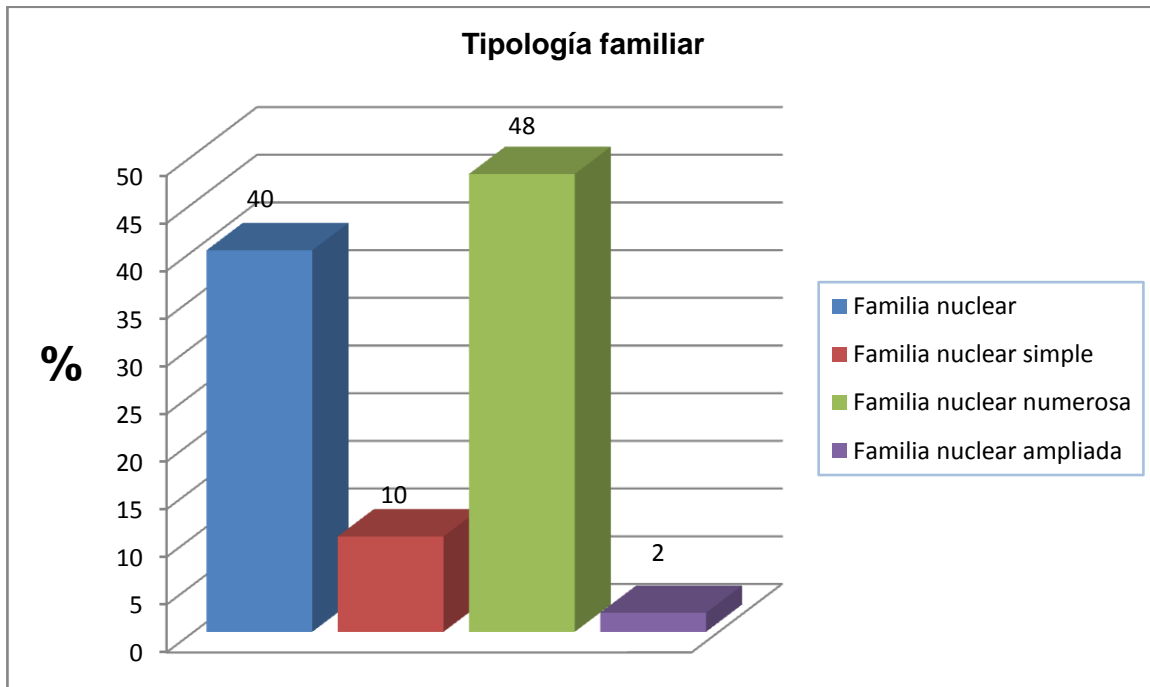
Gráfica 1



Fuente:

Encuesta aplicada a las mujeres adolescentes embarazadas adscritas a la clínica de consulta externa de Lerma "Ignacio Allende Bicentenario" del ISSEMyM

Gráfica 2



Fuente:

Encuesta aplicada a las mujeres adolescentes embarazadas adscritas a la clínica de consulta externa de Lerma "Ignacio Allende Bicentenario" del ISSEMyM

Autoridad en el hogar

Las encuestas aplicadas a las adolescentes embarazadas, arrojo que el padre es quien representa la máxima autoridad en un 55% seguido de la madre en un 24% y ambos en un 20%, solo el 1% corresponde a su hermano.

Relación con los padres

El estudio mostro que las adolescentes tienen muy buena relación con sus padres en un 56%, un 34% mostro tener una relación buena, el 7% una relación regular y solo 3% tiene una relación mala.

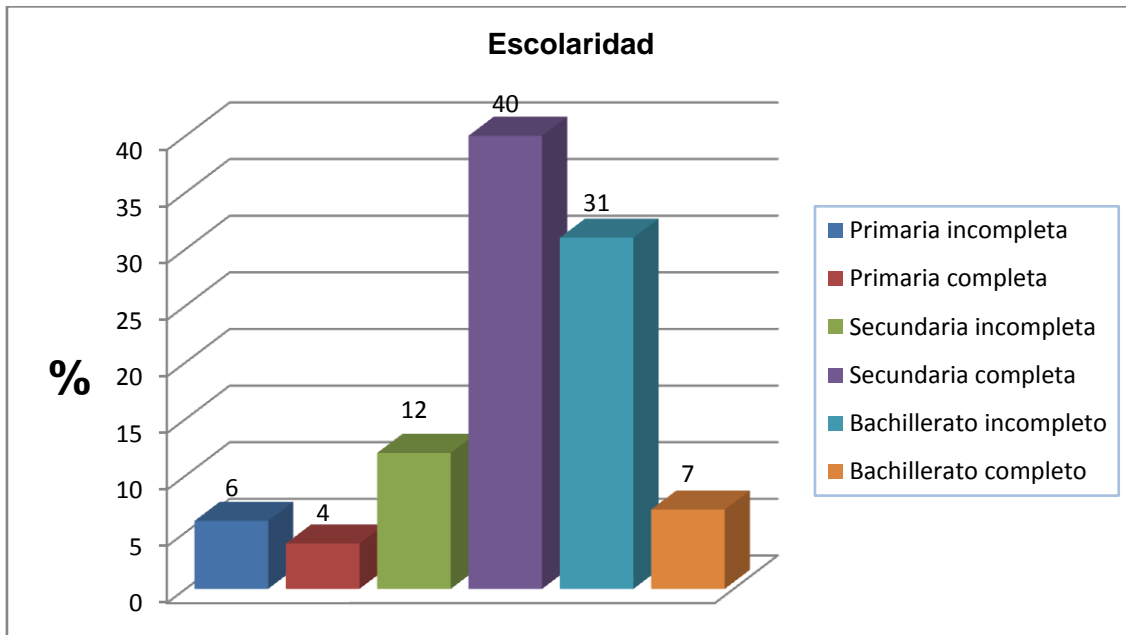
Escolaridad

Un 40% de las adolescentes cuentan con secundaria completa, el 31% de ellas tienen bachillerato incompleto, un 12% cuenta con secundaria incompleta así mismo el 7% y 6% de las adolescentes cursa el bachillerato incompleto y primaria incompleta respectivamente finalmente el 4% cuenta con primaria completa como se observa en el Gráfica 3.

Ocupación

La mayoría es ama de casa en un 78%, un porcentaje menor 14% refieren ser estudiantes seguidos de un 6% empleadas y el resto 2% comprende otros trabajos.

Gráfica 3



Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres adolescentes embarazadas adscritas a la clínica de consulta externa de Lerma "Ignacio Allende Bicentenario" del ISSEMyM

Habitación

Una gran parte de ellas 40% habita en casa de sus suegros, el 29% habita en casa de sus padres, el 18% habita en casa rentada y solo el 12% de ellas cuenta con casa propia.

