





**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA**

**"CONSECUENCIAS SOCIOCULTURALES DEL EMBARAZO EN LA
ADOLESCENCIA EN DOS POBLACIONES INSTITUCIONALES DE
SAN LUIS POTOSI 1999 - 2000"**

Tesis que para obtener el Grado de
MAESTRA EN SALUD PUBLICA

Presenta

Lic. Enf. MA. GUADALUPE GUERRERO ROSALES.

Comité de Tesis.

**DRA. MARIA TERESA RODRIGUEZ NIETO, MCSP.
DR. HECTOR G. HERNANDEZ RODRIGUEZ, MSP.**

SAN LUIS POTOSI; S.L.P. ENERO DE 2002.



AGRADECIMIENTOS

- ❖ A mi mamá, a Francisco Javier, Annia, Jessica y Deyanira (esposo e hijas) con todo mi amor, agradezco inmensamente por su gran comprensión y apoyo que me brindaron para la culminación de la presente

- ❖ A todas las personas que directa o indirectamente contribuyeron en la realización de la misma y muy especialmente a mi maestra Maria del Pilar Pastor Durango por todo el apoyo recibido de su parte.

INDICE

	Página
Resumen	
Introducción	1
1. Planteamiento del Problema y Justificación	3
2. Objetivos e Hipótesis de trabajo	5
3. Marco Contextual	6
4. Marco Teórico	19
5. Metodología	39
6. Resultados	45
7. Discusión	72
8. Conclusiones	84
9. Recomendaciones	87
10. Bibliografía	88
Anexos	

INDICE DE TABLAS

TABLA	PAGINA
Tabla 1: Edad de ocurrencia del parto de adolescentes de dos instituciones de S.L.P, julio 1999 a junio 2000.	46
Tabla 2: Estado civil de las madres adolescentes de dos instituciones hospitalarias S.L.P, julio 1999 a junio 2000.	47
Tabla 3: Escolaridad de las madres adolescentes de dos instituciones hospitalarias S.L.P, julio 1999 a junio 2000.	48
Tabla 4: Abandono escolar de las madres adolescentes de dos instituciones hospitalarias S.L.P, julio 1999 a junio 2000.	49
Tabla 5: Matrimonio forzado de madres adolescentes de dos instituciones S.L.P, julio 1999 a junio 2000.	50
Tabla 6: Abandono de empleo de madres adolescentes de dos instituciones hospitalarias S.L.P, julio 1999 a junio 2000.	51
Tabla 7: Rechazo social de las madres adolescentes de dos instituciones hospitalarias S.L.P, julio 1999 a junio 2000.	52
Tabla 8: Práctica de PF previo al embarazo de adolescentes de dos instituciones hospitalarias S.L.P, julio 1999 a junio 2000.	54
Tabla 9: Método de PF previo al embarazo de adolescentes de dos instituciones hospitalarias S.L.P, julio 1999 a junio 2000.	54
Tabla 10: Práctica actual de PF por madres adolescentes de dos instituciones hospitalarias S.L.P, julio 1999 a junio 2000.	55
Tabla 11: Método de PF que usan las madres adolescentes de dos instituciones hospitalarias S.L.P, julio 1999 a junio 2000.	56
Tabla 12: Cambios en la dinámica familiar según estado civil Presentados en madres adolescentes de dos instituciones hospitalarias S.L.P, julio 1999 a junio 2000.	57
Tabla 13: Expectativas de paridad de madres adolescentes de dos instituciones hospitalarias S.L.P, julio 1999 a junio 2000.	58
Tabla 14: Expectativas de vida de madres adolescentes de dos instituciones de S.L.P, julio 1999 a junio 2000.	59

Tabla 15: Opinión sobre causas del embarazo en la adolescencia En relación con el número de parejas sexuales de madres adolescentes de dos instituciones hospitalarias S.L.P, julio 1999 a junio 2000.	60
Tabla 16: Opinión sobre la práctica sexual antes de los 20 años de las madres adolescentes de dos instituciones hospitalarias S.L.P, Julio 1999 a junio 2000.	61
Tabla 17: Opinión sobre el no uso de métodos de PF de adolescentes dos instituciones hospitalarias S.L.P, julio 1999 a junio 2000.	62
Tabla 18: Opinión sobre pureza-impureza ante relaciones sexuales a temprana edad de adolescentes de dos instituciones hospitalarias S.L.P, julio 1999 a junio 2000.	63
Tabla 19: Opinión sobre culpabilidad-no culpabilidad ante relaciones sexuales en la adolescencia de madres adolescentes de dos instituciones S.L.P, julio 1999 a junio 2000.	64
Tabla 20: Opinión sobre culpabilidad-no culpabilidad por la ocurrencia del embarazo de madres adolescentes de dos instituciones hospitalarias S.L.P, julio 1999 a junio 2000.	65
Tabla 21: Opinión sobre la expiación de la culpabilidad ante el nacimiento del hijo de las madres adolescentes de dos instituciones hospitalarias S.L.P, julio 1999 a junio 2000.	67
Tabla 22: Opinión sobre igualdad de crianza entre madre soltera y la que tiene un compañero, de las madres adolescentes atendidas en dos instituciones hospitalarias S.L.P, julio 1999 a junio 2000.	68
Tabla 23: Opinión sobre si la adolescente que se embaraza es víctima de su pareja, de las madres adolescentes atendidas en dos instituciones hospitalarias S.L.P, julio 1999 a junio 2000.	69
Tabla 24: Opinión sobre si la adolescente que se embaraza es víctima de su familia, de las madres adolescentes atendidas en dos instituciones hospitalarias S.L.P, julio 1999 a junio 2000.	70
Tabla 25: Autopercepción ante la maternidad, de las madres adolescentes atendidas en dos instituciones hospitalarias de S.L.P, julio 1999 a junio 2000.	71

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de variables.

Anexo 2. Criterios para medir las variables de rechazo social y cambios en la dinámica familiar.

Anexo 3. Instrumento de recolección de datos.

Anexo 4. Programa de capacitación

Anexo 5. Plan de trabajo

Anexo 6. Presupuesto.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es comparar las consecuencias socioculturales del embarazo en mujeres adolescentes atendidas en dos hospitales de San Luis Potosí.

Material y métodos: Investigación descriptiva, transversal, comparativa. La población fueron 103 adolescentes primigestas que acudieron para la resolución de su embarazo al Hospital Materno Infantil "Dr. Alberto López Hermosa" y al Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en 1999 - 2000, seleccionadas por muestreo probabilístico, estratificado y sistemático; se realizó entrevista para la aplicación de encuesta. **Resultados:** Consecuencias Sociales: el abandono escolar fue del 91.3%, el matrimonio forzado en 3 de cada 10, la dependencia económica marcada en un 81.5%, el 49.5% tiene como expectativas de paridad 2 hijos y al 40.7% le gustaría tener 3 o más hijos. Sus expectativas de vida son dedicarse al hogar (48.5%). Consecuencias Culturales: un 92.2% están de acuerdo que se debe tener sólo una pareja; opinan que la causa del embarazo es por desconocimiento de métodos de PF (47.6%) y el 38.8% no los usan por temor a que las descubran. Su autopercepción es que la maternidad les cambió la vida favorablemente (57.3%). **Conclusiones:** el embarazo en la adolescencia es un problema de Salud Pública de gran trascendencia, puesto que repercute en el desarrollo biopsicosocial, fracturando su ciclo vital personal. Las consecuencias socioculturales del embarazo en la adolescencia son esencialmente las mismas en las dos poblaciones de estudio.

Palabras clave: Adolescencia, embarazo, consecuencias socioculturales.

ABSTRACT

The objective of the present research is to compare the sociocultural consequences after a pregnancy in adolescent women served in two hospitals of S.L.P.

Material and methods: the descriptive, transversal and comparative research. The investigation was made with 103 adolescent beginner mothers that were served because of their pregnancy in the Hosp. M I "DALH" and the HGZ No. 1 of the IMSS in the period from July 1999 to June 2000. The sample was selected by probabilistic, stratificated and systematic. The data collected was made by an interview in which a test was applied.

Results: it was shown that 91.3% abandoned their studies, 3 of each 10 mothers suffered an obligatory marriage, 81.5% of them are economic dependents and the half of the sample expect to have a family integrated by two children, but a high percent of 40% would like to have three or more children. Their life expectancy are being housewife in 48.5%.

The 92% of them expressed that they want to have only a couple, that the possible reason of a pregnancy is the population's unknowledge about contraceptive methods 47.6%. Besides, 39% of them said that a young women do not use a contraceptive mehod because they are afraid their relatives know about it. Adolesents think that they got a better life when they became mothers (57.3%).

Conclusions: It is undeniable that pregnancy in adolescents period is a public health great problem with a high trascendencia. Therefore the consequences on the biopsychosocial development break their personal cycles.

Key words: adolescence, pregnancy, sociocultural consequences.

INTRODUCCION

El embarazo en la adolescencia es un problema mundial con consecuencias de salud, socioculturales y económicas tanto para la madre y su hijo, como para la sociedad. A nivel mundial, de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años, seis se convierten en madres anualmente; en México de los partos atendidos en el año de 1998, el 21.4% fueron en adolescentes, mientras que en el Estado de San Luis Potosí correspondió al 22.9%

Dado que esta etapa implica una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales que son la base para el desarrollo posterior del ser humano, se caracteriza entre otros aspectos por la búsqueda constante de experiencias, que en la esfera sexual no son la excepción, las actitudes que se adoptan en la sexualidad están condicionadas por los valores socioculturales prevalecientes en el entorno social, donde la escasa y contradictoria información que se recibe, es determinante en el inicio precoz de la actividad sexual. El ejercicio de las prácticas sexuales en los adolescentes, propicia la existencia de embarazos que, en la mayoría de las ocasiones, no son planeados ni deseados.¹ Lo cual necesariamente acarrea consecuencias socioculturales asociadas al entorno y a patrones que impiden una adecuada integración psicosocial de la madre.

Por tal motivo, las consecuencias abordadas en el presente estudio son:

Consecuencias Sociales: abandono escolar, matrimonio forzoso, rechazo social, dependencia económica, práctica de la planificación familiar, cambios en la dinámica familiar y paridad múltiple.

Consecuencias Culturales: expectativas de vida y opiniones con respecto a la vida sexual, maternidad en mujeres solteras, si fue víctima de su pareja y familia y su autopercepción ante su maternidad.

El diseño del estudio es descriptivo, transversal, comparativo. La población objeto de estudio fue de 103 adolescentes que acudieron para la resolución de su embarazo al Hospital Materno Infantil "Dr. Alberto López Hermosa y al Hospital General de Zona No.

l del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el periodo comprendido entre julio de 1999 y junio del 2000.

El propósito de esta investigación es comparar las consecuencias socioculturales que se suceden a un embarazo en mujeres adolescentes atendidas en dos instituciones del sector salud.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION

La población adolescente se ha duplicado en los últimos tres decenios en México, en 1970 se estimaba en 11.4 millones y para 1997 en 21.2 millones, lo que representa en la actualidad cerca del 25% de la población total del país²; en el estado de San Luis Potosí representa el 23.8% y aproximadamente, la mitad son mujeres; uno de los problemas actuales en este grupo de población es el embarazo.

A nivel mundial, de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años, seis se convierten en madres anualmente.³ En México, en el año de 1998, del total de partos atendidos, el 21.4% fueron de adolescentes, mientras que en el estado de San Luis Potosí correspondió al 22.9%. El embarazo es un proceso biopsicosocial de gran importancia en la vida de una mujer. En el caso de la adolescente es un evento que de no ser previa y debidamente planeado, se acompañará de consecuencias adversas a corto, mediano y largo plazo para el desarrollo integral de la adolescente y de su futura familia. Entre estas consecuencias se señala que un 50% de las madres adolescentes siguen manteniendo dependencia con la familia, el 34.7% tienen una actitud negativa sobre su embarazo y el 44% consideran que su embarazo frustró su desarrollo profesional; el 33% ve con pesimismo su vida futura y el 46% piensa que no lograrán las metas que se habían propuesto en la vida.⁴ Así mismo, el abandono escolar de las madres adolescentes, según los autores Ortega y Tapia, es de un 60%.

La madre adolescente es en cierto modo una niña que de pronto se ve arrojada al mundo adulto sin estar preparada para ello; esta nueva situación la lleva a gran cantidad de problemas, ya que la aceptación de ser madre o del matrimonio son grandes pasos para los que no está preparada; por tal motivo se siente frustrada en sus expectativas a futuro. Algunos autores llegan a afirmar que el embarazo en la adolescencia supone el inicio de un "síndrome del fracaso", ya que la adolescente suele fracasar en el logro de metas evolutivas de la adolescencia, en terminar su educación, en establecer una vocación y conseguir ser independiente.⁵

La adolescente no está preparada para ser madre ni física ni psicológicamente, en textos de obstetricia refieren la ansiedad sobre sus posibilidades de atender al recién nacido después de dejar el hospital, lo que la conduce a una depresión posparto.

Una vez que estas consecuencias se han presentado, pocas medidas de mitigación pueden brindar la respuesta social organizada. Los programas estatales diseñados para apoyar a estas jóvenes madres son incipientes, insuficientes, con escasos recursos, en ocasiones carentes de sustento teórico y dirigidos en su mayoría al apoyo psicológico de la joven madre y, aun más, su bienestar laboral y económico se encuentra todavía menos asegurado por ninguna agencia gubernamental.

La afiliación a los Servicios de Salud está determinada por la condición de empleo, ya sea por ser esposas o hijas de trabajadores que demuestren estar estudiando o por ser ellas mismas las trabajadoras, por lo tanto es población que percibe un salario constante, lo que favorece para la satisfacción de sus necesidades básicas. La población abierta no cuenta con ninguna prestación para su atención médica, como pueden ser desempleados, subempleados o empleados sin inscripción a la seguridad social.

El presente trabajo pretende aportar un avance al estado actual del conocimiento sobre el tema y a través de sus hallazgos, orientar de una manera más dirigida las acciones de las agencias.

Por lo tanto, surge la siguiente

PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Las consecuencias Socioculturales del embarazo en la adolescencia son iguales en las que están afiliadas a Seguridad Social y en las que no lo están?

2. OBJETIVOS E HIPOTESIS

2.1 Objetivo General:

Comparar las consecuencias socioculturales que se suceden en el corto plazo por un embarazo en mujeres adolescentes atendidas en dos instituciones del sector salud de San Luis Potosi; S.L.P. en el periodo de julio de 1999 a junio del 2000.

2.2 Objetivos Específicos:

- 2.2.1 Describir las diferencias entre las características Sociodemográfica de los dos grupos de población objeto de estudio en cuanto a edad, estado civil y escolaridad.
- 2.2.2 Determinar las diferencias en cuanto a consecuencias sociales en el corto plazo del embarazo en adolescentes atendidas en dos instituciones de salud.
- 2.2.3 Determinar las diferencias en las consecuencias culturales en el corto plazo de las embarazadas adolescentes atendidas en dos instituciones de salud.

2.3. HIPOTESIS DE TRABAJO O SUPUESTO DE INVESTIGACION

Las consecuencias socioculturales del embarazo en la adolescencia son iguales en las adolescentes que se atienden en el IMSS y en el Hospital Materno Infantil.

3. MARCO CONTEXTUAL

En América Latina el grupo de población adolescente, en las últimas décadas se ha incrementado importantemente, en 1980 era de 71 millones, en 1990 llegó a 86 millones y para el año 2000 habrá alrededor de 100 millones de adolescentes. Esto indica que durante el periodo 1980 - 2000 este grupo de población se incrementó a 41.6% aproximadamente. La mujer adolescente representó para el año 2000 el 19% de toda la población latinoamericana.⁶ En México, los adolescentes representan cerca del 25% de la población total, siendo la mitad mujeres. Mientras que en el estado de San Luis Potosí es muy similar, pues corresponde al 23.8% y de éste la mitad son mujeres.⁷

Este grupo de población representa algunos riesgos, dentro de los cuales se encuentra el embarazo; a nivel mundial, de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años, seis se convierten en madres anualmente, lo que asciende a un total de 22 473 600 niños de padres adolescentes al año. En América Latina 3 312 000 niños nacen cada año de madres adolescentes.⁸ Mientras que en México esta problemática del embarazo en la adolescencia se refleja al presentarse 76 534 partos (21%) de un total de 363 755 en el año 1998.⁹ En el Estado de San Luis Potosí, en ese mismo año se atendieron 5 046 partos en adolescentes, que corresponde al 22.89% del total (22 048),¹⁰ lo que indica que estamos rebasando la cifra del nivel nacional.

Ante esta problemática del embarazo en la adolescencia, existe una basta información con gran contenido biologicista como lo señala Fernández Paredes y col. quienes mencionan que en el embarazo precoz las complicaciones son derivadas de la inmadurez biológica de la madre, siendo las principales: el incremento de la mortalidad materna, mayor riesgo de anemia, toxemia, desproporción cefalopélvica relacionada con talla baja y mayor número de distocias. Además los recién nacidos presentan bajo peso al nacer, prematuréz e incremento de malformaciones.¹¹ Sin embargo pocos son los estudios relacionados con un enfoque sociocultural.

Cabe mencionar que ante esta situación se han implementado algunos programas dirigidos a la prevención del embarazo en el adolescente, mediante la promoción de la salud sexual para este grupo de población joven. Uno de estos fue elaborado por profesores del departamento de enfermería de la escuela universitaria de ciencias de la salud en Málaga, España, quienes privilegian este enfoque preventivo a través de la educación sexual y la promoción de la salud integral, haciendo énfasis en la prevención de riesgos concretos a embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, así mismo, sugieren que se brinden servicios asistenciales, pues el joven difícilmente acude a estos por lo que recomiendan que se adapten las consultas y actividades de planificación familiar principalmente, a las necesidades de la población joven.¹²

De igual manera la asociación Salud con Prevención, organización no gubernamental (ONG), con sede en Santafé de Bogotá, realiza acciones educativas y asistenciales en el área de salud sexual y reproductiva, dirigidas a los adolescentes colombianos, buscando que ellos asuman una actitud sana y responsable frente al manejo de su sexualidad. En cumplimiento de este objetivo la asociación ha liderado durante varios años programas de prevención, promoción y asistencia, cuya meta es el mejoramiento de la calidad de vida de la población adolescente, formando tanto a jóvenes como a adultos (agentes socializadores), a través de talleres vivenciales que buscan el reconocimiento de la sexualidad y de la adolescencia como ejes fundamentales del proyecto de vida humano.¹³

En este mismo sentido, en México se ha instituido oficialmente la educación sexual en la curricula de las escuelas públicas con un enfoque descriptivo en el que su principal aportación es que fomenta valores, una cultura de prevención y ayuda a prepararse para los cambios de la adolescencia en lo referente a su cuerpo, la forma de relacionarse con los demás y sus nuevas responsabilidades. Para esto se realizó una investigación sobre la opinión de los mexicanos respecto a la educación sexual con el fin de obtener más información sobre la opinión pública acerca de la educación sexual y sobre su posible institucionalización en escuelas primarias y secundarias del país, donde se obtiene el

reconocimiento y la solicitud abierta y clara de la gran mayoría de la población encuestada , para ello se llevaron a cabo cursos de capacitación para instructores.¹⁴

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

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

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

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

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

Stern comenta que las limitaciones consisten en que su normatividad preventiva no concuerda con la vocación institucional predominante prescriptiva y curativa, además de que los y las adolescentes no suelen identificar a las instituciones de salud como lugares para buscar consejería sobre sexualidad y relaciones de pareja.¹⁵

La Conferencia de Salud Integral de los Adolescentes y Jóvenes de América Latina y el Caribe, del 9 al 12 de julio de 1996, OPS Washington, aborda el tema ¿por qué debemos invertir en el adolescente?. Menciona sobre las políticas oficiales que descartaban con frecuencia a la población adolescente y solo le prestaban atención cuando sus comportamientos perturbaban a los grupos de mayor edad, pues los adolescentes sufren de pocos trastornos que amenacen su vida. Sin embargo, la adopción de algunos hábitos con consecuencias negativas para la salud a largo plazo como tabaquismo, consumo de drogas y actividad sexual sin protección contra el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y SIDA, no causa por lo general morbilidad o mortalidad durante el periodo mismo de la adolescencia, sino que sus efectos y costos se evidencian más adelante, por lo que al tomar decisiones sobre la inversión de recursos en salud, generalmente asignan escasa importancia a la población adolescente, a pesar de que después de la infancia temprana, la adolescencia es la etapa más vulnerable hasta que se llega a la vejez.