Ingreso económico

Proviene en un 70% del trabajo de la pareja, en menor proporción 22% de la aportación de sus padres, el 6% es tanto de los padres como de la pareja y únicamente el 2% es de procede del trabajo de ellas.

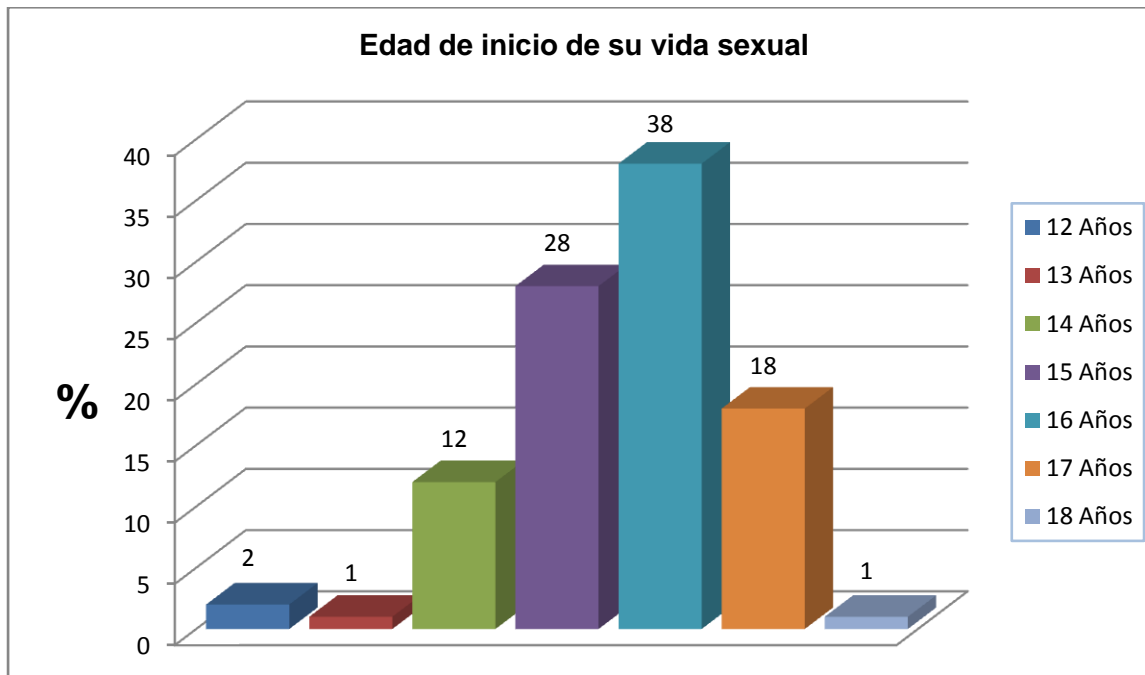
Edad de inicio de vida sexual

Fue a los 16 años en un 38%, seguido de 28% a los 15 años, en menor proporción 18% a los 17 años y 14% a los 12 años, solo el 2% a los 12 años, finalmente solo 1% fue a los 17 y 18 años, ver Gráfica 4.

Motivo de su primera relación sexual

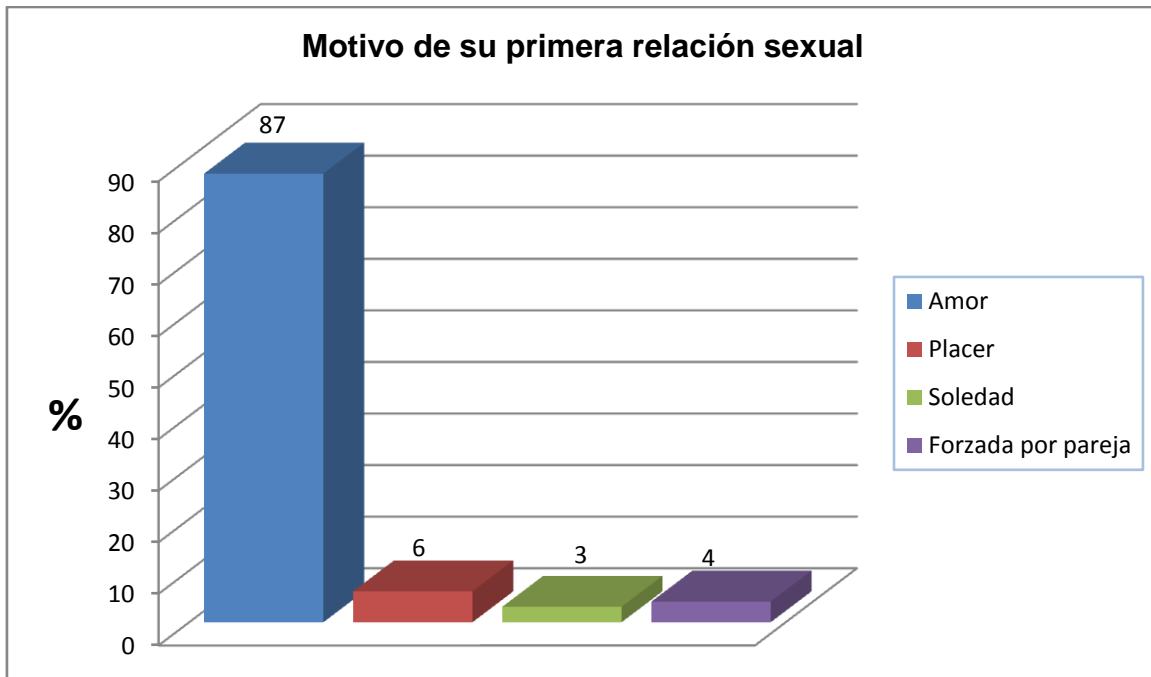
Casi en su totalidad 87% fue por amor, en menor proporción por placer 6%, presionada por su pareja 4% y casi de la mano por sentirse sola en un 3%, como lo muestra el Gráfica5.