Un aspecto determinante lo constituyen los programas de ayuda al adolescente, pues la atención que recibe se centra en comportamientos problemáticos muy específicos como el

embarazo prematuro y el abuso de drogas, sin utilizar el enfoque holístico, mientras que los preventivos son relativamente raros a pesar de ser los que *deben atender las necesidades del adolescente* (educación, empleo y salud, entre otras) de manera integral y coordinada. Una manera de determinar la importancia de atender los problemas de salud del adolescente con un enfoque integral es pensar en cuáles serían las consecuencias si no se hacen esas inversiones. En América Latina y el Caribe no se han hecho hasta el presente, estudios dirigidos a la evaluación de los costos personales y sociales del comportamiento de riesgo de la juventud. Sin embargo, en los EE.UU. se han realizado varios intentos para analizar los problemas del embarazo y de la maternidad de la adolescente, de cómo completar la educación y de los problemas del delincuente juvenil. Menciona que los informes sobre costos que se ha podido reducir, por medio de intervenciones adecuadas, constituyen argumentos muy poderosos, pues se dice que los estudiantes que abandonan la secundaria cada año, costarán a la nación 260 mil millones de dólares en atención a la salud, alimentación y provisión de ingresos para familias formadas por adolescentes.

Cuando se piensa en cómo justificar las inversiones para dar servicios y mantenimiento gubernamental al adolescente, se observa la tendencia a la cuantificación de resultados y a su proyección en términos de unidades monetarias, siempre que sea posible. Por lo general se justifica al hacer las preguntas: ¿cuál es el costo de no prestar ayuda al adolescente en alto riesgo? ¿cuáles son las consecuencias si no se hace nada y el adolescente adopta comportamientos de alto riesgo? ¿son esas consecuencias tan suficientemente desastrosas para el adolescente, comunidad y sociedad que mueven a considerar seriamente la inversión de algunos cursos gubernamentales (dinero, programas, atención) a fin de prevenirlas y promover efectos positivos?

Al realizar el análisis de Costo-Beneficio y Costo-Efectividad de los servicios de adolescentes, se puede calcular el costo público de cada embarazo y estimar cual es el monto que se puede ahorrar, si ese embarazo fuera pospuesto hasta que la joven tuviera más de 20 años de edad. Si el costo del programa que ayuda a los adolescentes a evitar un

embarazo es menor o hasta igual, que el costo social para que ocurra ese parto, entonces es más eficaz, económicamente hablando.

El cálculo de los costos sociales cuando no se termina al menos la educación secundaria, son los ingresos que la persona no obtiene por su incapacidad para lograr un trabajo mejor pagado y de realizar avances significativos en su carrera. Las diferencias en el ingreso son evidentes en la etapa temprana y se incrementan con la edad, así mismo, hay más dificultad en el manejo de las finanzas personales, menos ahorro y por lo tanto más vulnerabilidad en situaciones de crisis, menor autoestima, mayor tendencia a la depresión y mayor riesgo de involucrarse en actividades poco favorables.

Por todo lo anterior, Burt afirma que es importante que los países en desarrollo (como México) inviertan en los adolescentes, tanto para prevenir las consecuencias negativas de potenciales conductas de riesgo, como para promover el crecimiento sano, la adquisición de competencias y la capacidad de participar en la sociedad del futuro. Además de mencionar que la forma más efectiva de hacer esas inversiones es pensar y actuar de forma holística, y con un enfoque preventivo y de desarrollo. Pues dice que el futuro económico de los países de América Latina y el Caribe depende del aumento proporcional de la población que esté bien educada, que sea saludable y económicamente productiva. Muchos de los jóvenes no reciben la educación suficiente que les permita acceder a las labores productivas, situación que es peor para jóvenes que viven en la pobreza urbana y para todos aquellos que viven en el sector rural. Para muchos jóvenes, el empleo es necesario para ayudar en las finanzas de la familia, pero interfiere significativamente con sus logros en educación. Así mismo la sexualidad de los adolescentes y el embarazo en esta edad son algunos de los temas importantes relacionados con la salud, al igual que los riesgos para la salud de las madres jóvenes que tienen abortos ilegales.

La justificación para invertir en el joven es que cada vez que un joven no llega a la edad adulta saludable, bien educado y capaz de responder a las necesidades de sus propios hijos, los costos resultan más elevados para gobiernos e individuos y en su mayoría, son más

elevados que los de programas cuyo objetivo es ayudar al joven a obtener los logros ya señalados

Los programas que se enfocan aisladamente a la solución de problemas no pueden cambiar la vida de los jóvenes, por lo que deben comenzar en una época temprana de la vida, trabajar varios años y considerar sus necesidades y aspiraciones en forma integral y holística, incluyendo a la familia. Los programas tienen que promover conductas positivas y ofrecer oportunidades que le permitan al joven esperar un futuro decente y que promuevan la capacidad participativa y la autodeterminación.¹⁶

Dada su trascendencia social, se ha estudiado el embarazo y la maternidad entre adolescentes latinas en Estados Unidos y se señala que en 1997 la tasa de natalidad de las latinas entre 15 y 19 años fue de 97.4 por mil o sea que fue casi el doble de la cifra nacional (52.3), uno de cada 4 de los partos de adolescentes fue de latinas y en las de origen mexicano la tasa fue más alta, de 112.4 por mil, de las cuales la mayoría dan a luz fuera del matrimonio, además reportan tasas de actividad sexual más altas que el promedio y tasas de uso de anticonceptivos más bajas.¹⁷ Lo anterior revela la trascendencia del bagaje sociocultural ante la sexualidad.

Es importante también que la adolescente embarazada reciba educación para la salud reproductiva y sexual, como lo menciona Ehrenfeld, quien evalúa los resultados de un programa educativo para adolescentes que acuden a hospitales por causas obstétricas a fin de que reciban sesiones de educación sexual y reproductiva, con énfasis en el uso adecuado de métodos anticonceptivos, con el fin de aumentar el intervalo intergenésico y de disminuir el riesgo reproductivo. Los resultados del programa permitieron incrementar en gran medida el conocimiento de diversos aspectos de salud reproductiva como la identificación del periodo preovulatorio y las enfermedades de transmisión sexual, entre otros. Por lo tanto, las jóvenes que acuden a cualquier hospital público embarazadas o con aborto merecen contar con información sobre alternativas que les permitan decidir un próximo embarazo en mejores condiciones.¹⁸

Así mismo Quint, de la Universidad de Michigan, hace mención sobre los resultados del embarazo en adolescentes: el 42% escoge la maternidad, el 40% el aborto y el 3% adopción; además de que el 13% de los embarazos terminan en aborto. En un análisis efectuado en 37 países se encontró que el índice de embarazos y abortos en EUA fue más alto que en todos los países de Europa Occidental y Canadá. Los investigadores citan el mal uso de anticonceptivos como la primera razón, aunado al índice de actividad sexual que es también similar; otros aspectos incluyen la falta continua sobre educación sexual y anticoncepción, relacionada con las experiencias reales de los grupos en estudio y las barreras a los servicios de planificación familiar. Entre los factores contribuyentes para la maternidad en adolescentes cita: la actividad sexual y la no utilización de manera adecuada de los anticonceptivos o simplemente no los usan. Maduración psicológica, donde el comportamiento de la joven está influenciado por el proceso de maduración y las etapas del desarrollo durante esta edad. Factores socioeconómicos, refiere que la pobreza es la principal influencia, pero las jóvenes de hogares de un solo progenitor y las que tienen escasa interacción con los padres están también en mayor riesgo. Así como la educación, donde además del uso de anticonceptivos, la educación sexual debe abarcar temas de motivación, comunicación, autoestima, presión de los compañeros, responsabilidad sexual, abstinencia y rechazo a peticiones sexuales.

Quint clasifica las consecuencias del embarazo en la adolescencia en:

Médicas. Se relacionan con la falta de atención prenatal, como el bajo peso al nacer, las enfermedades de transmisión sexual, y otras complicaciones como hipertensión y desproporción cefalopélvica.

Factores psicosociales: debido a que estas jóvenes tienen un mayor índice de deserción escolar: sólo el 35% de las que conciben durante la adolescencia terminan la secundaria. Un menor nivel educacional conduce a menos oportunidades de trabajo y desventajas económicas. Una adolescente que es madre tiene el doble de probabilidad (30%) de vivir en nivel de pobreza.

Embarazos repetidos: 20% de adolescentes que quedaron embarazadas conciben de nuevo un año después y 50% vuelve a ser madre a los 32 meses de su primer parto. Las

consecuencias del embarazo repetido son: mayor dependencia de la asistencia pública, promedio aumentado de deserción escolar y elevado índice de desempleo.

Los modelos de atención los centra con un enfoque preventivo en los tres niveles, primario, secundario y terciario; el primario va dirigido a los jóvenes que aún no inician su actividad sexual y tiene como objetivo evitar el embarazo, saber decir no y aceptar la responsabilidad; mientras que la prevención secundaria se dirige a la adolescente sexualmente activa y va encaminada a la prevención del embarazo y el asesoramiento de enfermedades de transmisión sexual. La prevención terciaria se refiere al manejo de adolescentes ya embarazadas, encaminado al cuidado obstétrico.¹⁹

A la luz de algunos estudios transculturales y ciertas investigaciones históricas biosociales, el largo periodo entre la menarca y la adultez marcada por el matrimonio caracteriza al ciclo de vida femenino en muchas áreas urbanas de las sociedades occidentales contemporáneas. Los padres de adolescentes involucrados en su embarazo en el medio urbano, son responsabilizados socialmente por el comportamiento de sus hijos y sus consecuencias, pero no se les ofrecen las estructuras de apoyo que serían necesarias para ello. Las mujeres de ciertas áreas en transición entre lo tradicional y lo moderno, se ven atrapadas entre el alto valor que se concede en su medio a una temprana y continua fecundidad y las presiones para completar cierto nivel educativo. En contraste existen situaciones en las que un embarazo temprano no supone ningún problema en la trayectoria de vida de los adolescentes, sino por el contrario, resulta una elección positiva que conduce al estado adulto, dada la falta de oportunidades educativas y laborales.

Se ha sugerido, que el problema de la sexualidad en la adolescencia, tal como ahora se concibe, es un reflejo de la cultura occidental que concede poco valor a la fecundidad, prolonga la adolescencia y carece de redes sociales y culturales para apoyar a una joven familia, todo lo cual se agrava para los integrantes de los grupos de menores niveles de ingreso. Así mismo, se recuerda que la Población Mexicana vivió hasta hace décadas un entorno predominantemente rural. El embarazo temprano, incluso en las últimas etapas de

la adolescencia es para la población rural un hecho habitual y en las comunidades cuya estructura tradicional no ha sido quebrada, las modalidades sociales para su manejo se encuentran claramente establecidas.

Las huellas de esta tradición no se han perdido aún completamente, como se ve en ciertos sectores de la población urbana, aunque se encuentren remodelados por las costumbres de los distintos grupos sociales. Dos evidencias de ello: las redes familiares que operan en muchos grupos populares urbanos y la persistencia de edades tempranas al primer embarazo, pese a la existencia de un programa de Planificación Familiar que ha operado por más de dos décadas con bastante eficacia.

Es posible, que en determinados ámbitos y circunstancias, el embarazo adolescente no represente necesariamente un problema social. Lo que en muchas ocasiones lo transforma en un problema médico son las desfavorables condiciones de vida de los grupos a los que pertenecen las mujeres embarazadas con la contradictoria y conflictiva posición en la que ellas y sus allegados se encuentran antes, durante y después del suceso.²⁰

El estudio de Fernández Paredes y col. (México, 1996) determinan las condiciones sociofamiliares de las mujeres embarazadas menores de 15 años de edad y las complicaciones médicas potencialmente atribuibles al embarazo precoz, con la aplicación de una encuesta a un grupo de adolescentes embarazadas y a madres adolescentes en el último trimestre del embarazo y en el puerperio inmediato, con edades de 12 a 15 años y que se embarazaron antes de 2 años postmenarca. Se incluyó a 70 madres primigestas, de las cuales el 47% vivían en unión libre, 43% eran solteras y el 10% casadas; en cuanto a la escolaridad: 60% tenían algún año de primaria, 34% algún año de secundaria y el 6% eran analfabetas; la ocupación antes del embarazo fue: 50% dedicadas al hogar, 29% acudían a la escuela y el 15% trabajaban; el 37% vivía con sus suegros, el 24% con sus padres y el 3% con otros familiares. En relación con el uso de métodos anticonceptivos el 93% no los usaron previamente; en el 71% de los casos el embarazo no fue planeado; el 31% recibieron

control prenatal insuficiente; el 74% de las madres no presentó problemas médicos y el 14% presentaron patología ginecoobstétrica.

De los 59 recién nacidos vivos, el 13% presentaron patología perinatal. Entre los hallazgos del estudio se corrobora la problemática de salud del binomio madre adolescente - hijo, que incluye tanto alteraciones físicas como trastornos psicosociales, los cuales se interrelacionan de tal manera que agravan el pronóstico integral del binomio y constituyen lo que ha sido llamado por varios autores el "Síndrome del fracaso", donde la situación de inestabilidad en la estructura familiar y económica, predispone a las consecuencias psicosociales de los hijos de padres adolescentes, como son tener una familia numerosa, desnutrición, negligencia en su cuidado y repercusiones en su desarrollo físico y psicológico. Menciona que el embarazo en la adolescencia es una manifestación de inmadurez psicosocial y de fallas sociales en la atención del adolescente.²¹

De igual manera, se realizó un estudio por Escobedo Chávez y col. (México, 1995) para ver el seguimiento de hijos de madres adolescentes durante el primer año de vida, con la finalidad de conocer el estado nutricional y el desarrollo psicomotor de 64 recién nacidos sanos, divididos en dos grupos, uno con hijos de madres adolescentes y el otro con los hijos de madres adultas. Se investigaron antecedentes maternos y perinatales, se evaluó el desarrollo psicomotor y el estado nutricio a los 6 y 12 meses de edad, sin embargo no se encontraron diferencias significativas entre madres de ambos grupos, relacionadas con estado socioeconómico, escolaridad, ocupación y estado civil. Los niños tampoco mostraron diferencias en cuanto a sexo, peso, talla y antecedentes de hipoxia, pero sí en la edad gestacional y tipo de nacimiento. Los resultados sugieren que no existe diferencia en el estado nutricio ni en el desarrollo psicomotor entre los niños de madres adolescentes y los de madres adultas durante el primer año de vida.²² Contra lo que se podría pensar que siendo una madre sin experiencia y falta de conocimientos puede no alimentar o estimular adecuadamente al niño para su buen crecimiento y desarrollo.

Tiburcio y col. (México, 1994) abordan el estudio en cuanto a embarazos en la adolescencia: la influencia de algunos atributos sociales, cuyo objetivo fue analizar y caracterizar a las mujeres con embarazos a edades tempranas de acuerdo con la asociación de variables demográficas, en comparación con mujeres que no presentaron tal condición; se contempló la edad del primer embarazo, la escolaridad, la ocupación de la mujer, el tipo de hogar, la unión, el número de embarazos y el número de hijos vivos; tales variables se analizaron comparativamente entre quienes habían tenido su embarazo antes de los 20 años y aquellas que lo tuvieron después. Los resultados obtenidos permitieron confirmar que la presencia de embarazos a edades tempranas se asocia con un nivel escolar bajo (secundaria o menos), con un limitado acceso al ámbito laboral y con una mayor probabilidad de incrementar la descendencia en un periodo de tiempo corto; el perfil característico de este grupo es contrastante con el de las mujeres que no tuvieron un embarazo en la adolescencia. Por consiguiente, considera que el embarazo precoz está asociado a condiciones de gran desventaja social, pues es más frecuente en estratos socioeconómicos pobres, donde también predomina el nivel escolar bajo, las ocupaciones no calificadas y de baja remuneración. Así mismo, una alta proporción de madres solteras, en la mayoría de las veces sin apoyo familiar y con escaso acceso a los servicios de salud. Los autores del estudio sugieren que quizá es más relevante analizar cuáles son las condiciones sociodemográficas que puede tener una mujer pocos años después del suceso.²³

Así mismo, el estudio de Ortega y Tapia (México, 1999), habla sobre el significado de la maternidad en la madre adolescente y la manera en que su condición social y de madre repercute en su desarrollo personal, situación en la que tiene que ver la familia y su medio social inmediato; se identificaron las condiciones sociales de las madres adolescentes dos años después de haber egresado con su hijo del Instituto Nacional de Perinatología (INPer) donde fue atendida; se realizó una encuesta a 67 madres adolescentes, que representó la tercera parte de las atendidas en la institución en el periodo de enero a junio de 1995. El punto central fue identificar las redes familiares y la forma como sus elementos proporcionaron apoyo a las adolescentes. Se encontró que el 25.4% (17) de las adolescentes habían contraído matrimonio, estaban en unión libre el 28.4% (19) y se mantenían solteras

el 46.2% (31). Se obtuvo que el apoyo predominante de las solteras es de la familia de origen, principalmente de la figura materna, mientras que en las parejas casadas o en unión libre, el compañero es la figura central de apoyo, pero existe una importante participación de la madre y de la suegra, pero en ambos casos hay una marcada dependencia.

Además, es notable la frecuente interrupción de los estudios de las adolescentes que se embarazan (60%), para dedicarse a las labores domésticas. Los motivos que favorecieron la continuidad de estudios, según refirieron las solteras, fueron principalmente el apoyo económico y en el cuidado y crianza de su hijo por parte de sus padres, mientras que en las casadas fue el contar con el acuerdo de su pareja y con el apoyo en el cuidado de su hijo por parte de padres y suegros; en el grupo de unión libre no se encontraron mujeres que hubiesen continuado con sus estudios, argumentando ser así su deseo. Así mismo, se encontró que las que trabajan son principalmente las solteras, las contratan como subempleadas y no cuentan con un contrato laboral formal y aún, en aquellas que se aceptan como empleadas contratadas no obtienen todos los beneficios que les otorga la ley, siendo estas condiciones laborales poco satisfactorias, dando como resultado una marcada dependencia económica y/o habitacional de los padres, o en el caso de quienes cuentan con pareja, de los suegros e incluso de otros familiares. Además concluye que, en este sentido es indiscutible que el recurso familiar es de vital importancia, por ser la coyuntura idónea donde sus miembros, sin importar su rol de género, deben compartir un conjunto de normas que rigen un comportamiento esperado, basado en repetidos actos de intercambio que reflejen su ideología, normas y creencias. Refiere que es un hecho que la maternidad en la adolescente repercute en su desarrollo, fracturando lo que se podría llamar " su ciclo vital personal" y en consecuencia afectando ciertas esferas de su vida.²⁴

4. MARCO TEORICO

La adolescencia se ha definido como el periodo de transición entre la niñez y la edad adulta, caracterizado por umbrales de desarrollo físico, mental, emocional y social. Según la OMS, es el intervalo entre los 10 y 19 años de edad, dividiéndolo en adolescencia temprana (10 a 14 años) y en adolescencia tardía (15 a 19 años). Como periodo de transición, los desafíos que afronta el adolescente común se consideran tareas del desarrollo. Estas incluyen la adaptación a los cambios fisiológicos y anatómicos relacionados con la pubertad y la integración de una madurez sexual en un modelo personal de comportamiento; el alejamiento progresivo de los padres y la familia y el establecimiento de una identidad individual, sexual y social por medio de la relación de sus compañeros; la utilización de una habilidad individual enriquecida; y el desarrollo de los potenciales para actividades ocupacionales y de esparcimiento. Sin embargo este aprendizaje se ve afectado por condiciones socioeconómicas y culturales que pueden demorar el desarrollo por falta de oportunidades. En efecto, las frustraciones causadas por la falta de alternativas para emplear en forma creativa las energías de los jóvenes podría ser el origen de muchos problemas relacionados con la adolescencia.²⁵ Uno de ellos es el embarazo en etapas tempranas, problema del cual se ocupa la Salud Reproductiva entendiéndose ésta como el derecho que tienen las parejas a ejercer su sexualidad libres del temor a un embarazo no deseado o de contraer una enfermedad; a reproducirse y regular su fecundidad y a que el embarazo, parto y puerperio transcurran en forma segura y sin complicaciones, con resultados positivos en términos de sobrevivencia y bienestar para los padres y sus hijos. En términos más amplios, la salud Reproductiva contribuye a que en el futuro los individuos tengan una buena capacidad de aprendizaje y de trabajo; puedan ejercer su derecho a participar en el desarrollo y disfruten de los beneficios sociales de la vida.²⁶

El embarazo en la adolescencia puede ser un fenómeno natural en una sociedad agrícola y un problema social en una sociedad industrializada o en desarrollo; puede ser una manifestación temprana de la capacidad reproductiva, nutriente y vital, o la manifestación

visible de trastornos en el desarrollo de la adolescente. En las sociedades urbanas las consecuencias sociales suelen ser graves.²⁷

Stern, habla sobre el embarazo como problema público con una visión crítica, donde resalta que las razones por las que el embarazo en adolescentes se ha constituido como un problema social no son como frecuentemente se aduce: su colaboración en el crecimiento desmesurado, las malas condiciones de salud y la pobreza de la población, sino el aumento de la población adolescente, la persistencia de las condiciones de pobreza de la población y la falta de oportunidades para las mujeres que tienden a conducir a la formación temprana de familias que se asocia con mayores riesgos para la salud; los cambios sociales y culturales que han llevado a modificar el contexto normativo bajo el cual se sancionan los embarazos tempranos y, por último, las condiciones adversas a las que se enfrenta un número creciente de jóvenes que difícilmente pueden hacerse cargo de una familia.