Gráfico 4



Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres adolescentes embarazadas adscritas a la clínica de consulta externa de Lerma "Ignacio Allende Bicentenario" del ISSEMyM

Gráfica 5



Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres adolescentes embarazadas adscritas a la clínica de consulta externa de Lerma "Ignacio Allende Bicentenario" del ISSEMyM

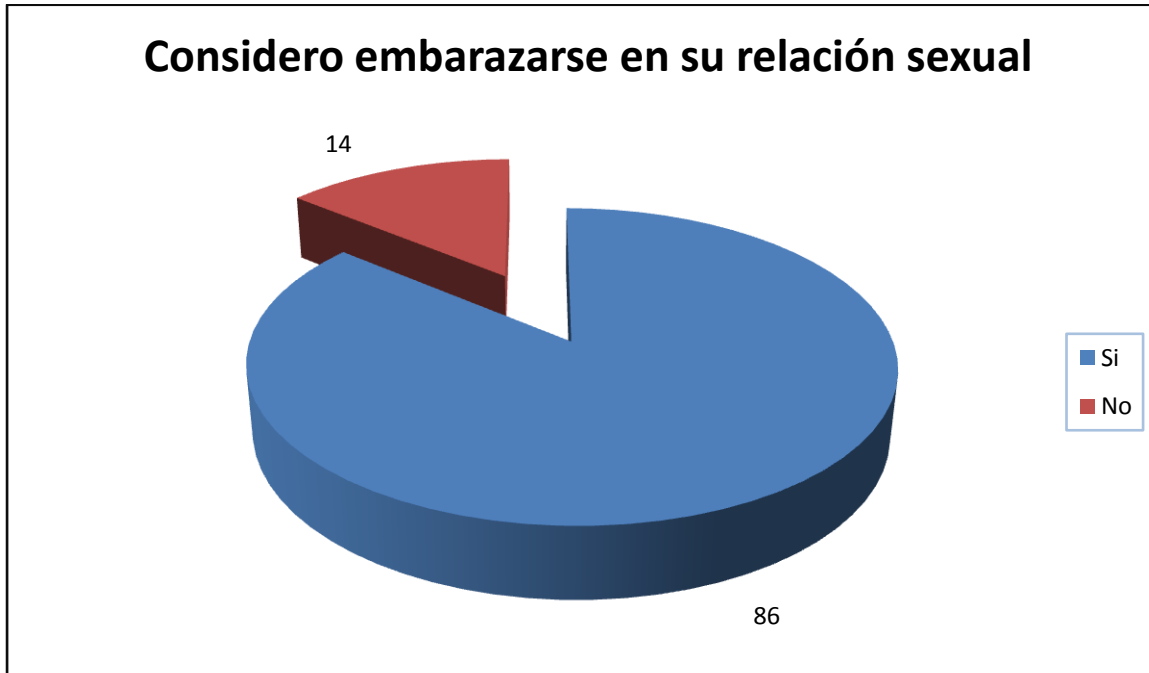
Sentimiento que le causo su primera relación sexual

La mayor parte de ellas 87% refirió sentirse amada, el 6% dijo estar feliz, en menor proporción culpable en un 3%, frustrada 4% y sucia 6%.

Considero embarazarse en su relación sexual

Gran parte de ellas un 87% sabían que podría embarazarse al tener relaciones sexuales y solo 3% no pensó que al tener relaciones sexuales podría quedar embarazada, como se observa en el Gráfica 6.

Gráfica 6



Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres adolescentes embarazadas adscritas a la clínica de consulta externa de Lerma "Ignacio Allende Bicentenario" del ISSEMyM

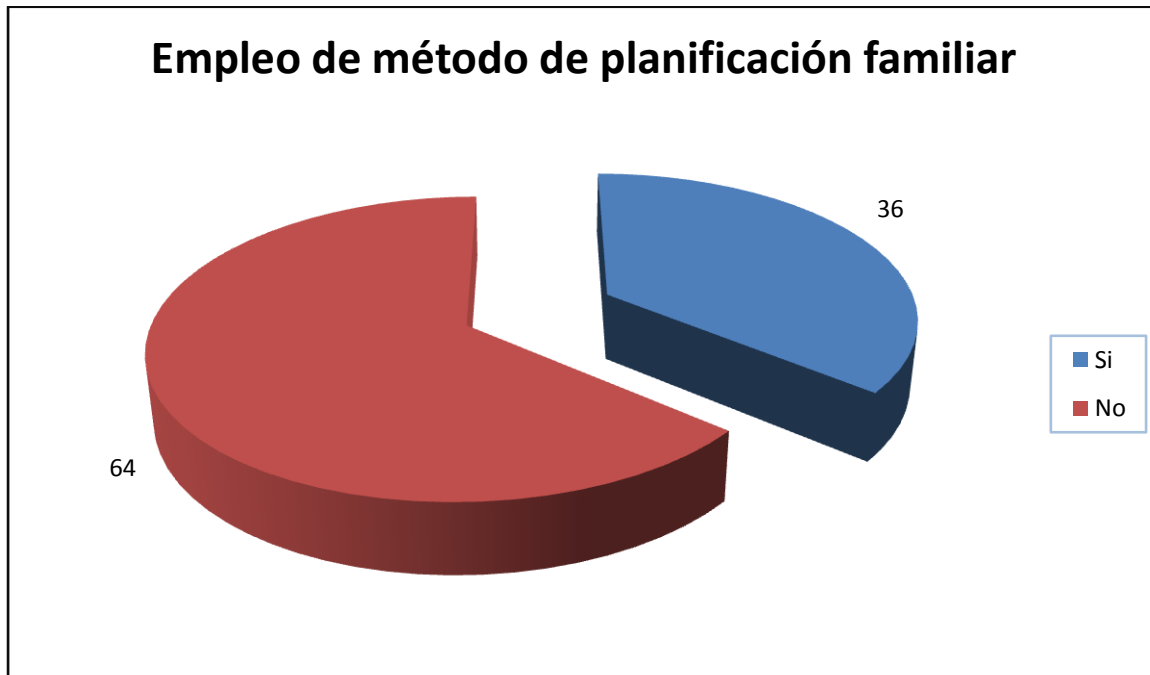
Empleo de método de planificación familiar

Más de la mitad de las pacientes 64% respondieron que no empleaban ningún método anticonceptivo y solo el 36% de ellas refirió que si empleaban un método anticonceptivo, como lo muestra el Gráfica7.

Tipo de métodos anticonceptivos empleados

Del 36% de las adolescentes que empleaban métodos anticonceptivos el 31% de ellas refirió emplear preservativos, una mínima cantidad 3% empleaba DIU seguido del 2% que menciona emplear anticonceptivos hormonales por vía oral.

Gráfica 7



Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres adolescentes embarazadas adscritas a la clínica de consulta externa de Lerma "Ignacio Allende Bicentenario" del ISSEMyM

Causas de falta de uso de métodos anticonceptivos

De un total de 65% de las pacientes, el 31% de ellas menciona no haber empleado ningún método por no contar en ese momento con alguno de ellos, el 16% refirió no haber tenido acceso dicho método, un 8% sabía que existía pero no como emplearlo, 8% refirió que su pareja no le permitió emplearlo, 1% no sabía de su existencia y el 1% de ellas respondió que estaban de acuerdo ella y su pareja en no emplearlo, ver Gráfica8.

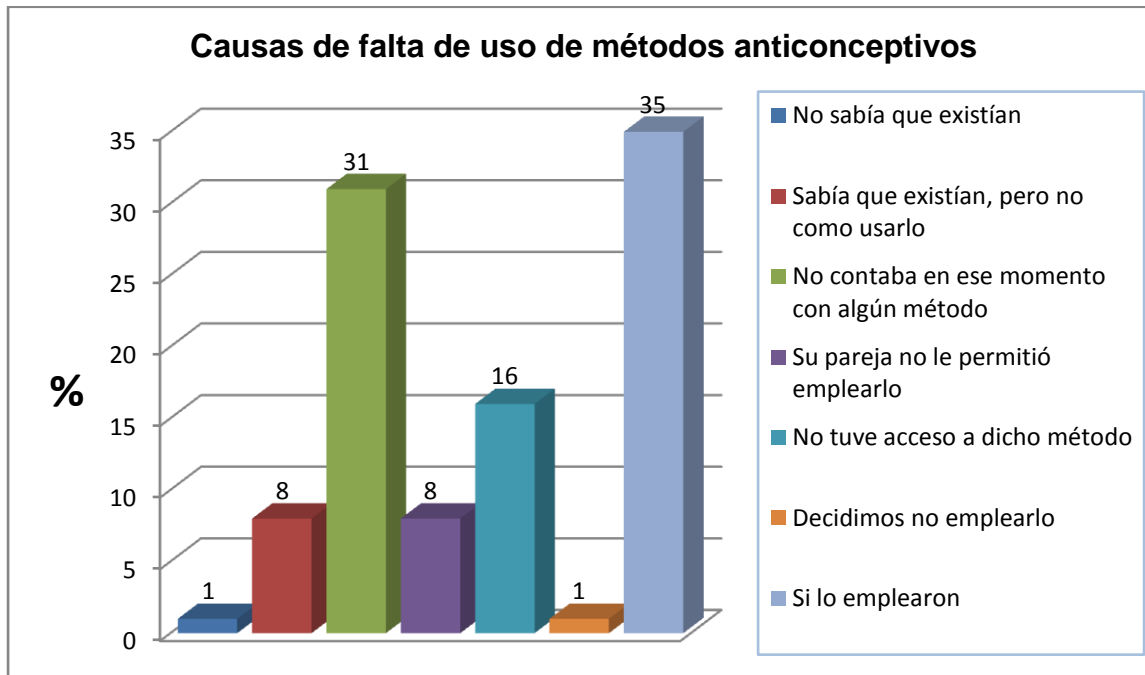
Medio de difusión sobre el empleo de métodos anticonceptivos

El 55% respondió que fue a través de la escuela, casi la mitad de ellas 22% respondió que alguno de sus familiares le informaron sobre dichos métodos, el 9% obtuvieron la informaron por medio de la televisión, un 2% de ellas fueron informadas por amigas y finalmente el 12% se informaron por diversos medios, tal como lo muestra el Gráfica9.

Número de parejas sexuales

La mayoría 81% respondieron contar con una pareja sexual, el 13% respondieron tener 2, en menor proporción 4% refirió tener 3 parejas y solo 2% tuvieron más de 4 parejas.

Gráfica 8



Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres adolescentes embarazadas adscritas a la clínica de consulta externa de Lerma "Ignacio Allende Bicentenario" del ISSEMyM

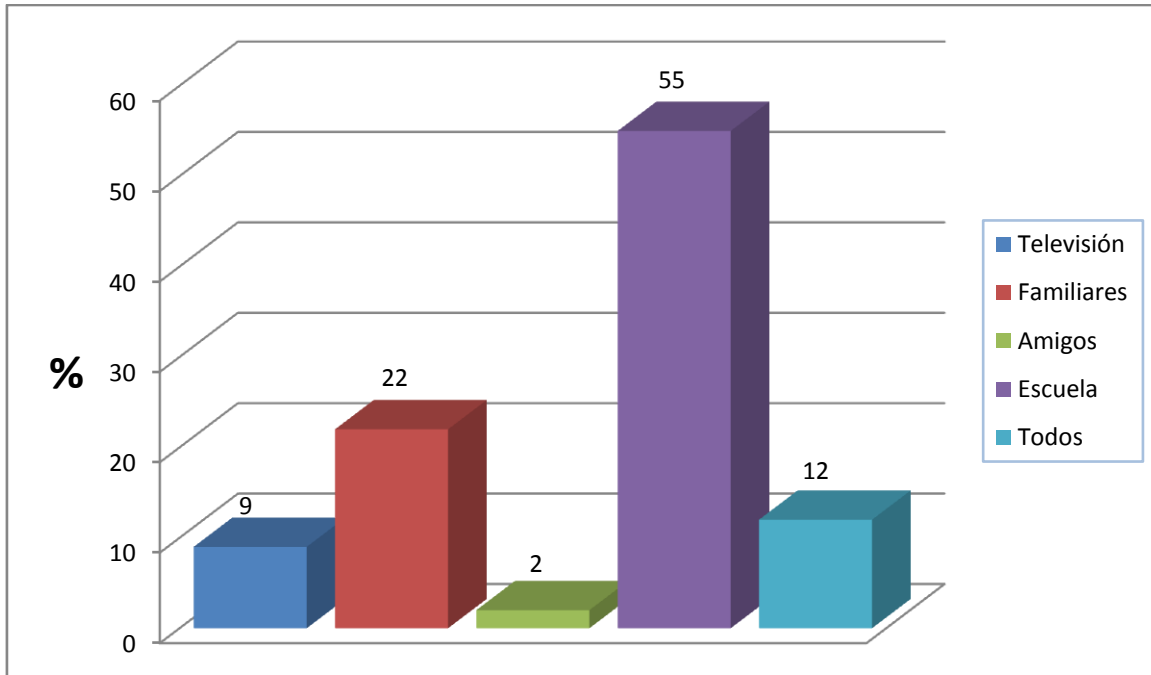
Semanas de gestación

No mostro relevancia para el presente estudio.