Además menciona que la sanción negativa obstaculiza el acceso a la información, la educación y la preparación para ejercer la sexualidad de una manera responsable, de tal modo que buena parte del problema estriba en cómo los adultos califican el fenómeno y como las instituciones sociales (familia, escuela, instituciones religiosas, el sector salud) lo interpretan y lo manejan.²⁸

Así mismo, el autor menciona al ubicar el embarazo adolescente en una perspectiva histórica, que contra lo que pudiera pensarse, el embarazo adolescente es cada vez menos común en México, la tasa de fecundidad de la mujer de 15 a 19 años ha disminuido significativamente, cuando menos en los últimos 15 años. Con lo anterior surge la pregunta ¿ por qué se define como un problema sólo recientemente y, de manera paradójica, cuando la tasa de fecundidad en los grupos de adolescentes está disminuyendo?

Una de las respuestas es el crecimiento de la población a nivel nacional por lo que se adopta el Programa Nacional de Población en 1974. Dicho programa contribuyó a la disminución de la fecundidad, sin embargo, tuvo menos impacto entre las adolescentes y

jóvenes, grupo que además presenta un volumen cada vez mayor de la población total. Ambos factores, la poca incidencia de las políticas gubernamentales sobre los jóvenes y su creciente proporción dentro de la población total, han ayudado a que los adolescentes contribuyan de manera desproporcionada a la fecundidad global.²⁹

Derivado de su embarazo precoz, la joven madre se enfrentará a las siguientes consecuencias:

4.1 CONSECUENCIAS SOCIALES

4.1.1 *Reprobación o rechazo social.*- Existencia, grado, expresión y familiar que ejerce el rechazo familiar ante su embarazo. La adolescente puede ser rechazada, además de por su pareja, por amigos o familiares, incluso por sus propios padres. Este rechazo le priva de una parte muy importante de sus fuentes de apoyo social, en ocasiones también económico, precisamente en el momento en que más las necesita. Por otro lado, esto hace más difícil que la chica se implique en una relación de pareja estable.

4.1.2 *Matrimonio forzado.*- Unión legal forzada ante su maternidad precoz se ven forzadas a unirse o a casarse por su maternidad. Pero al igual que el embarazo, estos matrimonios tampoco suelen ser deseados, ya que muchas veces obedecen a presiones sociales o familiares. Dado el estado de frustración y malestar psicológico que suelen tener los cónyuges, su falta de habilidades para resolver conflictos, los problemas económicos, el escaso conocimiento mutuo, y otra serie de factores, estos matrimonios acaban, tarde o temprano, fracasando. Si la pareja adolescente decide vivir independiente, tienen grandes posibilidades de tener problemas económicos, de vivir bajo el nivel de la pobreza y de acabar, incluso, dependiendo de la asistencia social.

4.1.3 *Abandono escolar.*- Suspensión definitiva escolar por su embarazo; los motivos pueden ser la presión social, la expulsión ilegal, los planes de educación formal difíciles de cumplir al tener que cuidar al hijo y por los sentimientos de vergüenza de la madre

adolescente. Las posibilidades de llegar a conseguir una buena formación se ven claramente disminuidas, ya que son mucho más frecuentes los problemas escolares y el abandono de los estudios. El menor rendimiento académico y las mayores posibilidades de abandono escolar interfieren seriamente en el proceso de formación. Todo ello puede acarrear importantes consecuencias sociales y económicas.

4.1.4 *Dependencia económica.*- Incapacidad de autosuficiencia e independencia económica. La mayoría de adolescentes tienen dificultades laborales, aún más las madres adolescentes; perciben bajas remuneraciones, son habitualmente despedidas y no tienen sistemas de protección legal. Por lo que con el embarazo se incrementa la dependencia económica sobre todo de la familia de origen. Como consecuencia de ello, muchas de estas chicas viven en hogares con reducidos ingresos, incluso por debajo del nivel de la pobreza.

4.1.5 *Práctica de la Planificación Familiar.*- Práctica de la planificación familiar por la adolescente antes y después de ser madre.

4.1.6 *Cambios en la dinámica familiar.*- Alteración de las relaciones intrafamiliares. La reacción inicial de los padres ante el embarazo de su hija adolescente solía ser negativa. De hecho, la reacción pasaba por cinco fases: rechazo, intensa confusión, esfuerzos de acomodación, solución práctica y acomodación tras el nacimiento. Los padres se ven en la necesidad de tener que cuidar de dos niños, la adolescente y su inesperado nieto. Esto motiva que se encuentren estresados emocional y, muchas veces económicamente, precisamente en el momento en el que estaban esperando que su hija se hiciera autosuficiente, lo que habría permitido cubrir una etapa importante de su papel como padres.

4.1.7 *Paridad múltiple.*- Expectativas. Las mujeres que han tenido un hijo antes de los 20 años tienen un promedio de 2 a 3 hijos más que las que pospusieron su maternidad hasta después de los 20 años. La repetición del embarazo y sus consecuencias

parecen ser mucho más graves que las de los primeros: el riesgo de mortalidad perinatal es mayor, los problemas sociales relacionados con el éxito académico, el bienestar económico, la estabilidad marital y la dependencia de los servicios sociales tienden a intensificarse.

4.2 CONSECUENCIAS CULTURALES

4.2.1 *Expectativa de vida.*- Los planes que la adolescente tiene para el futuro. Sus planes pueden verse interrumpidos debido a que debe enfrentar otras responsabilidades.

4.2.2 *Opiniones con respecto a la vida sexual, maternidad en mujeres solteras, si fue víctima de su familia y su pareja, así como su autopercepción ante su maternidad.* Opinión ante ciertos aspectos, prácticas y eventos de su cotidianeidad. La adolescente, de acuerdo a sus valores puede pensar que las relaciones sexuales son pecaminosas o peligrosas, y derivado de ello desarrollar una actitud extrema con respecto a la práctica.

La sociedad ha de pagar todos los años un alto costo por los embarazos en la adolescencia y por otros riesgos asociados con la sexualidad que podrían haberse evitado, sólo en los Estados Unidos donde la incidencia de embarazo en la adolescente es mayor que en España y que en países Europeos más ricos, se estima que el costo que cada año ocasionan los embarazos en adolescentes oscila entre 15 y 17 billones de dólares.³⁰ En México no existen programas de apoyo económico para este grupo de población y la atención prenatal y del parto no es diferencial entre madres adolescentes y adultas.

4.3 CONCEPTOS DE CULTURA Y SOCIEDAD

"Cultura" es todo complejo que incluye conocimientos, creencias, arte, moral, leyes, costumbres y cualesquiera otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de una sociedad; en otras palabras, cultura es todo lo que es socialmente aprendido y compartido por una sociedad. El individuo recibe cultura como parte de una herencia social y, a su vez, puede reformar la cultura e introducir cambios que luego forman parte de la herencia de las siguientes generaciones.

La cultura puede dividirse en *cultura material* y *cultura no material*. La cultura no material consiste en el lenguaje, las ideas, costumbres y valores que tienen, y los hábitos que siguen; mientras que la cultura material consiste en objetos manufacturados como instrumentos, muebles, edificios y automóviles.

La cultura se confunde frecuentemente con Sociedad, son conceptos diferentes pues mientras que Cultura es un sistema de normas y valores; Sociedad es un grupo humano, relativamente independiente, que se perpetúa, que ocupa un territorio, comparte una cultura y tiene la mayor parte de sus asociaciones dentro de ese grupo.³¹

4.4 ASPECTOS SOCIALES Y CULTURALES

4.4.1 *La Sociabilidad* es una necesidad que nos impulsa a vivir y a realizar cosas con otras personas. Existen unos motivos sociales que se adquieren durante el proceso de aprendizaje de las pautas básicas de la cultura, es decir, mediante la "Socialización". Los motivos sociales más significativos son los de: afiliación, poder y logro:

La *necesidad de Afiliación* tiene su base en la tendencia humana a la sociabilidad; al agruparnos obtenemos apoyo y reconocimiento.

La *necesidad de Poder* podemos explicarla como tendencia a dominar y a querer ser superior a los demás.

La *necesidad de Logro* impulsa a la persona a realizar cosas significativas, a lograr éxito, a triunfar; aquellas personas que tienen un gran logro pueden describirse como personas que luchan sin cesar para hacer mejor las cosas. Quieren superar obstáculos, pero también sentir que el éxito se debe a sus propias acciones.

Las relaciones interpersonales están basadas en la interacción social; es decir, en la relación de reciprocidad que se da en el comportamiento de dos o más personas. La interacción social permite ver a la persona como un ser en sociedad, que influye y es influido a la vez, subraya el carácter activo y con iniciativa de la persona.

Se distinguen tres componentes de las actitudes: afectivo, cognoscitivo y conativo.

- Afectivo: son los sentimientos y emociones hacia el objeto de la actitud: si nos agrada o desagrada, si nos inspira amor u odio.
- Cognoscitivo: sobre el objeto, se compone de la información que aceptamos de un objeto, un concepto o un hecho.
- Conativo: es la tendencia a actuar o reaccionar de un cierto modo respecto al objeto.

Por lo tanto las actitudes son un conjunto de sensaciones, pensamientos y acciones estrechamente relacionadas, que pueden ser favorables o desfavorables respecto a un objeto determinado.

Las actitudes se forman por la interrelación de tres factores: la información que recibimos, el grupo con el que queremos identificarnos y nuestras propias necesidades personales.

Las fuentes de información más importantes son la enseñanza (escuela) y los medios de comunicación pues tendemos a percibir y recordar principalmente los datos que están de acuerdo con nuestras actitudes, la experiencia directa y la información que proviene de los grupos que conocemos, así como el grupo de referencia o sea con el que nos identificamos.

Las actitudes se forman en el proceso de satisfacción de nuestras necesidades y su signo positivo o negativo va a depender de que se satisfagan o no. Las creencias, valores y actitudes se relacionan en cuanto a su influencia sobre la conducta.

Por tanto, mediante la Socialización adquirimos patrones de conducta que nos ayudan a interactuar con otras personas, y se puede decir que es un proceso que dura toda la vida. Se trata de aprender a comportarnos en la familia, la empresa, y ajustarnos debidamente en las relaciones con los demás. Además nos proporciona una estructura de comportamientos. Estos se dan en un entorno social, son típicos de determinadas situaciones sociales, y los encontramos definidos y prescritos por la sociedad y la cultura. A estos comportamientos se les denomina roles; por ello, el punto clave del proceso de socialización consiste en el aprendizaje de roles. Muy unido a los roles está el Status o imagen social; implica una comparación social que hace que unos reciban más o menos prestigio que otros.

Otro aspecto es la *pertenencia a un grupo*, es una de nuestras características fundamentales. Las características que definen a un grupo son: sus componentes participan en frecuentes interacciones, se definen como miembros del grupo, otras personas los consideran pertenecientes al grupo, comparten normas de interés común, participan en un sistema de roles entrelazados, se identifican unos con otros al compartir el mismo modelo, el grupo les resulta remunerador, útil y beneficioso, persiguen metas interdependientes, se perciben como un colectivo y tienden a actuar en forma unitaria. La existencia en todo grupo de un sistema de roles y otro de status significa que la conducta grupal no es aleatoria sino que se encuentra regulada por el propio grupo, el cual establece un sistema de normas.³²

En el caso de la embarazada adolescente esta pertenencia se torna fundamental en cuanto a su grupo familiar, definiéndose como familia a la entidad social constituida por un grupo de personas, unidas por vínculos afectivos, consanguíneos y/o cohabitacionales, donde tratos, transacciones, estilos de comunicación y desempeño de roles, constituye el grupo primario del ser humano, el cual tiene normas y pautas contradictorias, suponiendo para la embarazada adolescente cierta tensión y conflicto en su comportamiento individual y social. Ya que entre las funciones de la familia se encuentra la transmisión de lo Cultural - Espiritual: transmisión de afecto, cohesión, pertenencia, formación ética, escala de valores, a través de la comunicación:

Se distinguen diferentes tipos de familia

- Por los miembros que la integran puede ser:

Nuclear: formada por padres e hijos.

Extensa: es la familia nuclear más cualquier otro pariente.

Compuesta: cuando viven otra(s) familia(s) además de la familia primaria.

- Por su funcionalidad:

En la familia funcional: existe una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de una familia, que permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuos y que les proporciona el sentimiento de no estar aislados y poder contar con el apoyo de los otros miembros. Identifica sus problemas de una manera

clara, son vistos como situaciones que afectan a todos, expresan su inconformidad cuando una situación difícil llega, expresan sus sentimientos positivos o negativos de una manera libre.

Disfunción familiar: Eventos que implican transformaciones en el seno familiar; puede ser:

1. Desmembramiento: divorcio, muerte de cónyuge, salida de un miembro antes del ciclo vital.
2. Incremento: llegada a la familia de nuevos miembros.
3. Desorganización: *Embarazo en adolescente*, deterioro de relaciones familiares: comunicación, riñas, contracción económica, daños a la salud, intento suicida.
4. Desmoralización: alcoholismo, drogadicción, actos deshonorosos, prostitución.³³

4.5 ASPECTOS SOCIALES DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Un aspecto importante en los adolescentes es el logro de la "Identidad", pues quiere aclarar quién es y cuál es su papel en la Sociedad, las demandas sociales sobre lo que debe saber y hacer, junto con las oportunidades que le brinda el medio para asumir responsabilidades desarrollar sus intereses o enfrentarse a nuevas experiencias; es por esto que el adolescente está expuesto a riesgos.

Es la necesidad de independizarse de los padres; en esta búsqueda de la identidad se presenta un camino que conduce al grupo de compañeros, con quienes se sienten contentos y pueden identificarse. Los jóvenes experimentan una constante tensión entre querer alejarse de los padres y darse cuenta cuánto dependen de ellos. Sin embargo, los conflictos propios de este periodo de transición no conducen necesariamente a un rompimiento con los valores paternos o los de la sociedad. Por lo regular, padres e hijos resuelven sus conflictos a satisfacción mutua y los padres continúan ejerciendo influencia considerable en los valores básicos de los adolescentes. Cuando los conflictos familiares no pueden resolverse con facilidad, existe el riesgo de que los adolescentes tengan problemas serios.

La separación o la independencia emocional temprana de la familia u otros adultos importantes le puede causar problemas a un adolescente, los cuales se presentan como aislamiento, susceptibilidad a las influencias negativas de los compañeros como son abuso de drogas o actividad sexual prematura. No obstante, los padres no deben tratar de mantener a los hijos alejados de cualquier riesgo. El estilo de paternidad que parece proveer el equilibrio adecuado es el democrático, pues ofrece calor humano y aceptación; firmeza con respecto a las reglas, normas y valores; voluntad para escuchar, explicar y negociar, y garantía de autonomía psicológica que estimula a los niños a formar sus propias opiniones; ejercer control sobre el comportamiento de los hijos, pero no sobre el sentido del "yo". El calor humano parece fomentar el desarrollo de la autoestima y las habilidades sociales.

La relación creciente con los compañeros es una importante fuente de apoyo durante la compleja transición de la adolescencia, así como de presión para asumir comportamientos que los padres quizá no aprueben. El grupo de compañeros es una fuente de simpatía y comprensión; un lugar para experimentar y un punto de apoyo para lograr la autonomía e independizarse de los padres. También es un espacio para establecer relaciones estrechas, que son la base para la intimidad de la edad adulta. Los miembros de los grupos de adolescentes influyen y reciben influencia constante de los demás integrantes del grupo.³⁴

El éxito de este periodo produce un sentimiento de autoestimación, esencial para la normal ruptura de la dependencia de sus padres y para planear su futuro. Aprende a identificar sus habilidades sociales e intelectuales aceptando sus limitaciones. Los jóvenes pueden finalmente identificarse logrando la afirmación de sí mismos y la autoestimación.³⁵

Las teorías del desarrollo destacan la importancia de las influencias ambientales familiares y extrafamiliares en la génesis de los trastornos de la personalidad. Específicamente, se ha sugerido que diversos tipos de traumas psíquicos tempranos por ejemplo la pérdida de un padre, la separación y el abuso infantil, interfieren con el normal desarrollo de la personalidad. Estas experiencias favorecen la persistencia de mecanismos inmaduros para enfrentar situaciones y de imágenes contradictorias de sí mismo y de objeto en el mundo

interno. No obstante es difícil interpretar con confianza la información existente, porque los antecedentes genéticos y ambientales suelen estar confundidos en los niños criados en hogares más o menos indemnes.

Si los adolescentes tienden a ver las cosas como totalmente buenas o malas (disociación), también tienden a ser inapropiadamente agresivos o temerosos. En otras palabras los adolescentes inmaduros tienen dificultad para evaluar con objetividad las amenazas y los riesgos que sufren. En consecuencia, aparecen rasgos de personalidad desviada y tendencias conductuales que son maladaptativas. Según las teorías psicodinámicas, esta falla del desarrollo se puede describir en términos de deficiencia del yo y el superyo. Las primeras se manifiestan por una debilidad inespecífica del yo (falta de control del impulso y de tolerancia a la ansiedad), defectos específicos del yo como límites indefinidos entre el sí mismo y el objeto y juicio erróneo transitorio de la realidad, alternancia entre vivencias totalmente buenas o totalmente malas y alteración de la identidad. Un superyo inadecuadamente desarrollado es en general sádico o rígido en algunas áreas, pero completamente defectuoso en otras, lo que permite la expresión libre de conflictos, de impulsos y conductas inmaduras.

En contradicción con muchas teorías sociales del desarrollo de la personalidad, los estudios de gemelos y adoptados muestran que las experiencias extrafamiliares, que son únicas para cada individuo, son mucho más importantes que el ambiente familiar compartido por los hermanos en lo que concierne a influencias sobre el estilo de la personalidad de los distintos individuos. A la inversa el aprendizaje social en la familia puede incidir en el grado de éxito que pueda alcanzar un individuo en la adaptación de su estilo de personalidad a la situación existencial.³⁶

4.6 INFLUENCIAS CULTURALES EN LAS ACTITUDES Y CONDUCTA SEXUAL DE LA ADOLESCENCIA

El aprendizaje parece desempeñar un papel fundamental en la determinación de los patrones de respuesta sexual que se adoptan para satisfacer las pulsaciones sexuales. Por consiguiente existen variaciones en las actitudes y las conductas sexuales según las diversas culturas. Hay algunas generalidades muy extendidas, entre las más comunes está el tabú impuesto al incesto, pero existen también notables diferencias entre las culturas, no sólo en la cantidad y la clase de conducta sexual que son socialmente aceptados, sino también en la congruencia de las normas sexuales de la sociedad a medida que se va desarrollando la persona. La conducta familiar en lo que respecta a la actividad sexual durante la niñez, la adolescencia y hasta cierto punto, durante la edad adulta, varía desde la restricción hasta una alta permisividad.