Grado de autoestima

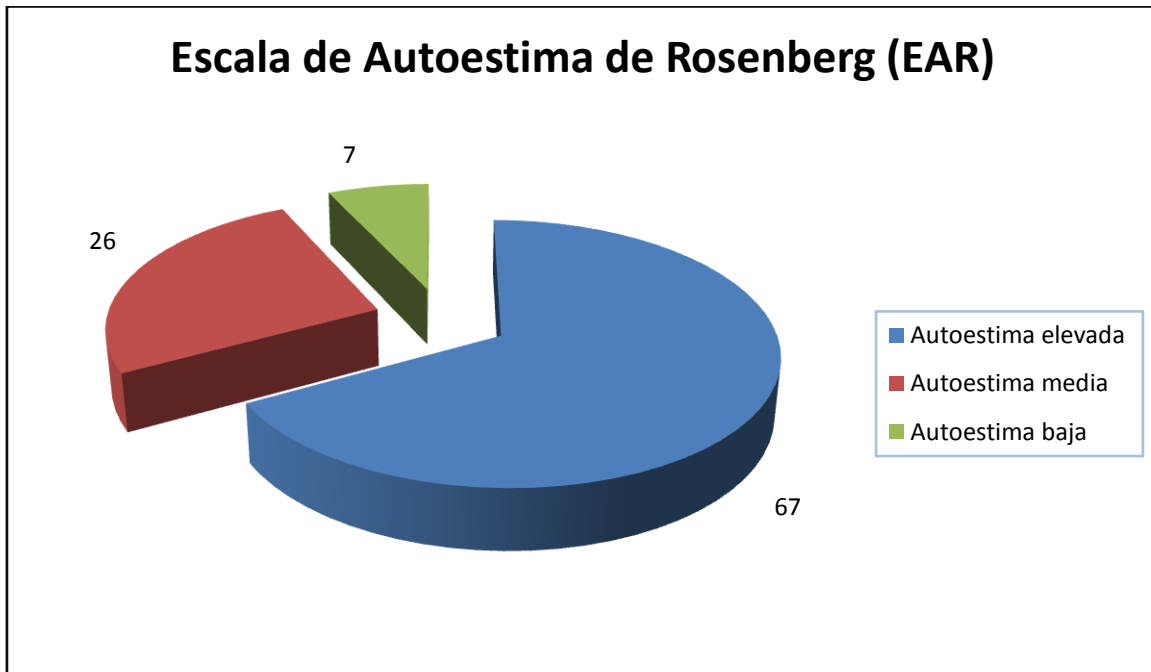
De acuerdo a la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), aplicado a las adolescentes embarazadas, las respuestas emitidas por ellas reflejaron que la mayor parte de ellas 67% contaban con una autoestima elevada, menos de la mitad 26% tienen una autoestima media y solo un 7% tienen una autoestima baja, como se observa en el Gráfica 10.

Gráfica 9



Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres adolescentes embarazadas adscritas a la clínica de consulta externa de Lerma "Ignacio Allende Bicentenario" del ISSEMyM

Gráfica10



Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres adolescentes embarazadas adscritas a la clínica de consulta externa de Lerma "Ignacio Allende Bicentenario" del ISSEMyM

VII DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

7.1. Análisis estadísticos

El propósito estadístico de la investigación fue identificar los factores psicosociales que influyen para que una adolescentes adscritos a la Clínica de Consulta Externa de Lerma "Ignacio Allende Bicentenario" del ISSEMyM, se embarace

Se investigo a las mujeres adolescentes embarazadas

Debido a que el estudio es transversal sólo se realizó una medición en un solo tiempo comprendido de Enero a Julio del 2011

Se utilizó una serie de variables tanto cualitativas como cuantitativas del tipo continua, ordinal, siendo la mayor cualitativas

Las variables cualitativas presentaron una distribución paramétrica y las variables cualitativas una distribución no paramétrica

Mediante el uso de Excel y SSPS. V. 17 se realizan dos bases de datos para la obtención de resultados

Por lo tanto la muestra que se investigo es no aleatoria y si representativa, pues se utilizó a población adolescente embarazada

De acuerdo a los resultados obtenidos de las 100 pacientes adolescentes embarazadas encuestadas en la clínica de consulta externa de Lerma "Ignacio Allende Bicentenario" del ISSEMyM, arrojo que el promedio de inicio de vida sexual es a los 16 años en un 38% y seguido de un 28% a los 15 años, este resultado coincide con el obtenido por el Dr. R. Issler (2001) en el cual muestra que los embarazos son más comunes a los 15 años y se acerca al resultado obtenido por la Dra. Ávila (2000) en cuyo estudio mostro que de las 53 adolescentes embarazadas la mayor parte pertenece al rango de adolescencia tardía (17 a 19 años), pero contrasta con el resultado obtenido por la Dra. Contreras R y Dra. Martín C. (2012) en el sentido de que su estudio mostro que el inicio de sus relaciones sexuales ocurren a los 13 años.

En cuanto a la funcionalidad familiar, de acuerdo al estudio realizado por la Dra. Ávila (2000), muestra que el 41% de las 53 pacientes adolescentes embarazadas pertenece a familias moderadamente disfuncionales el cual contrasta con el presente estudio en el cual arrojo que el 40% pertenece a familia nuclear, el 10% a familia nuclear simple y el 48% a familia nuclear numerosa

Por otra parte en el estudio del Dr. López (2005) mostro que la mayor parte de las adolescentes tiene una buena relación con sus padres con los que hay una buena armonía familiar sin embargo se detecto que a

pesar de la estrecha relación existe dificultades de comunicación de los padres hacia sus hijos. Lo que contrasta con el estudio realizado por Dr. Osoffsky (1990) y con la Dra. Álvarez (1997), quienes plantean que el ambiente familiar inadecuado favorece la precocidad de las relaciones sexuales este estudio coincide con el obtenido en nuestro estudio en el cual muestra que de las 100 pacientes adolescentes embarazadas el 56% tiene una muy buena relación con sus padres, seguido de una relación buena en un 34%, una relación regular 7% y solo un 3% de ellas tiene una relación mala por otra parte se encontró que la mayor parte de ellas 40% viven con sus suegros el 29% habita en casa de sus padres y el 18% habita en casa rentada y solo el 12% de ellas cuenta con casa propia

Respecto a la ocupación de las adolescentes embarazadas el estudio de la Dra. Ávila (2000) mostro que aproximadamente una 3ra parte de las 53 pacientes adolescentes no laboran ni estudian lo cual corresponde al 19% de las pacientes encuestadas estas difieren con el nuestro estudio en el que mostro que la mayor parte de ellas se dedica al hogar en un 78%, mientras que el 14% continua estudiando y solo el 6% labora, al igual que en el estudio efectuado por la Dra. Contreras R. y Dra. Martín C. (2012).

El reporte de este estudio coincide con el de Dr. Suarez (1995) y el de la Dra. Álvarez (1997), en el que se plantea que el embarazo en estas edades, interrumpe las funciones normales en este periodo de vida.

En relación al motivo por el cual las pacientes adolescentes embarazada habían mantenido su primera relación sexual, las encuestas aplicadas en este estudio mostro que fue por amor en un 87%, además de que el 86% sabían que al tener relaciones sexuales podrían quedar embarazadas, solo un 36% manifestaron haber empleado algún método de planificación familiar a diferencia del 64% de ellas que refirieron no haber empleado ningún método anticonceptivo, de los métodos más empleados fueron los preservativos en un 31% a pesar de que un 55% de ellas tenían pleno conocimiento sobre el uso de ellos dicho resultado coincide con el obtenido por la Dra. Ávila (2000), el cual muestra que de las 53 adolescentes embarazadas, el 15.5 empleaba algún método anticonceptivo y contrasta con el estudio obtenido por el Dr. Issler (2001), el cual reporto que un 70% de las adolescentes utilizaban algún método efectivo para evitar el embarazo en la primera relación, disminuyendo ese porcentaje en las siguientes relaciones, pero coincide con los estudios citados respecto al empleo de preservativos como el método más empleado. Sin embargo coincidimos con lo publicado por el Dr. Sach (1996) en el que muestra que la mitad de todos los adolescentes no utilizan anticonceptivos y muestran una despreocupación ante la protección sexual.

En cuanto al número de parejas sexual el estudio de la Dra. Ávila (2000), muestra que la mayoría de las pacientes adolescentes embarazadas tenían 2 o más parejas, lo que representa el 9,5 % de un total de 53 pacientes, esto difiere de los resultados obtenidos en nuestro estudio en el cual se encontró que el 81% tenían una sola pareja sexual.

Finalmente en este estudio se encontró que un 67% de las pacientes adolescentes embarazadas cuentan con una autoestima elevada y solo el 7% tiene una autoestima baja, este resultado coincide el estudio del Dr. Issler (2001), en donde de las 185 pacientes encuestadas el 60.5% no presentan trastornos emocionales y solo el 18.9% presentan trastornos emocionales, pero contrasta con el estudio del Dr. Flick (1996) y el del Dr. Ruiz (1990) en donde se encontró que la autoestima baja influye en la precocidad de su actividad sexual.

VIII CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio se alcanzó ya que se identificó cuáles son los: “FACTORES PSICOSOCIALES QUE CONDICIONAN EL EMBARAZO EN LAS PACIENTES ADOLESCENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA DE LERMA “IGNACIO ALLENDE BICENTENARIO” DEL ISSEMyM, en el periodo comprendido de Enero a Julio del 20011, de acuerdo a los objetivos planteados en este trabajo de investigación, permitió concluir los siguientes datos:

El grupo de edad de las adolescentes embarazadas en este estudio pertenece la mayor parte de ellas a la adolescencia media, este grupo no es del todo el más vulnerable considerando que gran parte de ellas proviene de una familia nuclear, quienes pertenecen a una clase media, su estado civil actualmente es unión libre, cuentan con una escolaridad media, la mayoría de ellas se dedica al hogar debido a su condición actual de gravidez, lo cual se traduce en una deserción escolar importante de estas solo una pequeña parte de ellas continúa estudiando, el ingreso económico proviene en gran parte de su pareja y en menor proporción de sus padres.

La causa de su primera relación sexual fue por el amor de su pareja, sin embargo los datos que ellas arrojaron en las encuestas reflejan que no cuentan con la información suficiente sobre el riesgo de embarazarse sin el uso de algún método anticonceptivo ya que el poco conocimiento con el que cuentan ellas es obtenido a través de la televisión la mayoría de los casos y de otros medios de comunicación en menor proporción por lo tanto podemos concluir que en este estudio existe falta de comunicación entre las adolescentes y sus padres pues hay información muy limitada sobre sexualidad y del empleo de métodos anticonceptivos ya que son los padres quienes deben proporcionar toda esta información, la cual debe realizarse con un lenguaje claro que les permita comprender ampliamente sobre las consecuencias de un embarazo no deseado.

Finalmente se puede concluir que la autoestima baja no es un factor que predisponga a tener un embarazo en las pacientes adolescentes ya que gran parte de ellas muestran una autoestima elevada.

8.1. Sugerencias y/o recomendaciones

La adolescencia es una fase de gran vulnerabilidad que requiere una atención especial por parte de los padres, maestros y del personal involucrado en su salud, requieren ante todo de nuestra comprensión y principalmente de una comunicación estrecha y afectiva por parte de sus padres para ayudarles a alcanzar la madurez necesaria que les permita determinar por si solo sus destinos existenciales para su vida personal y social.

Es por esto que debemos difundir y concientizar ampliamente sobre sexualidad y del empleo de métodos anticonceptivos en las adolescentes a temprana edad dentro del núcleo familiar, en donde los padres juegan un rol importante en materia de comunicación con las adolescentes propiciando un ambiente de confianza para que puedan hablar abiertamente sobre estos temas así como de las consecuencias que puede traer consigo un embarazo no deseado, abordando estos temas a través de una tribuna libre en la cual se les permita exteriorizar sus inquietudes y a la vez se les brinden los consejos necesarios para que puedan aplicarlos en su vida diaria.

En este sentido los padres deben estar convencidos de que para evitar un embarazo no deseado, les deben inculcar a sus hijos emplear algún método anticonceptivo y sobre todo como una recomendación muy especial que carguen siempre preservativos o que empleen algún otro método anticonceptivo seguro.

Esta misma información debe difundirse en las escuelas y en las clínicas de consulta externa a través de la integración a las redes de apoyo para los adolescentes y sus familias.

VIII REFERENCIAS

1. Aguilar GJÁ, Mayen HB, Hablemos de género esto es cosa de ¿hombres? o ¿de ¿mujeres? Actividades educativas para reflexionar acerca del género con jóvenes. México 1998. 1ª Edición. Editorial MEXFAM/Gente Joven. P. 62-70.
2. Álvarez Valdivia I. Embarazo en la adolescencia. En: Mensaje para los padres. Ciudad de la Habana: Ed. Científico-Técnica. 1997; P: 6. Español.
3. Arciaga S, Juárez J. Actitudes de los jóvenes frente a la Sexualidad. Jóvenes.1997; Editorial Cuarta Época. No. 5(2): P. 810-813.
4. Ávila GE, Cid SM, García II, González AL. y Rodríguez P. Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. Rev. Cubana Med Gen Integr 2000. Español.
5. Colenmman A. Desarrollo de los adolescentes 1, Aspectos Generales. Desarrollo de los Adolescentes 2, Crecimiento y Sexualidad. México. Programas y Materiales de apoyo para el estudio. Lic. En Educación Secundaria I y II. 1985; P.14-23.
6. Conger G. Adolescencia generación presionada. México. 1980; 3ª Edición Editorial Harla:P. 40-45.
7. Consejo Nacional de Población (CONAPO). [Internet]. 2010: Disponible en: <http://www.sonsejonacionaldepoblación.segob.com.mx>. Español.
8. Contreras C. Prácticas de crianza de madres solteras adolescentes con hijos de 0 a 10 meses. Tesis de Licenciatura. México. UAEM. 1997; P. 18-33.
9. Contreras RS y Martín CD. *El Embarazo en la Adolescencia. ¿Un problema social en Santa Clara, Villa Clara Cuba?*, en Contribuciones a las Ciencias sociales. [Internet] Abril 2011; Disponible en: www.eumed.net/rev/cccss/12/
10. Dulanto E. Conceptos básicos para prevenir conductas de riesgo en adolescentes. México. DIF/UNICEF. México. 2001; P. 23-28.
11. El embarazo en la adolescencia. La vida antes de nacer. [Internet]. 2001; Junio. Disponible en: http://www.lavida.cl/junio_01/embarazoadols.htm. Español.
12. El embarazo en el adolescente. [Internet]. 2005; Disponible en: http://www.clap.opsoms.org/web_2005/estadisticas%20de%20la%20region/textos/e35%206-8%20Embarazo%20Adolescente.htm. Español.
13. Ehrenfeld N. Adolescentes embarazadas ante la toma de decisiones. México. 1997; Editorial Cuarta Época. Julio-Diciembre: No. 5(2). P. 815- 825.
14. Estadística de adolescentes – México. Coordinador de Estadística UIESSA/IMSS. [Internet]. 2000; Disponible en: <http://www.ioel@adolec.org.mx>. Español.
15. Farré MJ. Psicología Infantil y juvenil. Barcelona.1998;8ª Edición, Editorial Océano: P. 210-213.
16. Flick LH. Paths to adolescent parenthood. Implications for prevention. Public Health Rep. 1996; No. 101(2): P. 132-147. Ingles.