Las actitudes sexuales en relación con los valores culturales más amplios; la clase y el momento del entrenamiento sexual que chicos y chicas reciben durante la niñez y adolescencia pueden tener gran importancia en la determinación del interés mayor o menor que lleguen a sentir por el sexo. El entrenamiento sexual determinará también que consideren el sexo como algo agradable y natural, como pecaminoso y peligroso, como extremadamente emocionante o como una manifestación de conquista agresiva.³⁷

4.7 LA SEXUALIDAD EN LOS ADOLESCENTES

La adquisición de la identidad sexual no es fácil para el adolescente, significa todo un proceso de aprendizaje, donde influyen los determinantes biológicos y las experiencias previas que el o la joven haya tenido. Lorna y Philip Sarrael incorporan los siguientes elementos:

- ❖ Una imagen corporal que es genéricamente específica y relativamente libre de distorsión.

- ❖ La habilidad de superar la culpa, vergüenza y las inhibiciones infantiles asociadas a pensamientos y conductas sexuales.
- ❖ Un corte gradual de los lazos libidinales con los padres.
- ❖ Un reconocimiento de lo que es eróticamente placentero o displacentero
- ❖ La ausencia de conflictos o confusión sobre la orientación sexual.
- ❖ Una progresiva satisfacción en la vida sexual libre de disfunciones sexuales o de compulsión.
- ❖ Una toma de conciencia progresiva de ser una persona sexual y del valor de lo sexual en la propia vida.
- ❖ La habilidad de ser responsable consigo mismo, su pareja y la sociedad (el no uso de la relación sexual).

El manejo de la sexualidad no es fácil para los adolescentes, pues *mientras su curiosidad y todos los cambios hormonales las impulsan hacia ella*, las normas culturales, religiosas y familiares las frenan y les inculcan restricción hacia su propia sexualidad y cuestionan el embarazo adolescente.

Algunos hechos socioculturales, son a su vez factores de riesgo, como por ejemplo:

- Falta de comunicación entre padre e hijos. Las familias modernas actúan cada vez menos como soportes afectivos para los jóvenes, quienes buscan refugio en sus contemporáneos (amigos).
- Cambio en los valores debido a la urbanización, a la exposición a otras culturas.
- Influencia de los medios de comunicación que son cada vez más explícitos en cuanto a relaciones sexuales.
- El adolescente cada día tiene y busca mayor libertad personal y está menos sujeto a presiones familiares y sociales.³⁸
- La doble moral que responsabiliza a la mujer de la anticoncepción a la vez que dificulta la aceptación de su sexualidad y la posibilidad de ser asertiva.
- Epoca de búsqueda de cariño y a la vez de inseguridad, labilidad emocional y timidez, lo que propicia dificultades en la comunicación.

- Idealización de la sexualidad.
- Falta de percepción de los riesgos e incluso atracción por éstos.
- Poca proyección de futuro.
- Pensamiento mágico "a mí no me pasará".
- Actitud ambivalente frente al embarazo, especialmente en las chicas, por deseo de probar su fertilidad.
- Actitud negativa ante los métodos anticonceptivos, miedo a los efectos secundarios, desconfianza de su eficacia, pérdida de la espontaneidad y romanticismo.³⁹ La carencia de interés en la escuela, familia o actividades comunitarias.
- Percibir pocas o ninguna oportunidad para el éxito.
- Vivir en comunidades o escuelas donde los embarazos tempranos son comunes y considerarlo como una norma más que como una causa para su interés.
- Crecer en condiciones empobrecidas.
- Haber sido víctima de un ataque o abuso sexual.
- Cuando sus madres a su vez han dado a luz antes de los 19 años.
- Comúnmente no se ofrece en el hogar, escuela o comunidad, educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara y específica sobre las consecuencias del intercambio sexual incluyendo el embarazo, ETS, y efectos psicosociales. Por lo tanto, gran parte de la educación sexual que los adolescentes reciben viene a través de filtros desinformados o compañeros sin formar.⁴⁰

Es así como se puede decir que los adolescente como seres biopsicosociales están influenciados por estímulos tanto internos como del entorno; por lo que en su comportamiento frente a la sexualidad, existen elementos determinantes en su conducta, que permanentemente se confrontan y se resaltan por una parte, el Medio Social y Familiar y por otro, los cambios (físicos, hormonales, emocionales, sociales, intelectuales) que están sucediendo en ellos; todos estos interactúan de tal manera, que condicionan el *rol sexual* de cada adolescente como persona y de ellos como pareja.⁴¹

Los jóvenes están iniciando más pronto sus relaciones sexuales, lo que implica que lo están haciendo sin un conocimiento básico de la sexualidad, sin tener claro un marco de normas y valores sexuales, ni una capacidad en la toma de decisiones inteligentes que no los perjudiquen a ellos ni a quienes les rodean, lo cual los expone a embarazos no deseados, entre otros problemas, y a todas las consecuencias que estos significan para su futuro.⁴²

4.8 PROBLEMÁTICA DE SALUD DE LA ADOLESCENCIA

Los problemas de salud de los adolescentes se caracterizan por una importante dimensión psicosocial y una reducida proporción de problemas orgánicos. En ese sentido la salud se convierte en un estado de equilibrio dinámico entre su organismo y el medio ambiente, y los adolescentes que adquieren poder deben creer que controlan los recursos y servicios necesarios para crecer de una forma equilibrada. Sin embargo, el hecho de que crean en su poder e inmortalidad los lleva muchas veces a olvidarse de sus limitaciones y, a veces a arriesgar la vida. Dado que la madurez física se logra mucho antes que la psicológica y cognoscitiva, la adolescencia es un periodo de gran vulnerabilidad, es así que gran parte del tratamiento y la prevención de problemas de salud en los hospitales y servicios ambulatorios guarda relación con patrones de conducta riesgosa.

Los problemas de salud de los adolescentes suelen ser muy distintos de los que surgen en otras edades. Las tasas de mortalidad y morbilidad parecen ser bastante bajas en comparación con las observadas en otras etapas de la vida. La reducción de la prevalencia de enfermedades infecciosas ha disminuido mucho la morbi-mortalidad por riesgos ambientales pero, en el último decenio, los riesgos relacionados con la conducta parecen haber adquirido mayor importancia.

La conducta que acarrea riesgos puede representar un peligro para la salud, también le da al joven la sensación de ser "adulto" y eso es esencial para su autoestima. Esa razón, el crecimiento de un adolescente debe incluir experiencias que entrañen riesgos y

experimentación, así como conocimiento, evaluación y control de los riesgos. Sin embargo, los jóvenes tienen más oportunidades de demostrar una conducta riesgosa que entrañe mayores peligros que los otros grupos de la población. Esas oportunidades guardan relación con un nuevo estilo de vida predominante en las sociedades modernas como son: tabaquismo, alcoholismo, abuso de sustancias, liberación de la mayoría de edad fijada para conducir y desatención a las reglas de tránsito.

La madurez biológica precoz y las costumbres más liberales en lo que se refiere a conducta sexual han facilitado mucho el ingreso precoz a la vida sexual activa y a causa de los tabúes sociales afines, son un importante elemento de la morbi-mortalidad relacionadas con la capacidad reproductiva (por embarazo, enfermedades de transmisión sexual, entre otras). La edad de inicio de las relaciones sexuales varía de un país a otro y de una región a otra, según los valores sociales y culturales.

Las tendencias recientes de actividad sexual son la reducción de la edad de la primera experiencia sexual, mayor el número de personas sexualmente activas y menor uso de anticonceptivos. La actividad sexual de los adolescentes es un indicador importante del embarazo precoz.⁴³

El embarazo en las adolescentes es entonces potencialmente un embarazo de riesgo elevado tanto desde el punto de vista médico como social; existiendo muchos aspectos involucrados en éste, no sólo en las complicaciones prenatales, prematuridad y mortalidad infantil, sino también en otros aspectos como es el que por lo general olvidan totalmente su educación o avanzar en su profesión. Las perspectivas para una vida familiar estable son muy dudosas cuando una adolescente embarazada se casa, ya que a menudo el matrimonio termina en divorcio (80% de los casos antes de los 5 años). Cuando tienen hijos pero no se casan, a menudo quedan atrapadas en un ciclo destructivo, consistente en la interrupción de la continuidad de la educación, en la dependencia de otros para su propio mantenimiento, en la imposibilidad de establecer una vida familiar estable y en la repetición de los embarazos.⁴⁴ El embarazo en la adolescencia se asocia a factores que abarcan: bajo nivel

socioeconómico, inestabilidad de la familia e influencia de los compañeros en la iniciación de la vida sexual activa.

Esta perspectiva sociológica explica porqué la disfunción familiar es un factor preponderante entre las familias de baja condición socioeconómica. Estas familias carecen a menudo de recursos y acceso a los servicios que ayudan a prevenir el embarazo o el control del mismo.

Existen factores que ejercen un efecto negativo en el resultado final y constituyen por lo tanto un grave problema de salud pública. Estos factores incluyen:

- Los factores técnicos mediadores.- como servicios deficientes, falta de unidades prenatales para la población adolescente, deficiencia en los programas de educación en salud para ese grupo de edad.
- Los factores mediadores socioculturales.- el estigma y la pérdida de posición social.
- Los factores mediadores económicos.- relacionados con el trabajo, como la incapacidad de ayudar al hijo adecuadamente.⁴⁵

Por lo tanto, el embarazo en la adolescencia puede tener un efecto debastador para las madres jóvenes, porque pierden la autonomía al buscar la ayuda de los padres o de otros y al cuidar al recién nacido cuando deberían ir camino a la independencia; interrumpen sus relaciones sociales porque no pueden mantenerse en la escuela, el empleo o el lugar de afiliación de los compañeros, y se demora o detiene el desarrollo personal.

Además de ser bien sabido que las complicaciones del embarazo son mayores para las madres adolescentes más jóvenes; los riesgos se agravan porque las adolescentes no suelen buscar ni recibir la atención prenatal necesaria, pues según el Informe del Comité de Expertos de la OMS, en todas las subregiones de América Latina y el Caribe, las complicaciones relacionadas con el embarazo están entre las principales causas de defunción de las jóvenes de 15 a 19 años⁴⁶.

En comparación con las mujeres sanas de entre 20 y 30 años de edad, la posibilidad de que las jóvenes mueran por parto es 5 veces mayor cuando son menores de 15 años y es dos veces mayor cuando tienen entre 15 y 19 años. Por tal motivo el primer embarazo puede retrasarse, evitando el inicio de la actividad sexual.

Así mismo es indispensable modificar la actitud individual y social ante las motivaciones para la maternidad en la juventud. Las oportunidades de educación juegan un papel crítico como alternativas para evitar la maternidad prematura. Sin embargo para aquellas adolescentes que deben dar a luz, se requiere hacer esfuerzos para conseguir una maternidad segura por medio de la mejoría, efectividad y accesibilidad a los servicios de salud.⁴⁷

Dentro del escrito "Razones y Estrategias para prevenir el embarazo en la adolescencia" se señalan las consecuencias para la madre adolescente, descritas anteriormente:

- Abandono de la escuela.
- Dificultades laborales.
- Matrimonios forzados.
- El mayor número de hijos.
- Rechazo social.
- Mayor dependencia.

- Cambio de roles en abuelos y abuelas. Asumen un papel de padres produciendo gran confusión y conflicto en las relaciones intrafamiliares, sobre todo, con los hijos de sus hijos.

- Problemas emocionales. Cuando la adolescente está embarazada se genera un sin número de pérdidas afectivas por la necesidad de asumir roles de adulta cuando aún no es tiempo de hacerlo. A las adolescentes les cuesta la tarea de ser madres, les duele dejar de ser jóvenes y lo que esto representa: perder el colegio, sus amigas, la confianza

de sus padres, no poder salir y divertirse como lo hacían antes, cambiar u olvidarse de sus ilusiones, esto genera en ellas tristeza y depresión.⁴⁸

5. METODOLOGIA

5.1 DESCRIPCIÓN DEL DISEÑO

Es un estudio Descriptivo comparativo, tipo Cross Sectional, en el que se captó el significado de una conducta surgida de un contexto natural con ausencia de manipulación de variables, se recolectaron los datos en un solo momento y se buscó la asociación no causal.

5.2 DESCRIPCION DE LA POBLACION

5.2.1 UNIVERSO: Adolescentes embarazadas que acudieron para la resolución de su embarazo al Hospital Materno Infantil "Dr. Alberto López Hermosa y al Hospital general de Zona No 1 del IMSS.

5.2.2 POBLACION: La población del estudio fueron las adolescentes primigestas que acudieron para la resolución de su embarazo al Hospital Materno Infantil "Dr. Alberto López Hermosa" y al Hospital General de Zona No 1 del IMSS, en el periodo comprendido de julio de 1999 a junio del 2000 y que vivían en el área urbana de la capital del Estado.

Se tomaron para el estudio estas dos instituciones, dado que es donde se da con mayor frecuencia el fenómeno de atención del parto en la capital; además por ser dos instituciones diferentes: El IMSS atiende solamente a población derechohabiente. El Hospital Materno Infantil, dependiente de la Secretaría de Salud, atiende a población abierta, que demanda servicios de salud porque su costo es bajo y porque no están afiliadas al sistema de seguridad social. Tomando en cuenta las anteriores características de la población atendida en ambas instituciones, se realizó el estudio para contrastar los resultados entre las mismas

5.2.3 MUESTREO: Se realizó una vez identificadas a las adolescentes que se atendieron por parto en las instituciones mencionadas durante el periodo y que reunían los criterios de inclusión.

Fue de tipo probabilístico, estratificado, sistemático, una vez identificado el marco muestral se procedió a aplicar una fórmula de tamaño de muestra de donde se obtuvo la población a encuestar que fue de 154.

$$\text{Fórmula muestral: } n = \frac{N z^2 pq}{e^2 (N-1) + z^2 pq}$$

Donde:

e = error: es el porcentaje mínimo tolerable de tener errores al seleccionar la muestra. Se tomó de 7% (0.07) dado el tiempo y falta de recursos humanos y materiales.

z = 1.96 para un nivel de confianza del 95%.

p = es la probabilidad de que ocurran consecuencias socioculturales en madres adolescentes que se atendieron en estas dos instituciones de salud $p= 0.5$

q = es la probabilidad de que no ocurran consecuencias socioculturales en la población de estudio $q= 0.5$

	N	%	n
IMSS	310	43.3	67
H M-I	406	56.7	87
Total	716	100	154

5.2.4 CRITERIOS DE INCLUSION:

- Madres adolescentes (menores de 20 años) que fueron atendidas de su parto en el IMSS y HMI
- Ser madres primigestas
- Que vivan en el área urbana de la capital

- Que se cuente con la dirección.

5.2.5 CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Ser madre adolescente de dos o más hijos.
- No vivir en la capital del Estado
- No contar con el domicilio completo.

5.3 VARIABLES Operacionalización. (Anexo 1)

5.3.1 Sociodemográficas:

- Edad de ocurrencia del parto
- Estado civil
- Escolaridad

5.3.2 Consecuencias Sociales:

- Reprobación o rechazo social
- Matrimonio forzoso
- Abandono escolar
- Dependencia económica
- Práctica de la planificación familiar
- Cambios en la dinámica familiar
- Paridad múltiple (expectativas de paridad)

5.3.3 Consecuencias Culturales:

- Expectativas de vida
- Opiniones con respecto a la vida sexual en adolescentes, maternidad en mujeres solteras, si fue víctima de su pareja y familia y su autopercepción ante su maternidad.

Los criterios para medir las variables:

Rechazo Social: de acuerdo con las respuestas de la adolescente y aplicando una tabla se calificó como rechazo al estar presente cualquiera de las opciones que se señalan de las preguntas 5, 8, 9, 10 y 11 (anexo 2)

En Cambios en la Dinámica familiar, se calificó con cambios al contestar las opciones 4 ó 5 de la pregunta 30 y de la pregunta 31 las opciones 1, 2 ó 4, (anexo 2)

En las otras variables fue con la pregunta que incluyen y la información complementaria de la misma.

5.4 DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO A UTILIZAR

5.4.1 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS (Anexo 3)

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue a través de un cuestionario constituido por las siguientes secciones:

- Características Sociodemográficas
- Consecuencias Sociales
- Consecuencias Culturales

El cual consta de 42 ítems, 3 (preguntas 22, 23, y 34) son tomados de la encuesta nacional sobre sexualidad y familia en jóvenes de educación media superior, 1998⁴⁹ y 5 ítems (preguntas: 26, 27, 28, 29 y 33). se toman de la encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995.⁵⁰ Los restantes ítems son de construcción propia. Para confirmar su validación se realizó prueba piloto previo a su aplicación.

5.4.2 TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS:

La información se obtuvo de manera directa a través del instrumento, el cual se aplicó por medio de una entrevista que se realizó con el apoyo de 3 pasantes de Enfermería en servicio social, previamente adiestradas.

Las limitantes encontradas en el levantamiento de datos fueron:

- Falta de nomenclatura de calles en algunas colonias
- Ausencia de numeración de viviendas
- Numeración discontinua
- Dispersión de viviendas
- La no localización de las señoras en la primera búsqueda, por lo que se tuvo la necesidad de regresar en varias ocasiones al domicilio.

5.4.3 PILOTAJE:

Se realizó con el 10% de la muestra en ambas instituciones, posteriormente se reestructuró el instrumento, complementando algunas preguntas y modificando algunas opciones de respuesta.

5.5 DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

5.5.1 ORGANIZACIÓN:

La población objeto de estudio, se identificó mediante la búsqueda y revisión de registros institucionales y expedientes clínicos para localizar a las madres adolescentes que reunieran los criterios de inclusión. Las limitantes encontradas fueron: registros incompletos, lo que dificultó la obtención de la información y la no localización de algunos expedientes. Posteriormente, se realizó la entrevista para la aplicación del instrumento.

Para la localización de los domicilios de las madres adolescentes, se organizaron por áreas o colonias de la ciudad, y se destinaron uno o varios días (según el numero de entrevistas a

realizar) para cada una de estas áreas, así mismo se supervisó por la investigadora que se realizara la técnica de llenado del instrumento correctamente.

5.5.2 CAPACITACION:

Previo a la recopilación de datos, se llevó a cabo la capacitación de personal que colaboró, el día 2 de abril del 2001, con un horario de 8:00 a 13:00 horas, donde se abordaron de manera general los antecedentes del estudio y sus objetivos con la finalidad de sensibilizarlas respecto a lo que es el proyecto, así mismo se les dio a conocer el correcto llenado del instrumento, además se realizaron ejercicios y se realimentó hasta que se demostró habilidad para el correcto llenado, anexo programa, (Anexo 4).

5.5.3 AUTORIZACION:

Para la realización del estudio, es importante la autorización de las Instituciones de Salud, por lo tanto la Coordinación de la Maestría se encargó de solicitarla por escrito al director del Hospital Materno Infantil "Dr Alberto López Hermosa" así como al director del Hospital General de Zona N° 1 del IMSS.

5.6 PLAN DE TRABAJO (Anexo 5)

5.7 PRESUPUESTO: (Anexo 6)

5.8 CONSIDERACIONES ETICAS:

El estudio incluyó a las madres adolescentes que además de ser seleccionadas aceptaron libremente proporcionar la información, además la comunicación entre ellas fue lo más clara posible y con respeto, sin hacer juicios a sus respuestas, se le señaló el carácter anónimo y confidencial de la información.

6. RESULTADOS

La población de estudio para esta investigación fueron las adolescentes que acudieron para la resolución de su embarazo al Hospital Materno Infantil "Dr Alberto López Hermosa" (HMI) y al Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el periodo de julio de 1999 a junio del 2000.

El tamaño de muestra calculado fué de 154 más el 10% para casos de reposición, dando un total de 170, de las cuales se encontraron 103 (66.8% de la muestra calculada), después de 281 visitas domiciliarias para su búsqueda. El 47.6% de las madres adolescentes entrevistadas correspondieron al IMSS y el 52.4% al HMI. Los motivos de no inclusión en la muestra fueron: cambios de domicilio (20.2%), el registro del domicilio no corresponde (19.7%) y no se encontraban en el domicilio (60.1%).

6.1 Características Sociodemográficas de la población de estudio

Con relación a la **Edad** de ocurrencia del parto (Tabla 1), la población de estudio tuvo un promedio de 17.4 años, con un rango entre 14 y 19 y una desviación estándar de 1.19; el 50% de las encuestadas tiene 18 años o menos, el 1%, 14 años (atendida en el IMSS) y el 21.4% entre 14 y 16 años. Esta variable tiene un comportamiento similar en ambas instituciones puesto que al aplicar la prueba de X^2 fue de 10.528 con una p de 0.06, lo cual indica es igual la edad en ambas instituciones. De acuerdo con estos resultados puede decirse que en las instituciones estudiadas se atienden mujeres embarazadas desde muy temprana edad, lo cual implica un incremento en el riesgo durante la gestación y el parto y a su vez conlleva consecuencias de carácter sociocultural, económico, psicológico y biológico.

TABLA 1
 EDAD DE OCURRENCIA DEL PARTO DE ADOLESCENTES DE DOS
 INSTITUCIONES HOSPITALARIAS SLP, JUL 1999 A JUN 2000.

EDAD	INSTITUCIÓN				TOTAL	
	IMSS		H M-I		No.	%
	No.	%	No.	%		
14	1	2.0	0	0	1	0.9
15	2	4.1	5	9.2	7	6.8
16	4	8.2	10	18.5	14	13.6
17	12	24.5	13	24.1	25	24.3
18	24	49.0	13	24.1	37	35.9
19	6	12.2	13	24.1	19	18.5
TOTAL	49	100.0	54	100.0	103	100.0

Fuente: Directa. X^2 10.528 p= 0.06

En cuanto al **Estado Civil** actual, se encontró que del total de población estudiada, el 13.6% son solteras y el 84.4% cuentan con pareja, lo cual podría ser favorable, pues les podría brindar seguridad, tanto económica como emocional, para ella y su hijo. Llama la atención que el 1.9% se encuentran separadas, teniendo en cuenta que son madres adolescentes y por lo tanto, tienen bajo su responsabilidad un hijo. En el IMSS la mayor proporción corresponde a las casadas, dado que en esta institución sólo se atiende población afiliada a la seguridad social, bien sean trabajadores o derechohabientes, siempre y cuando cumplan ciertos requisitos, como estar casado o demostrar que vive con la pareja y en el caso de los hijos, no se ofrecen los servicios relacionados con el embarazo y el parto. El porcentaje de madres adolescentes solteras y en unión libre es mínima, sin embargo, fue en esta institución donde se encontraron mujeres separadas; el orden de frecuencias es muy diferente en el HMI, allí es más alto el porcentaje de madres solteras y en unión libre. (Tabla 2) Se encontró que hay diferencia estadísticamente significativa en el estado civil de acuerdo al tipo de institución donde se atendió el parto, con una X^2 de 37.16 y una p de 0.00000004.

TABLA 2
ESTADO CIVIL DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE DOS
INSTITUCIONES HOSPITALARIAS S.L.P. JUL 1999 A JUN 2000.

Estado. Civil	IMSS		H M-I		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Casadas	42	86.0	18	33.3	60	58.3
Solteras	4	8.0	10	18.5	14	13.6
Unión libre	1	2.0	26	48.2	27	26.2
Separadas	2	4.0	0	0	2	1.9
Total	49	100.0	54	100.0	103	100.0
Fuente: Directa.	X^2 37.16		p= 0.00000004			

La **Escolaridad** más frecuentemente encontrada en la población de estudio es secundaria completa (36.9%); sin embargo, al agrupar categorías es mayor la proporción con secundaria incompleta o menos (37.9%). No se encontró ninguna adolescente con nivel de educación profesional y sólo un 1.9% cuentan con un nivel técnico, lo cual evidencia la baja escolaridad en las madres adolescentes, pero que puede explicarse parcialmente por su corta edad al momento del embarazo. Por institución, en el IMSS es mínimo el porcentaje de primaria incompleta y completa (16%) mientras que para HMI es de 31.4%, aunque no existe diferencia estadística significativa entre la escolaridad de las madres adolescentes por institución, se obtuvo una X^2 de 6.53 y una p de 0.37. (Tabla 3).

Al relacionar esta variable con ocupación, se obtuvo que de las adolescentes que cuentan con secundaria y que tienen un empleo remunerado (21.1%), el 87.5% son empleadas en el ramo de los servicios, llama la atención que la proporción de mujeres con este tipo de ocupación y menor escolaridad es igual a la proporción de quienes tienen un nivel de escolaridad superior a secundaria completa.

TABLA 3

ESCOLARIDAD DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE DOS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS SLP, JULIO 1999 A JUNIO 2000.

ESCOLARIDAD	IMSS		HMI		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Primaria Incompleta	1	2.0	4	7.4	5	4.9
Primaria Completa	7	14.3	13	24.1	20	19.4
Secundaria Incompleta	10	20.4	4	7.4	14	13.6
Secundaria Completa	17	34.7	21	38.9	38	36.9
Preparatoria Incompleta	7	14.3	6	11.1	13	12.6
Preparatoria Completa	6	12.3	5	9.3	11	10.7
Técnico	1	2.0	1	1.8	2	1.9
TOTAL	49	100.0	54	100.0	103	100.0
Fuente: Directa	X^2 6.53		p= 0.37			

6.2 Consecuencias Sociales

Con relación al **abandono escolar**, de las 103 encuestadas sólo 22.4% (23) estudiaban al momento de embarazarse y de éstas, el 91.3% (21) abandonaron sus estudios por esta causa. El motivo principal de abandono escolar fue voluntario (66.6%), seguido de problemas de salud (9.5%). El abandono, en un 42.8% de los casos ocurrió después del 5° mes de embarazo. Por institución, se encontró que en el IMSS el abandono escolar fue de 88.9% (8), similar al HMI que fue del 92.9% (13). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre abandono escolar y tipo de institución, ya que se obtuvo una Chi cuadrada de 0.95, con una $p= 0.62$; tampoco se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones de abandono escolar de las instituciones estudiadas, ya que prueba de Fisher muestra una $p = 0.86$. (Tabla 4).

Estos resultados muestran que pocas adolescentes estudiaban al embarazarse y que, una vez que se embarazaron, un alto porcentaje abandonó sus estudios voluntariamente, bien pudo

ser por falta de apoyo tanto de su pareja como de sus padres para continuar sus estudios o bien por normas de la propia escuela.

TABLA 4

ABANDONO ESCOLAR DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE DOS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS S.L.P, JUL 1999 A JUN 2000.

ABANDONO ESCOLAR	IMSS		HMI		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si Abandono	8	16.3	13	24.1	21	20.4
No Abandono	1	2.0	1	1.8	2	1.9
No Estudiaba	40	81.7	40	74.1	80	77.7
TOTAL	49	100	54	100	103	100.0
Fuente: Directa	X ² 0.95		p= 0.62			

Cabe mencionar que de la población de estudio, actualmente asisten a la escuela el 7.7% (8); por institución el comportamiento es el mismo, 4 para cada institución. Al analizar asistencia a la escuela y estado civil, se encontró que de las que estudian, el 87.5% (7) tienen pareja y sólo una es madre soltera. El comportamiento es similar por institución.

El **Matrimonio forzoso** estuvo presente en el 34% (35) de las mujeres estudiadas. Al comparar ambas instituciones, en el IMSS el matrimonio forzoso se dio en un 34.7% (17), para el HMI en un 33.3% (18); el 13.6% de las mujeres continúa soltera, con un mayor porcentaje en el HMI, (Tabla 5). Estadísticamente no hay diferencia significativa de matrimonio forzoso entre ambas instituciones ya que se obtuvo una Chi cuadrada de 2.437, con una $p = 0.30$. El intervalo de confianza en cuanto a matrimonio forzoso en la población es de 29.2% - 49.5% y como puede observarse en los resultados, ambas instituciones tienen una proporción que se encuentra dentro del mismo, se confirma entonces que no hay diferencia estadísticamente significativa. Con base en lo anterior, puede decirse que un alto porcentaje de los matrimonios en las adolescentes de este estudio, se presentaron a causa del embarazo es decir, se vieron obligadas a formar una familia, sin embargo no existe asociación entre matrimonio forzoso y tipo de institución a la que pertenecen.

TABLA 5

MATRIMONIO FORZOSO DE MADRES ADOLESCENTES DE DOS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS S.L.P. JUL 1999 A JUN 2000

UNION FORZOSA	IMSS		HMI		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
SI	17	34.7	18	33.3	35	34.0
NO	28	57.1	26	48.1	54	52.4
Sigue Soltera	4	8.2	10	18.5	14	13.6
TOTAL	49	100.0	54	100.0	103	100.0
Fuente: Directa.	χ^2 2.437 p= 0.30					

Para el IMSS, del total de las madres adolescentes que actualmente están unidas (45), el 37.8% (17) tuvieron una unión forzosa, mientras que para el HMI, la frecuencia es del 40.9% (18); sin embargo, estadísticamente no hay diferencia significativa para esta variable entre la proporción de ambas instituciones, al obtener una Chi cuadrada de 0.091 y una $p=0.76$; es decir, el matrimonio forzoso se da por igual en ambos grupos, independientemente de la institución a la que pertenezca.

En los aspectos relacionados con **Dependencia Económica**, se tiene que el 42.7% (44) de la población de estudio trabajaba al embarazarse y de éstas, el 95.4% (42) lo abandonaron. El motivo del abandono fue voluntario en un 68.1%, y por problemas de salud un 15.9%. Por institución, el 38.8% (19) de las madres del IMSS y el 42.5% (23) del HMI abandonaron el empleo por el embarazo, sin obtener diferencia estadísticamente significativa, dado que la Chi cuadrada es de 2.296 y la $p = 0.32$. (Tabla 6)

TABLA 6

ABANDONO DE EMPLEO DE MADRES ADOLESCENTES DE
DOS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS S.L.P. JUL 1999 A JUN 2000.

ABANDONO DEL EMPLEO	IMSS		HMI		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
SI	19	38.8	23	42.6	42	40.8
NO	2	4.1	0	0	2	1.9
NO TRABAJABA	28	57.1	31	57.4	59	57.3
TOTAL	49	100.0	54	100.0	103	100.0
Fuente: Directa	X^2 2.296 p= 0.32					

En el IMSS, de las 21 que trabajaban, el 90.5% (19) abandonaron el empleo; mientras que en el HMI el 100% (23) de las que trabajaban lo abandonó. No hay diferencia estadística significativa, en la prueba de Fisher, se obtuvo una $p=0.22$, es decir, el abandono del empleo es similar en ambas instituciones. Este abandono pudo ser ocasionado por las exigencias del empleador y de las empresas que no admiten mujeres embarazadas.

Actualmente cuentan con empleo remunerado el 17.4% (18) de las madres estudiadas: 16.3% (8) del IMSS y 18.5% (10) del HMI. No existe diferencia estadísticamente significativa, al calcular una Chi cuadrada = 0.086; con una $p = 0.77$; en otras palabras, el empleo remunerado en madres adolescentes se da por igual en ambas instituciones. De las adolescentes que cuentan con empleo, el 72.2% (13) se desempeñan como empleadas. El 77.8% (14) perciben un sueldo mensual de 1 a 2 salarios mínimos y para el 22.2% (4), su sueldo es menor de 1 salario mínimo. El comportamiento es similar por institución.

En cuanto a quien cubre los gastos de sostenimiento, tanto de la madre como del hijo, se encontró que en un 72.8% (75) es la pareja y en un 8.7% (9) los padres, reflejándose así la dependencia económica de estas adolescentes. Se observa que aunque la pareja o sus padres la sostienen económicamente, el 10.6% busca empleo pero tiene dificultades para conseguirlo. Por institución, se observa que de las atendidas en el HMI hay una mayor proporción de quienes tienen dificultad para conseguir empleo 12.9% (7), lo que coincide con su bajo nivel de escolaridad; mientras que en el IMSS, esta proporción es del 8.1% (4).

No existiendo diferencia estadísticamente significativa en las adolescentes con dificultad para conseguir empleo por institución con una chi cuadrada de 0.61 y una p de 0.433.

El **Rechazo Social** por el embarazo se presentó en un 21.3% (22) de las adolescentes estudiadas y por institución fue de un 40.9% (9) en el grupo del IMSS y de un 59.1% (13) en el del HMI. No existe diferencia estadística significativa, con Chi cuadrada de 0.498, $p= 0.48$; en otras palabras, el rechazo social se da por igual en adolescentes que son atendidas en ambas instituciones. (Tabla 7) El intervalo de confianza del 95% para rechazo social en la población es entre 13.5% y 29.2%, según los resultados obtenidos, ambas instituciones se encuentran dentro del mismo (IMSS: 18.4% y HMI: 24.1%), confirmándose que no hay diferencia estadísticamente significativa.

De las mujeres que percibieron rechazo social, el 100% fue a nivel familiar y de éste el 61.9% provino del padre. En el 95% de las adolescentes, la expresión de rechazo fue indiferencia y agresión verbal y a un 5% (1) la corrieron de la casa. Por institución, la diferencia notable es que fue en el grupo del HM donde se encontró a quien corrieron de la casa.

TABLA 7

RECHAZO SOCIAL DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE DOS INSTITUCIONES HOPITALARIAS S.L.P, JUL 1999 A JUN 2000.

RECHAZO SOCIAL	IMSS		HMI		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
SI	9	18.4	13	24.1	22	21.3
NO	40	81.6	41	75.9	81	78.7
TOTAL	49	100.0	54	100.0	103	100.0

Fuente: Directa. X^2 0.498 $p= 0.48$

El rechazo social a nivel familiar puede deberse a la no aceptación del embarazo, pues los padres buscan que sus hijas logren su desarrollo integral para que puedan enfrentar su vida futura.

TABLA 8

PRACTICA DE PF PREVIO AL EMBARAZO DE ADOLESCENTES DE DOS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS S.L.P. JUL 1999 A JUN 2000.

USO DE METODOS DE PLANIF. FAM.	IMSS		HMI		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
SI	4	8.1	7	12.9	11	10.7
NO	45	91.9	47	87.1	92	89.3
TOTAL	49	100.0	54	100.0	103	100.0
Fuente: Directa.	X^2 0.620 p= 0.43					

Como se observa en la Tabla 9, del total de adolescentes que usaron un método de PF, el mayor porcentaje (54.5%) fueron anticonceptivos hormonales, siendo mayor la proporción en el HMI (el 71.4%). Llama la atención que el 50% de las mujeres atendidas en el IMSS utilizaron el método del ritmo y el 14.3% de las del MHI utilizaron el DIU. Existe diferencia estadísticamente significativa entre el método anticonceptivo que emplearon las adolescentes por institución, dado que la $p < 0.001$, KS (Kolmogorov Smirnov), con una diferencia máxima = 0.4643.

TABLA 9

METODO DE PF PREVIO AL EMBARAZO DE ADOLESCENTES DE DOS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS S.L.P. JUL 1999 A JUN 2000.

Método de PF	IMSS		H M-I		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Hormonales	1	25	5	71.4	6	54.5
Preservativo	1	25	1	14.3	2	18.2
Ritmo	2	50	0	0	2	18.2
DIU	0	0	1	14.3	1	9.1
Total	4	100.0	7	100.0	11	100.0
Fuente: Directa	KS: diferencia máxima = 0.4643 p< 0.001					

Los resultados anteriores indican que es mínima la población de estudio que utilizó algún método de PF previo al embarazo, o utilizó métodos poco seguros, bien pudiera ser que la adolescente piensa que a ella no le va a pasar, o no tiene una información suficiente sobre los métodos de PF, o tiene dificultad para evaluar con objetividad las amenazas y los riesgos de sus acciones, característica frecuente en esta etapa de la adolescencia, en este caso el riesgo al embarazo.

Actualmente el 64% (66) de las mujeres encuestadas son usuarias de algún Método de PF, el 48.5% son del IMSS, y el 51.5% del HMI y las proporciones con respecto al uso de métodos antes del embarazo, sigue siendo más alta en el HMI. Es importante el porcentaje que no hace uso de algún método de PF corriendo el riesgo de un nuevo embarazo en corto tiempo. No se encontró diferencia estadística significativa entre el uso actual de métodos y la institución a la que pertenece la adolescente, la Chi cuadrada es de 0.0613, con una $p = 0.80$; es decir, la PF se practica por igual en ambas instituciones, tal como se aprecia en la Tabla 10.

TABLA 10

PRACTICA ACTUAL DE PF POR MADRES ADOLESCENTES DE DOS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS S.L.P. JUL 1999 A JUN 2000.

PRACTICA PF	IMSS		HMI		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
SI	32	65.3	34	63.0	66	64.0
NO	17	34.7	20	37.0	37	36.0
TOTAL	49	100.0	54	100.0	103	100.0
Fuente: Directa.	X^2 0.0613 $p=0.80$					

En este momento el método de planificación familiar que utilizan principalmente es el DIU en un 60.6%, seguido de Hormonales en un 27.3%. Al compararlas por institución, las del IMSS usan más frecuentemente el DIU (78.1%), mientras que en HMI es similar la proporción del DIU y los hormonales. Existe diferencia estadísticamente significativa entre

el método de PF empleado actualmente por las adolescentes según la institución, dado que la $p = <0.05$ y la prueba de Kolmogorof Smirnov – KS arrojó una diferencia máxima = 0.340. (Tabla 11).

TABLA. 11
METODO DE P F QUE USAN LAS MADRES ADOLESCENTES DE DOS
INSTITUCIONES HOSPITALARIAS DE S.L.P, JUL 1999 A JUN 2000.

Método de PF	IMSS		HMI		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
DIU	25	78.1	15	44.1	40	60.6
Hormonales	4	12.5	14	41.2	18	27.3
Preservativo	2	6.3	2	5.9	4	6.0
Ritmo	1	3.1	0	0	1	1.5
Otros	0	0	3	8.8	3	4.6
Total	32	100.0	34	100.0	66	100.0

Fuente: Directa KS: diferencia máxima = 0.340 $p = <0.05$

En cuanto a la **Dinámica Familiar** se estudiaron las relaciones familiares y la actitud de la familia ante las actividades de la adolescente por fuera de la casa, encontrando que las relaciones con los miembros de su familia son entre buenas y muy buenas para un 70.9% de la población de estudio; continúan igual que antes para un 27.1% y son malas para un 1.9%. Con relación a la actitud de la familia y/o pareja ante sus salidas fuera de la casa, un 50.4% (52) mencionó que la dejan salir poco, un 11.6% puede salir igual que antes y un 35.9% manifiesta que puede salir las veces que ella quiera. En resumen puede decirse que un 53.4% de las adolescentes estudiadas presentaron **Cambios en la Dinámica familiar**; de éstas, el 43.6% pertenecen al IMSS y el 56.4% al HMI. Los cambios referidos podrían deberse a que los padres o la pareja pierden confianza en ellas y aparece el temor de que se embarace nuevamente, sobre todo en las madres solteras (Tabla 12). No existe diferencia estadísticamente significativa de cambios en la dinámica familiar según institución, dado que la chi cuadrada es de 0.733 y $p = 0.39$; es decir, los cambios en la dinámica familiar se dan por igual en adolescentes de ambas instituciones.

TABLA 12

CAMBIOS EN LA DINAMICA FAMILIAR SEGUN ESTADO CIVIL PRESENTADOS EN MADRES ADOLESCENTES DE DOS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS S.L.P, JUL 1999 A JUN 2000.

Estado civil	Cambios en la dinámica familiar según institución											
	IMSS				HMI				TOTAL			
	Si		No		Si		No		Si		No	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Casada	18	42.9	24	57.1	7	38.9	11	61.1	25	41.7	35	58.3
Unión libre	1	100.0	0	0	16	59.3	11	40.7	17	60.7	11	39.3
Soltera	3	75.0	1	25.0	8	88.9	1	11.1	11	84.6	2	15.4
Separada	2	100.0	0	0	0	0	0	0	2	100	0	0
Total	24	49.0	25	51.0	31	57.4	23	42.6	55	53.4	48	46.6

Fuente: Directa X^2 7.87 $p=0.00502$

Continuando con el análisis de los cambios en la dinámica familiar según estado civil, se encontró que la mayor proporción de las adolescentes solteras, en unión libre o separadas presentaron cambios en su dinámica familiar, sin embargo, también es alto el porcentaje de las casadas (41.7%), que sufrieron este tipo de cambios. De lo anterior, se cree que estos cambios se presentan, principalmente, en las adolescentes que no tienen pareja estable, se encontró asociación estadísticamente significativa entre estado civil y cambios en la dinámica familiar, dado que chi cuadrada es de 7.87 y $p = 0.00502$ y un OR de 0.31, es decir los cambios en la dinámica familiar se presentan 0.31 veces más en las adolescentes que no tienen una pareja estable que los que si la tienen.