17. Freud S. Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente. 1992; 5^{ta} Edición. Editorial Paidós: P. 293-308.
18. García SMH, Hernández HML, Manjon SA. Embarazo y Adolescencia. Dto. Obst. Y Ginec. Hptal. Clín. Universitaria de Salamanca – Rev. Sobre Salud Sexual y Reproductiva. Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER). 2000; Junio. No. 2(2). P: 10-12. Español.
19. González C, Andrade P. La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo. Correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes Mexicanos. Revista de Salud Mental. 1995; No.18. P: 41-47. Español.
20. Hurlock E. Psicología de la adolescencia. México. 2002; 6^{ta} Edición. Editorial Paidós. P: 56-60.
21. Infoninez.mx UNICEF. [Internet]. 2010; Disponible en: <http://www.infoninez.mx>. Español.
22. Instituto Mexicano del Seguro Social. Promotores Adolescentes PREVENIMSS, Centro Juveniles. Dirección de prestaciones médicas, unidad de salud pública. [Internet]. 2009; Octubre. Disponible en:<http://www.imss.gob.mx/serviciosmédicos>. Español.
23. Issler RJ. Embarazo en la Adolescencia, Revista de posgrado de la cátedra VI Medicina. [Internet]. 2001; Agosto. No. 107. P: 11–23. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.htm. Español.
24. López JI, Lugones BM, Valdespino PL, Ambrosio SMS. Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. Rev. Cubana Med Gen Integr 2005. Español.
25. Loza ACI. El embarazo en la adolescencia. [Internet]. 2009; Disponible en: http://www.cristy_jr2@htm.com. Español.
26. Lozano T. Programa para la prevención y la atención Integral del embarazo en adolescentes. UNICEF-DIF. México. 1999.
27. Lucas A. ¿Cómo cambiará su cuerpo con la pubertad? Centro de Salud Jávea. Alicante. [Internet] 2008; Disponible en: <http://www.fundaciónsaludinfantil.org>. Español.
28. Máster W, Johnson V. La sexualidad humana. 1987; Editorial Grijalbo. 3^{ra} Edición. P: 70-73.
29. Mac. C. y Mac. CS. Sexualidad humana. 1991; Editorial Manual Moderno. 6^{ta} Edición. P: 118-127.
30. Mímica. RM, Schencke CT. Embarazo en la adolescencia. Chile. Pontifica Universidad Católica de Chile. [Internet]. 2001; Disponible en: http://www.rehve.Esociales.Chile.c/publicaciones/thesis/03/ponencias/pon3_1.htm. Español.
31. Monrroy VA. Sexualidad y adolescencia. México. 1990; Editorial Pax. No. 6(5). P: 501-512.
32. Moráquez IA. ¿Cómo seleccionar el tamaño de una muestra para una investigación? Holguín, Cuba [Internet]. 2006; Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos42/selección-muestra2.shtml>. Español
33. Newman D. y Newman P. Desarrollo del niño. México. 1991; 3^{ra} Edición. Editorial Limusa. P: 115-118.

34. Osoffky I. Embarazo en la segunda década de la vida. Consideraciones Psicosociales. Clin Obst-Ginecol Norteam. 1990; No. 4(2): P. 10. Ingles.
35. Overall T. *U.S. Teenage Pregnancy Statistics. Trends by Race and Ethnicity and State-By-State Information*. New York, NY. *The Alan Guttmacher Institute*. 2004. Ingles.
36. Pérez RN, Hernández SJE, Alonso PMÁ. *Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Contenidos y Consultoría* S. L. [Internet]. Disponible en: <Http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/definición-embarazo.shtml>. Español.
37. Ponce RER, Gómez CF, Irigoyen CA. *Atención familiar, La Medicina familiar y la Salud Pública: dos disciplinas complementarias*. México 2007; No. 2 (14), Marzo-Abril, P: 44-53.
38. Powell M. *Psicología de la adolescencia*. México. 1975; Editorial Hispanoamericana. P: 67-72.
39. Rojas ACB, Zegeus PB, Foster FMC. La escala de autoestima de Rosenberg. Validación para Chile en muestra de Jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. Rev. Med. Chile. 2009;No. 137. P: 791–800. Español.
40. Rosario F, *Psicología, relajación, autoestima, psiquiatría, grafología, diagnóstico y tratamiento en psicología*. Educación Temas Relacionados. [Internet]. 2007; Agosto15. Disponible en: <http://www.tuotromedico.com/temas/embarazoadolescencia.htm>. Español.
41. Ruiz Rodríguez G. La Familia. Rev Cubana Med Gen Integral. 1990; No. 6(1): P. 58-62. Español.
42. Sach B. Reproductive decisions in adolescence. *Imagen Nursh*. 1991; No. 18(2): P. 69-72. Ingles.
43. Sánchez RM. *Manual de Trabajo Social*. 1999;3^{ra} Edición. Editorial Plaza y Valdez. P: 45-49.
44. Santamaría. El embarazo en la adolescencia, causas u consecuencias. [Internet] 2008; Disponible en: <http://www.adolescra.sld.cu>. Español.
45. Suárez O, Roberts E, Korin D, Kosmins K. *Adolescencia y juventud. Aspectos demográficos y epidemiológicos*. En: *La salud del adolescente y el joven de la Américas*. Washington. Publicación Científica. OPS. OMS. 1995. Español.
46. Sué DDS. *Comportamiento anormal*. 2000;6^{ta} Edición Editorial Mc Graw Hill. P: 302-310.
47. Terry F. Citado por Mier P. *Adolescencia riesgo total*. México. 1995; 12^{va} Edición. Editorial Centenario. P: 34-37.
48. Tolbert K. “La adolescente embarazada, característica y riesgo psicosociales” En la *Psicología en el ámbito perinatal*. INPER. 1998; No. 160. P: 110-123. Español.
49. Valenzuela, Luengas, Marquet. *Manual de Pediatría “Valenzuela”*. 1993; 11^a. Edición. Editorial Interamericana. P: 38-39. Vázquez MAJ, Jiménez GBR,
50. Vázquez R. *Escala de autoestima de Rosenberg. fiabilidad y validez en población clínica española*. *Apuntes de Psicología*. 2004; Vol. 22. No. 2. P: 247-255. Español.