En relación a las **Expectativas de Paridad** de las adolescentes estudiadas, al 49.5% (51) les gustaría tener 2 hijos y a un 40.7% (42), 3 o más hijos. Sin embargo, al compararlas por institución, para las adolescentes del IMSS un 44.9%(22) prefiere más de 3 hijos mientras que para las del HMI este porcentaje es de sólo un 37% (20). (Tabla 13). No existe diferencia estadísticamente significativa por institución, dado que $p = > 0.10$, (K S: diferencia máxima 0.1689), es decir, las expectativas de paridad son las mismas para adolescentes de ambas instituciones. Esta alta proporción de madres adolescentes que les

gustaría tener más de tres hijos, está posiblemente explicada porque el 85.4% de ellas cuentan con pareja, quien además cubre los gastos en un 72.8% de los casos.

Al comparar las expectativas de paridad con el método de PF que utiliza, se tiene que del total de las adolescentes que usan el DIU, a un 47.5% les gustaría tener 2 hijos; llama la atención que a una proporción similar (48.6%) de las que no planifican también les gustaría tener 2 hijos, en general puede decirse que las expectativas de paridad son similares en las que planifican y en las que no planifican, sin embargo, se sabe que el no planificar incrementa la probabilidad de un embarazo no deseado.

TABLA 13

EXPECTATIVAS DE PARIDAD DE MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN DOS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS S.L.P., JUL 1999 A JUN 2000

EXPECTATIVAS DE No. DE HIJOS	IMSS		HMI		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
1	1	2.0	5	9.3	6	5.8
2	23	46.9	28	51.9	51	49.5
3	14	28.6	18	33.3	32	31.1
MAS DE 3	8	16.4	2	3.7	10	9.7
NO LO HA PENSADO	3	6.1	1	1.8	4	3.9
TOTAL	49	100.0	54	100.0	103	100.0

Fuente: Directa. KS: diferencia máxima 0.1689, $p = > 0.10$

6.3 Consecuencias Culturales

En cuanto a las **Expectativas de Vida** de las madres adolescentes estudiadas, el 48.5% (50) pretenden dedicarse solamente al hogar y el porcentaje restante piensan estudiar, trabajar o ambas, indicando en una proporción importante, que no tienen la iniciativa para lograr su desarrollo integral y mejorar sus condiciones de vida y las de su hijo. Por institución los resultados son similares, para las del IMSS el 46.9% (23), para las del HMI el 50% pretenden dedicarse solamente al hogar; no se encontró diferencia estadísticamente

significativa, con una $p > 0.10$, (KS: Diferencia máxima 0.0571); es decir, las expectativas de vida son las mismas para las adolescentes estudiadas en ambas instituciones. (Tabla 14).

Al analizar las expectativas de vida con escolaridad, se obtuvo que de las adolescentes que cuentan con secundaria completa, el 44.7% pretende dedicarse al hogar y un 31.5% piensa trabajar; las adolescentes con una escolaridad menor, tienen como expectativa de vida dedicarse solamente al hogar (61.5%), esto podría explicarse porque cuando el nivel escolar es bajo, no se tienen muchas oportunidades de incursionar en el medio laboral.

TABLA 14

EXPECTATIVAS DE VIDA DE MADRES ADOLESCENTES DE DOS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS S.L.P. JUL 1999 A JUN 2000.

EXPECTATIVA	IMSS		HMI		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Atender El Hogar	23	46.9	27	50.0	50	48.5
Estudiar	1	2.0	2	3.7	3	2.9
Trabajar	16	32.7	12	22.2	28	27.2
Trabajar y Estudiar	9	18.4	13	24.1	22	21.4
TOTAL	49	100.0	54	100.0	103	100.0

Fuente: Directa KS: diferencia máxima 0.0571 $p = > 0.10$

Los resultados en cuanto a las **opiniones** sobre la vida sexual, maternidad en mujeres solteras y si fue víctima de su pareja y su familia y autopercepción ante la maternidad, se presentan a continuación.

Por lo que se refiere a la vida sexual y tal como aparece en la siguiente tabla, la opinión de la mayoría de las adolescentes sobre el número de parejas sexuales, es que debe tener sólo una, un 5.9% (6) opina que ninguna, mientras que un 1.9% (2) dice que más de una. Las respuestas por institución son similares, sin embargo, en las del IMSS se encuentra el mayor porcentaje de las opinan que con nadie (8.2%), mientras que en el HMI se encuentra el total de las que opinan que con más de una pareja. No existiendo diferencia

estadísticamente significativa entre las instituciones a las que acudió la madre y el número de parejas sexuales ($p = 0.8867$).

TABLA 15

OPINION SOBRE CAUSAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN RELACION CON EL NUMERO DE PAREJAS SEXUALES DE MADRES ADOLESCENTES DE DOS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS S.L.P. JUL 1999 A JUN 2000.

OPINIÓN SOBRE CAUSAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	NUMERO DE PAREJAS SEXUALES						TOTAL	
	0		1		Más de una		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Desconoce MPF	3	6.1	44	89.8	2	4.1	49	47.6
Deseo de salir de casa	0	0	12	100.0	0	0	12	11.6
Realizarse como mujer	1	4.5	21	95.5	0	0	22	21.4
Deseo de atrapar al novio	0	0	1	100.0	0	0	1	1.0
Concretización del amor	2	11.8	15	88.2	0	0	17	16.5
Demostrar capacidad sexual	0	0	2	100.0	0	0	2	1.9
TOTAL	6	5.9	95	92.2	2	1.9	103	100.0

Fuente: Directa

En lo que se refiere a la opinión sobre la causa posible del embarazo en una adolescente, el mayor porcentaje consideran que puede ser la falta de conocimiento sobre métodos de PF; llama la atención que el 89.8% de las que tuvieron esta opinión, también manifiestan que una mujer adolescente sólo debería tener relaciones sexuales con una pareja. Se resalta el alto porcentaje (37.9%) que atribuye el embarazo a causas que pueden considerarse románticas (realizarse como mujer y concretización del amor) y el 12.6% que busca resolver sus problemas familiares con el embarazo (salir de casa y atrapar al novio). El comportamiento por institución es similar, dando una X^2 de 1.12 y una p de 0.2903.

La opinión de las madres adolescentes sobre la práctica activa de relaciones sexuales antes de los 20 años, el 71.8% no la califican como un problema, ya que el 57.3% la relacionan

con el amor (es la concretización del amor o es una prueba de amor) y el 14.5% expresan que las mujeres somos iguales que los hombres. Por institución el comportamiento es similar, es decir no hay diferencia estadísticamente significativa entre las instituciones a las que acudió la madre y la práctica activa de relaciones sexuales antes de los 20 años (p de 0.978), sólo que para las del HMI un 11.1% comenta que está de moda tener relaciones sexuales a esta edad, mientras que sólo un 4.0% de las del IMSS opinan lo mismo. (Tabla 16).

TABLA 16

OPINION SOBRE LA PRACTICA SEXUAL ANTES DE LOS 20 AÑOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE DOS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS S.L.P., JUL 1999 A JUN 2000.

PRACTICA SEXUAL ANTES DE LOS 20 AÑOS	IMSS		HMI		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Es concretización del amor	19	38.8	20	37.0	39	37.9
Es prueba de amor	9	18.4	11	20.4	20	19.4
Somos igual que los hombres	8	16.4	7	13.0	15	14.6
Esta de moda	2	4.0	6	11.1	8	7.8
No pasa nada	2	4.0	3	5.5	5	4.8
No contestó	9	18.4	7	13.0	16	15.5
TOTAL	49	100.0	54	100.0	103	100.0
Fuente: Directa.	X^2 ; $P= 0.978$					

El 38.8% (40) de las madres adolescentes estudiadas opinan que las adolescentes no usan métodos de PF por temor a que las descubran; por desconocimiento, el 23.3% (24) y porque no tienen acceso a ellos, el 20.3% (21). El comportamiento por institución es similar, no existe diferencia estadísticamente significativa dado que $p = 0.6933$, sin embargo, para las del IMSS el 24.5% (12) opinan que no usan algún método de PF por no tener acceso a ellos y las del HMI opinan lo mismo en un 16.6% (9). Lo que está mostrando que las adolescentes no piensan en la posibilidad de quedar embarazadas y mucho menos en que deben utilizar un método de PF. (Tabla 17).

Así mismo, al cruzar las variables estado civil y la opinión sobre porqué las adolescentes no usan métodos de PF, el 38% de las madres que son casadas opinan que las adolescentes no los usan por temor a que las descubran; las solteras dan esta misma opinión en un 46.1%, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y el no uso de métodos de PF con un X^2 de 2.56 y una p de 0.109.

TABLA 17

OPINION SOBRE EL NO USO DE METODOS DE PF DE ADOLESCENTES DE DOS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS DE S.L.P, JUL 1999 A JUN 2000.

NO USO DE PF POR LAS ADOLESCENTES	IMSS		HMI		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Por temor a que las descubran	17	34.7	23	42.6	40	38.8
No conocerlos	12	24.5	12	22.2	24	23.3
No acceso	12	24.5	9	16.7	21	20.4
La pareja no la deja	6	12.2	8	14.8	14	13.6
Religión lo prohíbe	2	4.1	2	3.7	4	3.9
TOTAL	49	100.0	54	100.0	103	100.0
Fuente: Directa.	X^2 ; P= 0.6933					

Al interrogar a las madres adolescentes acerca de la vida sexual activa a temprana edad y su opinión sobre la "Pureza o impureza" de las mujeres adolescentes que la practican, el mayor porcentaje (58.2%) considera que existe algún un grado de impureza y el 12.6% manifestó que no sabe. El comportamiento en ambas instituciones es similar y no se encontró diferencia estadísticamente significativa sobre pureza - impureza ante relaciones sexuales a temprana edad entre las dos instituciones de estudio, con una X^2 de 0.34 y una p de 0.5620; predominando las que no saben en el HMI con un 16.6% (9). (Tabla 18).

TABLA 18
OPINION SOBRE PUREZA-IMPUREZA ANTE RELACIONES SEXUALES A
TEMPRANA EDAD DE ADOLESCENTES DE DOS INSTITUCIONES
HOSPITALARIAS S.L.P, JUL 1999 A JUN 2000.

PUREZA-IMPUREZA ANTE RELACIONES SEXUALES A TEMPRANA EDAD	IMSS		HMI		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Total Pureza	15	30.6	15	27.8	30	29.1
Total Impureza	10	20.4	10	18.5	20	19.4
Parcial pureza/impureza	20	40.8	20	37.0	40	38.8
No sabe	4	8.2	9	16.7	13	12.6
TOTAL	49	100.0	54	100.0	103	100.0

Fuente: Directa. X^2 0.34 $p=$ 0.5620

El 37.9% de las madres encuestadas aprueban parcialmente que existe Culpabilidad por práctica sexual durante la adolescencia; sin embargo, un 7.8% opinan que no saben. Por institución las proporciones son similares, 38.8% para el IMSS y 37.0% para las del HMI. No existiendo diferencia estadísticamente significativa entre la culpabilidad por prácticas sexuales en la adolescencia y la institución donde se atendieron las adolescentes, con una X^2 de 3.90 y una p de 0.483 (no se considera por su aproximación al 0.05). Situación que refleja, en la mayoría, culpabilidad por haber iniciado la vida sexual a temprana edad. (Tabla 19).

Así mismo, al relacionar esta variable con escolaridad, se encontró que de las adolescentes que cuentan con secundaria completa el 34.2% (13) opinan pureza total en las adolescentes que han tenido relaciones sexuales a temprana edad, sin embargo de las que cuentan con secundaria incompleta o menos, en un 23.0% (15) opinan impureza total.

TABLA 19
OPINIÓN SOBRE CULPABILIDAD-NO CULPABILIDAD ANTE RELACIONES SEXUALES
EN LA ADOLESCENCIA DE MADRES ADOLESCENTES DE DOS INSTITUCIONES DE
SL.P. JUL 1999 A JUN 2000.

APROBACIÓN DE CULPABILIDAD ANTE RELACIONES SEXUALES EN LA ADOLESCENCIA	IMSS		HMI		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Aprobación Total	8	16.3	18	33.3	26	25.2
Aprobación Parcial	19	38.8	20	37.0	39	37.9
Desaprobación Total	17	34.7	13	24.0	30	29.1
No sabe	5	10.2	3	5.6	8	7.8
TOTAL	49	100.0	54	100.0	103	100.0

Fuente: Directa.

χ^2 3.90 p= 0.483

Al analizar pureza/impureza y culpabilidad/no culpabilidad por práctica sexual durante la adolescencia, se encontró que el 36.7% de las adolescentes que opinan que son totalmente puras, además manifiestan sentirse culpables por tener relaciones sexuales a temprana edad; situación contradictoria, pues no es posible que refieran sentirse puras pero a la vez se sientan culpables; sin embargo, de las que refieren total impureza, un 45.0% no se sienten culpables. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre pureza y culpabilidad por práctica sexual durante la adolescencia ($p = 0.2938$).

Al cruzar las variables edad y culpabilidad en adolescentes que han tenido relaciones sexuales a temprana edad, el 16% de las madres adolescentes de 18 y 19 años aprueban total culpabilidad, mientras que esta cifra se incrementa al 43.6% en las madres menores de 18 años. Llama la atención que ninguna de las madres de 14 y 15 años manifiestan total culpabilidad. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad y el sentirse culpable por tener relaciones sexuales en la adolescencia, con una χ^2 de 5.42, una p de 0.01994 y un OR de 2.9; es decir, el riesgo de sentir total culpabilidad es 2.96 veces mayor en las madres menores de 18 años que en las de 18 años y más. Además, al cruzar esta variable con escolaridad, de las adolescentes que cuentan con secundaria completa o

más, un 20.3% (13) manifiestan aprobación de total culpabilidad y un porcentaje superior (33.3%) en quienes tienen secundaria incompleta o menos; sin embargo, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre escolaridad y sentirse totalmente culpable ($p=0.14$).

Con relación a la opinión sobre Maternidad en mujeres solteras, se cuestionó sentimiento de "Culpabilidad/no culpabilidad" por la ocurrencia de un embarazo durante la adolescencia, el 23.3% (24) aprueba total culpabilidad, un 40.8% (42) está en total desacuerdo de culpabilidad y un 3.9% (4) no sabe. Se destaca que a pesar que todas las encuestadas son madres adolescentes, un alto porcentaje niegan sentirse culpables por su embarazo. Por institución, para las del IMSS, un 20.4% (10) aprueban total culpabilidad y para las del HMI, un 25.9% (14); no existe diferencia estadísticamente significativa entre el sentimiento de culpabilidad por la ocurrencia del embarazo y la institución donde se atendieron las adolescentes, dado que chi cuadrada es de 0.43 con una p de 0.510, como se observa en la siguiente tabla:

TABLA 20
OPINION SOBRE CULPABILIDAD-NO CULPABILIDAD POR LA OCURRENCIA DEL
EMBARAZO DE MADRES ADOLESCENTES DE DOS INSTITUCIONES DE S.L.P, JUL 1999
A JUN 2000.

APROBACION DE CULPABILIDAD POR LA OCURRENCIA DEL EMBARAZO	IMSS		HMI		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Aprobación total	10	20.4	14	25.9	24	23.3
Aprobación parcial	13	26.5	20	37.1	33	32.0
Desaprobación total	24	49.0	18	33.3	42	40.8
No sabe	2	4.1	2	3.7	4	3.9
TOTAL	49	100.0	54	100.0	103	100.0

Fuente: Directa. X^2 0.43 $p=0.510$

Sin embargo, al realizar el cruce de variables de las opiniones de las adolescentes sobre culpabilidad por el inicio de relaciones sexuales y culpabilidad por ocurrencia de embarazo en la adolescencia, 54.2% de las que expresan total culpabilidad al tener relaciones sexuales

a temprana edad, además, aprueban que la adolescente que queda embarazada debería sentirse totalmente culpable, con lo cual se sugiere que a esta edad aún no están preparadas psicológicamente para asumir la responsabilidad por sus acciones (tener relaciones a temprana edad) y las consecuencias que de ellas se derivan (ser madres adolescentes).

En cuanto a culpabilidad por estar embarazada y estado civil actual, de las madres adolescentes casadas, el 15% (9) refiere total culpabilidad, mientras que de las que están en unión libre o solteras, esta proporción es del 34.1%. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre estado civil y sentirse culpable por el embarazo, con una X^2 de 5.49 y una p de 0.019.

En cuanto a la opinión de la joven madre sobre la expiación de la culpabilidad de la ocurrencia de un embarazo durante la adolescencia ante el nacimiento del hijo, el 23.3%(52) aprueban totalmente que el nacimiento del hijo las libera de culpas, un 33.0% (34) desaprueban totalmente y sólo un 3.9% (4) considera que aumenta su culpabilidad. Lo que podría indicar que el hecho de atender y satisfacer las necesidades del hijo, elimina la culpabilidad. Por institución, para las del IMSS, un 18.4% (9) aprueban que el nacimiento del hijo las libera de culpas, mientras que en el HMI este porcentaje es del 27.8% (15). No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las instituciones a las que acudió la madre y la aprobación de liberación de culpa por el nacimiento de su hijo ($p=0.261$). (Tabla 21).

TABLA 21
OPINION SOBRE LA EXPIACION DE LA CULPABILIDAD ANTE EL NACIMIENTO DEL
HIJO DE LAS MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN DOS INSTITUCIONES
HOSPITALARIAS DE S.L.P. JUL 1999 A JUN2000.

EL NACIMIENTO DEL HIJO DE ADOLESCENTE LA LIBERA DE CULPAS	IMSS		HMI		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Aprobación total	9	18.4	15	27.8	24	23.3
Aprobación parcial	17	34.7	20	37.0	37	35.9
Desaprobación total	20	40.8	14	25.9	34	33.0
Aumenta culpabilidad	1	2.0	3	5.6	4	3.9
No sabe	2	4.1	2	3.7	4	3.9
TOTAL	49	100.0	54	100.0	103	100.0

Fuente: Directa. X^2 ; $p=0.261$

Al cruzar las variables liberación de culpa y cambios en la dinámica familiar, de las madres adolescentes que sufrieron cambios en la dinámica familiar, el 20% aprueban que el nacimiento del hijo las libera de culpas y en cuanto las relaciones familiares, de las adolescentes que refieren buenas y muy buenas relaciones familiares, el 19.2% aprueban totalmente esta liberación, las dos madres que tienen malas relaciones familiares, opinan que el nacimiento de su hijo no las liberó de culpa. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre relaciones familiares y liberación de culpa ante el nacimiento del hijo ($p = 0.124$).

De igual manera se indagó la opinión de las madres adolescentes sobre la igualdad de crianza del hijo entre la madre sola y la que tiene un compañero; se obtuvo que el 44.7% (46) de las adolescentes aprueban totalmente que una mujer sola puede criar a su hijo igual que si tuviera un compañero y un 1.9% no sabe. El comportamiento por institución es similar y no se encontró diferencia estadísticamente significativa de la aprobación total de igual crianza con o sin compañero, entre las dos instituciones de estudio ($p = 0.456$), tal como se aprecia en la Tabla 22, lo que posiblemente indica es que una vez que la

adolescente tiene un hijo, acepta esta situación y lucha por salir adelante con su hijo con o sin el apoyo del padre.

TABLA 22

OPINION SOBRE LA IGUALDAD DE CRIANZA ENTRE MADRE SOLTERA Y LA QUE TIENE UN COMPAÑERO, DE LAS MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN DOS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS DE S.L.P. JUL 1999 A JUN 2000

IGUALDAD DE CRIANZA ENTRE MADRE SOLTERA Y TENER COMPAÑERO	IMSS		HMI		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Aprobación total	20	40.8	26	48.2	46	44.7
Aprobación parcial	14	28.6	14	25.9	28	27.2
Desaprobación total	14	28.6	13	24.1	27	26.2
No sabe	1	2.0	1	1.8	2	1.9
TOTAL	49	100.0	54	100.0	103	100.0

Fuente: Directa. X^2 , $p=0.456$

Al cruzar esta variable con el estado civil actual de las madres adolescentes, de las casadas o en unión libre, el 45.4% aprueban totalmente que una mujer sola puede criar a su hijo igual que si tuviera un compañero; de las solteras o separadas, el 40% tienen la misma opinión. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre estado civil y opinión acerca de la igualdad de crianza del hijo cuando se tiene o no compañero ($p=0.695$).