IX ANEXOS

Anexo1

Oficio para la realización de trabajo tesis en la clínica de consulta externa de Lerma “Ignacio Allende Bicentenario” ISSEMyM.

Toluca, México a 6 de Mayo del 2011

**DR. DANIEL GODINEZ TAMAY
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

Al tiempo de enviarle un cordial saludo, me permito informarle que ha sido autorizado el protocolo de investigación propuesto por el **Dr. Juan Antonio Guzmán Montiel**, residente de la especialidad en Medicina Familiar, titulado “Factores psicosociales que condicionan el embarazo en pacientes adolescentes que acuden a la Clínica de Consulta Externa de Lerma “Ignacio Allende Bicentenario” del ISSEMyM”, para obtener el grado de Médico Especialista en Medicina Familiar a realizarse en la unidad a mi cargo.

Sin otro particular, agradezco su atención quedo ante usted como su seguro servidor.

A T E N T A M E N T E

**DRA. SILVANA ORTÍZ ORTEGA
DIRECTOR DE LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA
DE LERMA “IGNACIO ALLENDE BICENTENRARIO” DEL ISSEMyM**

C.c.p.- Comité Mixto de Capacitación de la Clínica de Consulta Externa de Lerma “Ignacio Allende Bicentenario” del ISSEMyM.
C.c.p.- Interesado.

Anexo 2

Consentimiento de participación voluntaria

El presente trabajo tiene como objetivo identificar los factores psicosociales que condicionan el embarazo en las pacientes adolescentes, la información que se obtenga en este trabajo será utilizado con fines de identificación, con carácter confidencial y obtenido de manera voluntaria, la investigación cuenta con la autorización de realizarse en esta Clínica de Consulta Externa de Lerma “Ignacio Allende Bicentenario” perteneciente al ISSEMyM. En caso de sentirse incomoda con alguna de las preguntas tiene la libertad de no seguir contestando.

¿Acepta usted contestar?

Sí_____ No_____

Nombre y firma_____

Muchas gracias por su participación

Anexo 3

Cuestionarios

Ficha de identificación

Folio: _____

A continuación presentamos una serie de preguntas, las cuales le suplicamos contestar de la manera más sincera y espontánea posible.

La forma de responder es cruzando con una X la letra que mejor se adecue a su respuesta.

¿Edad?: _____ a).- Adolescencia temprana 10 a 13 años,
b).- Adolescencia media 14 a 16 años, c).- Adolescencia tardía 17 a 19 años

¿Estado civil?: a).- Soltera b).- Unión Libre c).- Casada d).- Divorciada e).- Viuda

¿Con quién vives?: _____
a).- Familia nuclear b).- Familia nuclear simple c).- Familia nuclear numerosa d).- Familia nuclear ampliada e).- Familia binuclear f).- Familia extensa g).- compuesta d).- Familia monoparental

Aspectos socioeconómicos

1.- ¿Qué valores te inculcaron en tu casa?

a).- Religión b).- Respeto c).- Honradez d).- Obediencia e).- Sinceridad f).- Todos

2.- ¿Quién tiene la máxima autoridad en tu familia? a).- Padre b).- Madre c).- Hermanos

d).- Abuelos e).- Padre y Madre

3.- ¿Cómo es la relación con tus padres? a).- Muy buena b).- Buena c).- Regular d).- Mala

4.- ¿Escolaridad?: a).- Primaria incompleta b).- Primaria completa c).- Secundaria incompleta

d).- Secundaria completa e).- Bachillerato incompleto f).- Bachillerato completo.

5.- ¿Ocupación?: a).- Estudiante b).- Ama de Casa c).- Empleada d).- Comerciante

e).- Otro _____

6.- ¿Habita en?: a).- Casa propia b).- Casa rentada c).- En casa de los padres d).- En casa de

sus suegros e).- Otro _____

7.- ¿Quién aporta el ingreso económico de tu familia? a).- Mí (o) b).- Pareja c).- Padres

d).- Hermanos(a) e).- Padres y pareja f).- Pareja y Mí

Antecedentes ginecológicos

1.- ¿A qué edad inicio tu vida sexual activa? _____

2.- ¿Motivo de tu primera relación sexual, fue por?

a).- Amor b).- Placer c).- Soledad d).- Presionada por sus amigas e).- Forzada por tu pareja f).- Efecto del Alcohol y/o Droga.

3.- ¿Después de esa relación sexual como te sentiste?

a).- Amada b).- Feliz y/o Satisfecha c).- Culpable d).- Frustrada y/o Impotente e).- Sucia

4.- ¿Consideraste que con la relación sexual (coito), podrías embarazarte?

a).- Si b).- no

5.- ¿Antes de Embarazarte empleabas algún método anticonceptivo?

a).- Si b).- No

6.- Si tu respuesta es "Sí", ¿Cual fue?

a).- Preservativo b).- Dispositivo Intra Uterino c).- Ritmod).- Hormonar oral e).- Hormonal inyectable f).- Parches

7.- Si tu respuesta es "No", ¿Por qué?

a).- No sabía de su existencia b).- Sabía que existían pero no cómo usarlo
c).- No contábamos en ese momento con algún método).- su pareja no le permitió emplear ningún método e) No tuve acceso a dichos métodos f).- Decidimos no emplearlo

8.- ¿A través de que medio te informaste sobre el empleo de métodos anticonceptivos?

a).- Radio b).- Televisión c).- Familiares d).- Amigas e).- Escuela f).- Todos

9.- ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?

a).- Una b).- Dos c).- Tres d).- Cuatro e).- Más de cuatro

10.- ¿Fecha de tu última menstruación y/o semanas de gestación (SDG) _____:

Escala de Autoestima de Rosemberg (EAR)

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de si misma.

A continuación presentamos una serie de enunciados, los cuales le suplicamos contestar de la manera más sincera y espontánea posible.

No deje enunciados sin contestar, la forma de responder es cruzando con una X la letra que mejor se adecue a su respuesta en base a la siguiente escala.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

		A	B	C	D
1	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás				
2	Estoy convencido de que tengo cualidades buenas				
3	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
4	Tengo una actitud positiva hacia mi misma				
5	En general estoy satisfecho de mi misma				
6	.Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa				
7	En general , me inclino a pensar que soy una fracasada				
8	Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo				
9	Hay veces que realmente pienso que soy una inútil				
10	A veces creo que no soy buena persona				