Se exploró sobre la autopercepción de la adolescente que se embaraza de haber sido víctima de su pareja, un 58.2% (60) opinan que no es víctima de su pareja, un 9.7% manifiesta completa aprobación de que si es víctima de su pareja; un 3.9% (4) no sabe. Por institución el comportamiento es similar y no hay evidencia estadísticamente significativa de las diferencias por institución ($p=0.311$), ver Tabla 23.

Al relacionar esta variable con la causa del embarazo en la adolescencia se encontró que de las adolescentes que opinan aprobación total de ser víctimas de su pareja, el 40% refiere

que el embarazo en la adolescencia puede ser por falta de conocimientos sobre métodos de PF, el mismo porcentaje opina que por el deseo de salir de casa.

TABLA 23

OPINION SOBRE SI LA ADOLESCENTE QUE SE EMBARAZA ES VICTIMA DE SU PAREJA, DE LAS MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN DOS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS DE S.L.P. JUL 1999 A JUN 2000.

ADOLESCENTE QUE SE EMBARAZA ES VÍCTIMA DE SU PAREJA	IMSS		HMI		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Aprobación total	4	8.2	6	11.1	10	9.7
Aprobación parcial	16	32.6	13	24.1	29	28.2
Desaprobación total	26	53.1	34	63.0	60	58.2
No sabe	3	6.1	1	1.8	4	3.9
TOTAL	49	100.0	54	100.0	103	100.0

Fuente: Directa. X² p= 0.311

Al cruzar esta variable con las relaciones familiares, se encontró que las que manifiestan tener buenas y muy buenas relaciones con su familia, el 8.2 % expresa que es víctima de su pareja. De las que refieren malas relaciones familiares, el 100% (2) afirma ser totalmente víctima de su pareja.

Así mismo, se indagó la autopercepción de la adolescente que se embaraza por ser víctima de su familia, un 5.8% (6) opina que está totalmente de acuerdo en que sí es víctima y un 4.9% (5) no saben. Por institución el comportamiento es estadísticamente similar (p = 0.473). (Tabla 24).

TABLA 24

OPINION SOBRE SI LA ADOLESCENTE QUE SE EMBARAZA ES VICTIMA DE SU FAMILIA, DE LAS MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN DOS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS DE S.L.P. JUL 1999 A JUN 2000.

ADOLESCENTE QUE SE EMBARAZA ES VICTIMA DE SU FAMILIA	IMSS		HMI		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Aprobación total	2	4.1	4	7.4	6	5.8
Aprobación parcial	15	30.6	13	24.1	28	27.2
Desaprobación total	29	59.2	35	64.8	64	62.1
No sabe	3	6.1	2	3.7	5	4.9
TOTAL	49	100.0	54	100.0	103	100.0

Fuente: Directa. X^2 ; $p=0.473$

De las madres adolescentes que refieren que quien se embaraza no es víctima de su familia, en un 76.6% sus relaciones con la familia son buenas y muy buenas, que es la situación esperada pues indicaría que el embarazo no se dio por presión familiar negativa.

Finalmente, se indaga la autopercepción ante su maternidad, refiriendo en un 57.3%(59) que ahora que son madres les cambió la vida favorablemente; llama la atención que sólo un 1.9% (2) refiere que no está preparada en este momento para ser madre. Por institución el comportamiento es estadísticamente similar ($p = 0.711$). Tabla 25.

TABLA 25

AUTOPERCEPCION ANTE LA MATERNIDAD DE LAS MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN DOS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS DE S.L.P. JUL 1999 A JUN 2000.

AUTOPERCEPCION ANTE SU MATERNIDAD	IMSS		HMI		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Cambio de vida favorable	29	59.2	30	55.6	59	57.3
Tiene más obligaciones	12	24.5	17	31.5	29	28.2
Realización como mujer	3	6.1	4	7.4	7	6.8
Igual que antes	3	6.1	2	3.7	5	4.9
No está preparada	1	2.0	1	1.8	2	1.9
Cambio la vida desfavorable	1	2.0	0	0	1	0.9
TOTAL	49	100.0	54	100.0	103	100.0

Fuente: Directa. χ^2 ; $p=0.711$

Un 72.9% de las madres adolescentes a quienes les cambió la vida favorablemente ahora que son madres, sus relaciones familiares son entre buenas y muy buenas, siendo lo esperado, pues se cree que reciben apoyo de su familia ante cualquier situación. Sin embargo, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el cambio favorable y las muy buenas y buenas relaciones familiares ($p = 0.605$).

7. DISCUSION

De acuerdo con la clasificación de la OMS, la adolescencia se divide en dos periodos: adolescencia temprana de los 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años. En este estudio se encontró que la edad de ocurrencia del parto fue en un 99% en la adolescencia tardía, lo cual guarda relación con hallazgos de otros estudios que muestran que a nivel mundial anualmente el 6% de las adolescentes entre 15 y 19 años se convierten en madres⁸ y con el estudio de Bureau realizado en USA (1997), cuya tasa de natalidad en las mujeres latinas entre 15 y 19 años fue de 97.4 por mil nacidos vivos, siendo más alta en las madres de origen mexicano (112.4 por mil).

Dentro de las consecuencias en el corto plazo que se pueden presentar en estas madres adolescentes y que son las que aborda el presente estudio, se destacan el abandono escolar, el rechazo social, la dependencia económica, el matrimonio forzado, la paridad múltiple, los cambios en la dinámica familiar, la práctica de planificación familiar, los cambios en sus expectativas de vida y las opiniones con respecto a la vida sexual, maternidad en mujeres solteras, si fue víctima de su familia y su pareja y su autopercepción ante su maternidad; dado que están en edad de formación biológica y educativa, de maduración psicológica como es el logro de la identidad e independencia de sus padres, no tienen independencia económica ni experiencia en un arte u oficio y algunas son solteras.

El **Estado Civil** de las madres adolescentes estudiadas muestra que la mayoría cuenta con pareja (84.4%), principalmente en el IMSS, situación que puede ser resultado de la influencia de los principios de la familia que tiene entre sus funciones la transmisión de afecto, pertenencia, formación ética y escala de valores, a través de la comunicación³³; o también en respuesta a una familia disfuncional.

Es importante hacer mención que Ortega y Tapia²⁴ consideran que en el matrimonio o en la unión libre, la pareja es la figura central de apoyo, mientras que en las solteras son los padres quienes cumplen esta función; sin embargo, en ambos casos hay una marcada dependencia en los diferentes aspectos. En la investigación realizada en el Instituto Nacional de Perinatología, de México D.F (1995), de 67 adolescentes estudiadas, el 46.2%

eran solteras al nacimiento de su hijo, el 25.4% casadas y el 28.4% en unión libre, resultados similares a los de Fernández P y col²¹, quienes estudiaron adolescentes menores de 15 años de la ciudad de México (1993) y encontraron que el 47% vivían en unión libre, el 43% eran solteras y el 10% casadas. Estos hallazgos muestran altos porcentajes de madres solteras a diferencia de los encontrados en la presente investigación, posiblemente porque el grupo de edad estudiado abarcó a todas las madres adolescentes menores de 20 años, ya que a menor edad mayor proporción de solteras; también puede explicarse por las diferencias culturales entre la población adolescente de una gran ciudad, con alta densidad poblacional, amplia proporción de urbanismo y diferentes costumbres, valores y principios, a diferencia de las adolescentes potosinas, residentes en una ciudad pequeña, con mayor tradición en estos aspectos.

La **Escolaridad** de la población de estudio muestra que el 36.9% cuentan con secundaria completa; resultado similar al obtenido por Quint¹⁹ en EUA (1996), donde menciona que sólo el 35% de las jóvenes que conciben durante la adolescencia terminan la secundaria; que bien podría deberse a la falta de apoyo para continuar sus estudios o bien a las nuevas responsabilidades que la imposibilitan para continuar estudiando. El estudio de Fernández P²¹, México 1993, encontró una escolaridad más baja en las adolescentes, puesto que un 60% sólo tenía algún año de primaria, el 34% algún año de secundaria y el 6% eran analfabetas, resultados más altos que los encontrados en la presente investigación, posiblemente explicado por la diferencia de edades entre los grupos de estudio.

Así mismo Burt,¹⁶ Washington (1998), menciona que cuando no se termina al menos la educación secundaria, son menores los ingresos que la persona obtiene debido a su incapacidad para lograr un trabajo mejor remunerado. Además, Tiburcio y col²³ México DF (1994), confirman que la presencia de embarazos a edades tempranas se asocia a un nivel escolar bajo (secundaria o menos), con un limitado acceso al ambiente laboral; lo que coincide con los resultados obtenidos en este estudio ya que el mayor porcentaje de empleadas son madres adolescentes que cuentan con secundaria completa.

Por otro lado, las expectativas de vida de las madres adolescentes que cuentan con secundaria completa (cerca de la mitad) son dedicarse al hogar solamente, mientras que un porcentaje menor piensa trabajar, resultados similares en las adolescentes que cuentan con secundaria o menos, mientras que las adolescentes que cuentan con un poco más de escolaridad la mitad de ellas piensa dedicarse al hogar y las otras piensan trabajar. Lo cual está mostrando su bajo interés por prepararse en su mayoría como para que puedan alcanzar un mejor nivel de vida aún en las adolescentes que cuentan con pareja.

Consecuencias Sociales

El **Abandono Escolar** se dio en un 91.3%; por institución, no existe diferencia estadística significativa, es decir las adolescentes que se atienden en el IMSS o en el HMI, abandonan por igual el estudio; a diferencia de la investigación de Ortega y Tapia²⁴, con una prevalencia de abandono escolar de un 60%, aunque debe tenerse en cuenta que estos autores realizaron su trabajo en México DF, ciudad con mayores oportunidades para continuar estudiando y con mayor aceptación social hacia las madres adolescentes; sin embargo, la proporción encontrada en dicha ciudad también es elevada; puede decirse entonces que, de acuerdo con los resultados de este estudio, el abandono escolar es más grave en las adolescentes atendidas en las 2 instituciones de San Luis Potosí que lo reportado en ciudad de México, tal vez porque aunque la mayoría de las adolescentes cuentan con pareja, no han encontrado en ella el apoyo para continuar con sus estudios o bien por el compromiso de cumplir con todas sus nuevas responsabilidades de madre, lo que puede ocasionar que sus proyectos de vida se trunquen y se limite su desarrollo psicosocial.

Por otra parte, Romney (1997)⁴⁴ refiere que el embarazo en la adolescencia es potencialmente de riesgo elevado desde el punto de vista tanto médico como social, existiendo muchos aspectos involucrados en éste, no sólo en cuanto a complicaciones biológicas (prenatales, prematuridad y mortalidad infantil), sino también con otras consecuencias, tales como olvidar totalmente su educación formal o avanzar en su

profesión; esta opinión se confirma con los resultados del presente estudio, pues del total de la población estudiada sólo asisten actualmente a la escuela el 7.7%.

En lo que se refiere al **Matrimonio forzoso**, se dio en un 34% de las adolescentes estudiadas, o sea que más de 3 de cada 10 adolescentes se unieron a la fuerza, sin que estadísticamente haya diferencia significativa entre poblaciones de ambas instituciones. Las adolescentes se ven forzadas a unirse o casarse por su maternidad, aunque estas uniones no sean permanentes, pues tienen tres veces más probabilidades de divorciarse o separarse que las uniones tardías.⁴⁸

Como menciona Papalia, México (1997),³⁴ un aspecto importante en la adolescencia es el logro de la "identidad"; es decir, las demandas sociales sobre lo que debe saber y hacer, junto con las oportunidades que le brinda el medio para asumir responsabilidades, desarrollar sus intereses o enfrentarse a nuevas experiencias; por esto, la adolescente está expuesta a riesgos, aunado a la necesidad de independizarse de los padres; en esta búsqueda de la identidad se presenta un camino que la conduce al grupo de compañeros positiva o negativamente. Sin embargo, la separación o independencia emocional temprana de la familia le puede causar problemas a la adolescente como la actividad sexual prematura y su consecuencia: los embarazos no planeados ni deseados y la necesidad posterior de unirse por presiones sociales, sin estar seguras de ello.

Es importante destacar que las perspectivas para una vida familiar estable son muy dudosas cuando una adolescente embarazada se casa, ya que algunos autores reportan que el matrimonio termina en divorcio antes de los 5 años en el 80% de los casos. También mencionan que cuando tienen hijos pero no se casan, a menudo quedan atrapadas en un ciclo destructivo consistente en la interrupción de la continuidad de la educación, la dependencia de otros para su propio mantenimiento, la imposibilidad de establecer una vida familiar estable y la repetición de los embarazos.⁴⁴ Por lo anterior, es indispensable modificar la actitud individual y social ante las motivaciones para la maternidad en la

juventud y brindar oportunidades de educación, ya que ésta juega un papel crítico como alternativa para evitar la gestación prematura.⁴⁷

Es importante mencionar que Martínez Salgado²⁰, México 1996, refiere que el embarazo temprano, incluso en las últimas etapas de la adolescencia es un hecho habitual para la población rural y las comunidades cuya estructura tradicional no ha sido quebrada o donde las huellas de esta tradición no se han perdido completamente, como se ve en ciertos sectores de la población urbana, en los cuales a pesar de que se encuentran remodelados por las costumbres de los distintos grupos sociales, existe la persistencia de edades tempranas al primer embarazo, pese a la existencia de un programa de Planificación Familiar que ha operado por más de dos décadas con bastante eficacia.

Respecto a la **Dependencia económica**, se encontró que en un 72.8% de los casos, la pareja es quien cubre los gastos, en un 8.7% sus padres, lo que muestra que la población de estudio, en su mayoría, es dependiente económicamente, esto puede estar aunado a la baja escolaridad y por consiguiente a la dificultad para integrarse al sistema laboral y como consecuencia podría encontrarse un incremento en el nivel de pobreza; tal como aparece en el estudio de Quint¹⁹, donde menciona que una adolescente que es madre tiene el doble de probabilidad de vivir en nivel de pobreza, dado que en su mayoría son dependientes económicamente.

Así mismo, Ortega y Tapia²⁴ refieren que las adolescentes que trabajan las contratan como subempleadas, no cuentan con contrato laboral formal y aún en aquellas que se aceptan como empleadas contratadas, no obtienen todos los beneficios que les otorga la ley, siendo estas condiciones laborales poco satisfactorias y dando como resultado una marcada dependencia económica, similar a los hallazgos del presente estudio, pues sólo el 17.4% cuentan actualmente con empleo remunerado y éste se da por igual en adolescentes de ambas instituciones, de las cuales el 77.7% se desempeñan como empleadas, perciben un sueldo mensual de 1 a 2 salarios mínimos, que resulta insuficiente para satisfacer todas las necesidades básicas de ella y su hijo, sobre todo si no tienen otro apoyo económico.

De las adolescentes estudiadas, el 21.3% (22) sufrieron alguna forma **Rechazo Social**, 40.9% (9) del IMSS y 59.1% (13) del HMI, aunque estadísticamente, el rechazo social se da por igual en adolescentes que son atendidas en ambas instituciones, lo cual podría indicar que la cultura de esta población se basa en que la mujer debe formar un hogar pero no a edad temprana, cuando debería estar preparándose para enfrentar las situaciones de la vida adulta. Sin embargo, es importante mencionar que Martínez Salgado²⁰ refiere que las mujeres de ciertas áreas en transición entre lo tradicional y lo moderno, se ven atrapadas entre el alto valor que se concede en su medio a una temprana y continua fecundidad y las presiones para completar cierto nivel educativo. En contraste, existen situaciones en las que un embarazo temprano no supone ningún problema en la trayectoria de la vida de las adolescentes, sino que por el contrario, resulta una elección positiva que conduce al estado adulto, dada la falta de oportunidades educativas y laborales.

En lo que respecta a la **Práctica de métodos de Planificación Familiar**, sólo el 10.7% de las madres adolescentes emplearon algún método **antes del embarazo**, no existiendo diferencia estadística significativa entre las que usaron algún método de PF en ambas instituciones, resultado similar al reportado por Fernández P.²¹ donde de las adolescentes estudiadas, sólo el 7% usó algún método anticonceptivo previo al embarazo, lo que muestra que la mayoría de las adolescentes no usan un método de PF y se pudiera incrementar el riesgo de un embarazo, ya que por su inmadurez psicológica, el manejo de su sexualidad no es fácil y mientras su curiosidad y todos los cambios hormonales las impulsan hacia ella, las normas culturales, religiosas y familiares las frenan y les inculcan restricción hacia su propia sexualidad y cuestionan el embarazo adolescente⁴⁰. El método que usaron con mayor frecuencia fueron los hormonales, en un 54.5%, encontrando diferencia estadísticamente significativa entre el método que emplearon las adolescentes por institución. Quint¹⁹ en su estudio señala el mal uso de anticonceptivos como la primera razón de embarazo en adolescentes; aunado al índice de actividad sexual, además de la falta continua de educación sobre sexualidad y anticoncepción y las barreras a estos servicios.

A pesar de que se han implementado algunos programas dirigidos a la prevención del embarazo mediante la promoción de la salud sexual para este grupo de población joven, sigue siendo un problema de Salud Pública. Fernández Amores y col, España (1998)¹² proponen una estrategia de promoción de la salud integral para este grupo poblacional, con énfasis en la prevención de riesgos concretos a embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual; así mismo, sugieren que se brinden mejores servicios asistenciales, adaptando las consultas y actividades de PF, principalmente. Pick, México, (1994)¹⁴ menciona que en México se ha instituido oficialmente la educación sexual en la currícula de las escuelas públicas en la que su principal aportación es que fomenta valores, favorece una cultura de la prevención y ayuda a prepararse para los cambios anatomofisiológicos, para relacionarse con los demás y para asumir nuevas responsabilidades. Este proyecto es muy acertado, sin embargo, la situación actual del embarazo en la adolescencia está reflejando que aún no ha tenido el impacto esperado, bien pudiera ser porque no existe en las instituciones el personal capacitado para brindar los contenidos de manera integral, pues son abordados por el mismo personal docente; o bien porque no se incluyen los contenidos dentro del plan de estudios.

Por tratarse de un problema de Salud Pública, la prevención del embarazo temprano ha sido adoptada como una función prioritaria de las instituciones del Sector Salud en los últimos años, a través del programa de Atención de la Salud Integral y Reproductiva para Adolescentes que coordina la Secretaría de Salud; sin embargo, tampoco se ha logrado el impacto deseado, posiblemente porque el programa no es llevado a cabo adecuadamente o bien por falta de recursos para su mejor implementación. Ante esta situación, Stern²⁸ (1997), menciona que la sanción negativa obstaculiza el acceso a la información, la educación y la preparación para ejercer la sexualidad de una manera responsable, de modo que buena parte del problema estriba en como los adultos califican el fenómeno y en la forma como las instituciones sociales lo interpretan y manejan (familia, escuelas, sector salud, instituciones religiosas).

Sin embargo, **actualmente son usuarias de algún método de PF**, el 64% (66) de las madres adolescentes, no existiendo diferencia estadística significativa entre instituciones. El método usado con mayor frecuencia en las del IMSS es el DIU en un 78.1%, mientras que en HMI son similares las proporciones entre el DIU (44.1%) y los hormonales (41.2%); además, existe diferencia estadística significativa en el método de PF empleado por las adolescentes de ambas instituciones. A pesar de que se incrementó notablemente la proporción de usuarias de PF posterior al primer embarazo, es considerable el porcentaje (36%) que no hace uso de algún método, pues corren el riesgo de un nuevo embarazo en el corto tiempo. Con relación a lo anterior, Ehrenfeld, México (1994)¹⁸, evaluó los resultados de un programa educativo para adolescentes que acuden a hospitales por causas obstétricas a fin de que reciban sesiones de educación sexual y reproductiva, haciendo énfasis en el uso adecuado de métodos anticonceptivos, con el fin de aumentar el intervalo intergenésico y disminuir el riesgo reproductivo. Los resultados del programa permitieron incrementar en gran medida el conocimiento de los aspectos antes mencionados sobre salud reproductiva. La realización de este tipo de programas, es importante en todo hospital para que la adolescente que acude a la resolución de su embarazo cuente con información que le permita decidir un próximo embarazo en mejores condiciones.

En relación a la **Dinámica Familiar** de las adolescentes estudiadas, en más de la mitad (53%) se presentaron cambios y, estadísticamente, los cambios se dan por igual en adolescentes de ambas instituciones, lo que podría explicarse porque la familia espera ver realizadas en todos los aspectos a sus hijas; sin embargo por la presencia de un embarazo a esta edad, se modifica todo lo planeado. Al respecto, Ortega y Tapia²⁴ mencionan que es indiscutible que el recurso familiar es de vital importancia, por ser la coyuntura idónea donde sus miembros, deben compartir un conjunto de normas que rigen el comportamiento esperado, basado en repetidos actos de intercambio que reflejen su ideología, normas y creencias, que al no darse, generan alteraciones en dichas relaciones familiares.

Acerca de las **Expectativas de Paridad** de estas madres adolescentes, al 49.5% les gustaría tener sólo 2 hijos, aunque no es despreciable el porcentaje de las que les gustaría

tener de 3 hijos o más (40.7%); estas expectativas son las mismas para las adolescentes de ambas instituciones, lo que podría explicarse porque la mayoría cuentan con pareja y tal vez sientan seguridad en su relación o su pareja espera tener un mayor número de hijos. La preferencia por tener más de tres hijos puede limitar aún más el mejoramiento de sus condiciones socioeconómicas y por lo tanto sus aspiraciones personales, prolongando la dependencia. Los resultados obtenidos coinciden con lo que mencionan algunos autores: las mujeres que han tenido un hijo antes de los 20 años, tienen de 2 a 3 hijos más que las que pospusieron la maternidad hasta después de los 20 años⁴⁸.

Stern, México (1994)²⁹, afirma que el Programa Nacional de Población en 1974, contribuyó a la disminución de la fecundidad; sin embargo, tuvo menos impacto entre las adolescentes y jóvenes, grupo que además representa una proporción cada vez mayor de la población total. Ambos factores, la poca incidencia de las políticas gubernamentales sobre los jóvenes y su creciente proporción dentro de la población total, han contribuido de manera desproporcionada a la fecundidad global, lo cual se confirma con las expectativas de paridad de estas madres adolescentes.

Entre las **Expectativas de Vida** de esta población de estudio, un 48.5% pretende dedicarse solamente a atender el hogar y el porcentaje restante piensan estudiar, trabajar o ambas; estas expectativas son las mismas en ambas instituciones. El alto porcentaje de madres adolescentes que sólo piensan dedicarse al hogar, podría explicarse por la falta de apoyo de la pareja, por su bajo nivel de escolaridad, situación que les limita el acceso a un empleo o bien por el bajo nivel económico, que les impide continuar en el sistema educativo. Con respecto a esta variable, no se encontraron reportes de investigaciones que permitieran hacer comparaciones.

En cuanto a las opiniones sobre la vida sexual, la maternidad en mujeres solteras y las relaciones con su pareja y la familia, el 92.2% opina que las relaciones sexuales se deben tener sólo con una pareja, lo que es una percepción favorable puesto que si tienen varias parejas podrían contraer enfermedades de transmisión sexual o bien, tienen otros embarazos

que podrían ser no deseados. Así mismo, el 47.6% manifiestan que el embarazo en la adolescencia pudo haber sido consecuencia de la falta de conocimiento sobre métodos de Planificación familiar, un alto porcentaje (37.9) lo atribuye a causas románticas (realizarse como mujer y concretización del amor) y el 12.6% busca resolver sus problemas familiares con el embarazo, lo cual demuestra la inmadurez con la que actúan, pues no son responsables en sus actos y mucho menos podrían pensar en sus repercusiones. Lo cual podría relacionarse con la percepción sobre el inicio de la vida sexual activa antes de los 20 años y del matrimonio, pues un 37.9% consideran que las relaciones sexuales en estos casos no son problema porque son una concretización del amor o son una prueba del mismo para el 19.4% y en menor porcentaje opinan que porque las mujeres somos igual que los hombres, porque está de moda y porque no pasa nada. Además, opinan que no usan métodos de PF principalmente por temor a que las descubran (38.8%), por desconocimiento de los mismos y porque no tienen acceso a ellos y un alto porcentaje (58.2%) expresan que existe algún grado de impureza en las adolescentes que han tenido relaciones sexuales a temprana edad. Así mismo, un porcentaje importante (37.9%) aprueban parcialmente que existe culpabilidad en la adolescente que ha tenido relaciones sexuales a temprana edad. Estas opiniones podrían deberse a su nivel socioeconómico y de escolaridad, lo que les limita tener una visión más favorable para su propio bienestar, sin embargo, no se encontraron reportes de estudios que exploraran estas variables, con el fin de comparar los resultados de la presente investigación.

Según la OMS/OPS, los jóvenes están iniciando más pronto sus relaciones sexuales, lo que implica que lo están haciendo sin un conocimiento básico de la sexualidad, sin tener claro un marco de normas y valores sexuales, ni una capacidad en la toma de decisiones inteligentes que no los perjudiquen a ellos ni a quienes les rodean, lo cual los expone a embarazos no deseados, entre otros problemas, y a todas las consecuencias que ello significa para su futuro. Ante estas opiniones de las madres adolescentes estudiadas, es importante resaltar los planteamientos de Mussen, México (1984)³⁷, quien menciona que las actitudes sexuales en relación con los valores culturales más amplios, la clase y el momento del entrenamiento sexual que reciben durante la niñez y la adolescencia, pueden

tener gran importancia en la determinación del interés mayor o menor que lleguen a sentir por el sexo. El entrenamiento sexual determinará también que consideren el sexo como algo agradable y natural, como pecaminoso y peligroso, extremadamente emocionante o como una manifestación de conquista agresiva; razones por las cuales, se deben reforzar los programas educativos para esta población adolescente y como menciona Burt¹⁶, si éstos se enfocan aisladamente en la solución de problemas, no pueden cambiar la vida de los jóvenes, por lo que deben comenzarse en una época temprana de la vida, trabajarse durante varios años y considerar las necesidades y aspiraciones de este grupo poblacional en forma integral, incluyendo a la familia. Los programas tienen que promover conductas positivas, ofrecer oportunidades que le permitan al joven esperar un mejor futuro y favorecer su capacidad participativa y su autodeterminación.

Con relación a la Maternidad en mujeres solteras, un 23.3% aprueban total culpabilidad de la adolescente que queda embarazada y un porcentaje igual aprueban totalmente que el nacimiento del hijo las libera de culpas. Además, un 44.7% manifiesta que una mujer sola puede criar a su hijo igual que si tuviera un compañero, lo cual podría calificarse como una percepción favorable, ya que sugiere que están dispuestas a luchar por ellas y por su hijo.

Llor-Esteban³² menciona que las actitudes se forman por la interrelación de tres factores: la información que recibimos, el grupo con el que queremos identificarnos y nuestras propias necesidades personales. Las actitudes se forman en el proceso de satisfacción de nuestras necesidades y su signo positivo o negativo va a depender de que se satisfagan o no; además, las creencias, valores y actitudes influyen sobre la conducta, lo cual se podría relacionar con las opiniones expresadas por estas madres adolescentes, pues coinciden con su práctica, puesto que consideran que una adolescente queda embarazada por amor y un alto porcentaje de ellas tiene una unión estable, aunque también un porcentaje importante se tuvo una unión precipitada por su embarazo; una proporción baja califica como culpable a quien se embaraza en la adolescencia o considera totalmente impuras a aquellas que tienen relaciones sexuales durante la adolescencia.

En cuanto a las relaciones con su pareja y familia, opinan en un 58.2% que la adolescente que se embaraza no es víctima de su pareja; sin embargo un mínimo porcentaje (9.7%) manifiestan completa aprobación de que son víctimas de su pareja y el 5.8% que son víctimas de su familia. Esto refleja que tanto su relación de pareja como de familia podrían ser favorables en su mayoría, lo cual se relaciona con los planteamientos de Domínguez-Landeros, quienes mencionan que en la familia existe una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de ella, que le permite a cada uno desarrollarse como individuos y que les proporciona el sentimiento de no estar aislados y poder contar con el apoyo de los otros.

Finalmente, las adolescentes estudiadas mencionan que ahora que son madres, a un 57.3% que les cambió la vida favorablemente y sólo un 1.9% dicen que no están preparadas para ser madres. Esta percepción podría deberse a que la mayoría cuentan con pareja estable. Sin embargo también se puede deber a su poca preparación, responsabilidad e inmadurez.

8. CONCLUSIONES

Se estudiaron 103 madres adolescentes, de las cuales la edad de ocurrencia del parto fue en promedio a los 17.4 años, la mayoría (84.5%) cuentan con pareja (casadas un 58.3% en unión libre un 26.2%), sin embargo el 13.6% son solteras y un 1.9% ya se encuentran separadas; la escolaridad es de secundaria completa en un 36.9%, sin embargo un porcentaje importante (37.9%) cuentan con secundaria incompleta o menos.

Al analizar la repercusión social sufrida por las jóvenes en estudio, se encontró el abandono escolar como un evento lamentable en casi la totalidad de ellas (91%), en comparación con lo reportado por Ortega y Tapia quienes mencionan una incidencia del 60%, lo que muestra que en San Luis Potosí este problema es más grave; tres de cada 10 jóvenes madres tuvieron que precipitar su enlace matrimonial ante un embarazo fortuito. Aún más, su estado de dependencia económica es evidente pues sólo el 17% cuentan con empleo formal, encontrando que es su pareja el sostén económico en la unidad doméstica de 72% de estos recién formados hogares. Completando el círculo vicioso descrito por los expertos, se advierte el fenómeno de rechazo social con sus diferentes caras manifestado al interior de su unidad familiar en 21% de la muestra de estudio, el personaje agresor en más de la mitad de los casos fue el padre. Además, el trabajo evidenció también cambios en la dinámica familiar de estas adolescentes, en la mitad de los casos, manifestados en modificaciones en sus relaciones familiares con los demás miembros de su hogar y limitación en sus salidas de casa. Antes del embarazarse, una de cada 10 jóvenes usaba algún método de planificación familiar, similar a lo reportado por Fernández, posteriormente esta cifra aumenta a seis. La mitad de ellas espera tener un hijo más y un 40% preferiría una familia de 3 o más hijos.

Entre las percepciones culturales de estas jóvenes ante la experiencia sufrida, se encuentra que la mitad de ellas esperan dedicarse por completo a su hogar y el resto piensa complementar su vida familiar con actividades académicas, laborales o ambas. Nueve de cada 10 acuerdan en la bondad de tener sólo una pareja sexual por el resto de sus vidas, un 6% preferiría no tener pareja sexual. La mitad opinan que las mujeres adolescentes se

embarazan por desconocimiento de los métodos anticonceptivos, un 39% señala que aún y cuando los conocieran, no los usarían por temor a ser descubiertas y un 20% no los usaría porque consideran que el servicio es inaccesible. El 57% de estas jóvenes considera que una joven tiene relaciones durante su adolescencia justificadas por el mero sentimiento del amor y un 58% considera impuro el tener relaciones sexuales durante su adolescencia. Cuatro de cada 10 chicas coinciden en que existe cierto grado de autculpabilidad al tener estas relaciones.

La mitad de la muestra opina que la culpa de la ocurrencia de un embarazo en la adolescencia es de la misma joven; sin embargo, una de cada cuatro opinan que el nacimiento de su hijo debe liberarlas de este sentimiento de culpabilidad. También casi la mitad de ellas piensan que es suficiente la madre en la vida de ese hijo para poderle criar igual que si tuviese a su padre.

Una de cada diez mujeres opina que la adolescente embarazada de alguna manera fue víctima de su pareja y/o de su familia, sin embargo, seis de cada diez refieren que ahora que son madres la vida les cambió de manera favorable y solo un porcentaje del 2% comenta que no está preparada en este momento para ser madre.

A pesar de que el tipo de población que se atiende en cada institución es diferente, en cuanto a acceso a servicios y condiciones económicas, las consecuencias socioculturales del embarazo en la adolescencia son esencialmente las mismas en las dos poblaciones de estudio, pues sólo se encontró diferencia estadísticamente significativa en lo que respecta al tipo de método de **Planificación Familiar** que utilizan las madres adolescentes por institución; así mismo se encontró que existe asociación entre el estado civil y cambios en la dinámica familiar, entre la edad y el sentirse culpable por tener relaciones sexuales en la adolescencia y entre estado civil y sentirse culpable por el embarazo.

Indiscutiblemente, el embarazo en la adolescencia es un problema de Salud Pública con gran trascendencia, puesto que repercute en el desarrollo biopsicosocial de las jóvenes,

fracturando su ciclo vital personal; sin embargo, las adolescentes no perciben las consecuencias identificadas como problema, pues sus expectativas de vida son principalmente el dedicarse al hogar; así mismo, refieren que el ser madres les cambió la vida favorablemente, lo cual se podría deber a su pobre visión hacia el futuro pues con el tiempo posiblemente sea una familia con poco crecimiento socioeconómico y se regenerará el círculo de la pobreza.

Es una responsabilidad de la Salud Pública, una vez que se conozcan los resultados de esta investigación, diseñar y evaluar políticas públicas orientadas hacia la prevención y la detección oportuna de este problema que afecta a un grupo de población vulnerable, para que las y los adolescentes logren alcanzar al máximo su desarrollo integral antes de adquirir responsabilidades para las cuales no están preparados.

9. RECOMENDACIONES

- Es conveniente fortalecer los programas educativos destinados a este grupo de población (tanto femenina como masculina), para que las adolescentes logren su desarrollo integral, obtengan información, educación y estén preparadas para enfrentar las responsabilidades posteriores y tomar decisiones ante las diferentes opciones que les pudiera ofrecer la sociedad. Estos programas se deben iniciar en una etapa temprana de la vida, trabajar durante varios años y considerar las necesidades y aspiraciones del adolescente en forma integral, incluyendo a la familia.
- Es importante realizar inversión tanto social como financiera en este grupo de población, para prevenir las consecuencias negativas de potenciales conductas de riesgo y promover el crecimiento sano, actuando de forma holística (en lo biopsicosocial), con un enfoque preventivo y de desarrollo.
- Se espera que esta investigación provea herramientas para el inicio de una línea de investigación de tipo cualitativo que ayude a comprender las razones por las que se embaraza la adolescente y a buscar alternativas de solución según resultados.
- Formular, implementar y evaluar políticas públicas encaminadas a brindarle asesoría y atención oportuna e integral a los y las adolescentes que se embarazan, para que estén preparadas (os) y puedan enfrentar su situación de manera favorable.
- Debido a la dificultad para la localización de los domicilios de las madres adolescentes, sería conveniente que en el expediente se registrara además el domicilio y teléfono de un familiar.

BIBLIOGRAFÍA REFERIDA

- ¹ Tiburcio T, Avila- Rosas H, Quintos-Cardoso R, Garcia-Cardona M. Embarazos en la adolescencia: Influencia de algunos atributos sociales. *Perinatol Reprod Hum* 1994, 9:37-45.
- ² <http://www.dif.gob.mx/atmadadol.htm>. Prevención y atención de madres adolescentes, copiado 7/08/00.
- ³ Munitz M, Silber T. Salud reproductiva en las Américas. El embarazo entre adolescentes. OPS/OMS 1992, 96-124.
- ⁴ Salaverry O. Embarazo en adolescentes de Lima. Copiado 22/02/01, del sitio: <http://www.angelfire.com/pe/actualidadpsi/embarazo.html>.
- ⁵ <http://www.riojainternet.com/asexorate/numero33.html>. Embarazo en adolescentes, boletín de información sexológica. Copiado 24/02/0.
- ⁶ Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de la Salud. Salud reproductiva en las américas. 1992: 98.
- ⁷ INEGI, anuario estadístico 1995.
- ⁸ Organización Panamericana de Salud . Op. Cit. P. 98
- ⁹ Anuario estadístico de la Secretaría de Salud y los servicios de salud de los estados. 1998.
- ¹⁰ Anuario estadístico del estado de san Luis Potosí, edic. 1999.
- ¹¹ Fernández-Paredes F, Castro-García M, Avila-Reyes M, Martín-Blanco E, Godínez-González M, Fuentes-Aguirre S. Características sociofamiliares y consecuencias en la salud materno-infantil del embarazo en edad precoz. *Bol Med Hosp Infant Méx* 1996;53: 84-88.
- ¹² Fernández-Amores R, Lipión-González D, Bilbao-Guerrero C, Porras-Cabrera A, Saéz-Melón A, Rodríguez-Ponce C. Promoción de la salud sexual de la población joven ¿cómo intervenir desde enfermería? . *Enfermería Clínica Málaga* 1998, 9: 160-165.
- ¹³ <http://www.encolombia.com/saludascp-editorial2.htm>. Asociación salud con prevención, Sexualidad y reproductiva en la adolescencia. Copiado 3/06/00.
- ¹⁴ Pick S. ¿Qué opinan los mexicanos respecto a educación sexual?. *Salud Reproductiva y Sociedad Mex* 1994, (2): 10-13.

-
- ¹⁵ Stern C. ¿Cómo se atiende, cómo se evita, el embarazo adolescente? Copiado 7/08/00, csternacolmex.mx
- ¹⁶ Burt M. ¿por qué debemos invertir en el adolescente? Copiado 19/04/00, del sitio: <http://www.urban.org/familiv/adol-espanol.html>.
- ¹⁷ Campaign Home. Datos y cifras El embarazo y la maternidad entre adolescentes latinas en Estados Unidos. Copiado 3/06/00.
- ¹⁸ Ehrenfeld-Lenkiewicz N. Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. *Salud Publica Mex* 1994; 36: 154 - 160.
- ¹⁹ Quint E. Embarazo en la adolescencia: actualización. *Especial mundo médico* 1997: 35-42.
- ²⁰ Martínez-Salgado C. Una visión integral de los problemas de investigación en Salud Reproductiva en México. *Perinatol Reprod Hum Méx* 1996; 10:121-131.
- ²¹ Fernández-Paredes P. y col. Op.cit. 84-88.
- ²² Escobedo-Chávez E, Fletes-Zepeda J, Velázquez-López V, Flores-Nava G, López-Padilla M, Thompson-Chagoyan O. Embarazo en adolescentes: seguimiento de sus hijos durante le primer año de vida. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1995; 52: 415 -419.
- ²³ Tiburcio T. Y col. Op. Cit. 37-45.
- ²⁴ Ortega-Tenorio N, Tapia-Yañez J.R. Redes familiares en salud reproductiva. *Higiene* 1999;1:15-24.
- ²⁵ Henriques-Mueller M, Ynes J. Adolescencia: equivocaciones y esperanzas. En: Gómez-Gómez E. Género, mujer y salud en las Américas. OPS. Washington, 1993; (541):46-67.
- ²⁶ Gutiérrez D. Salud reproductiva: Concepto e importancia; OPS/OMS, serie paltex, Washington, 1996;(39): 6.
- ²⁷ OPS/ OMS. La salud del adolescente y del joven; Washington, 1995; (552): 252.
- ²⁸ Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud Publica Mex* 1997; 39:137-143.
- ²⁹ Stern Claudio. Prioridades de investigación para la prevención del embarazo adolescente en México: un punto de vista heterodoxo. *Salud reproductiva y sociedad* 1994; 2: 3-5.
- ³⁰ Embarazo en adolescentes, boletín de información sexológica. Op. Cit. Pp 2-10.

-
- ³¹ Horton P, Hunt Ch. Sociología. 6ª ed. México: edit. Mc Graw-Hill, 1988: 54-55.
- ³² Llor-Esteban B, Abad-Mateo M, García-Izquierdo M, Nieto-Munvera J. Ciencias psicosociales aplicadas a la Salud. Madrid: edit. Mc Graww-Hill, 1998:157-169.
- ³³ Domínguez-Rodríguez J, Landros-López M. Compilación de materiales de apoyo, utilizados en la maestría de Psicología de la Salud. Instituto de Salud Pública. La Habana, Cuba. 1997.
- ³⁴ Papalia D, Wendkos-Olds S. Desarrollo Humano. 6ª ed. México: edit. Mc graw-Hill, 1997: 407-429.
- ³⁵ Medellín G. Crecimiento y desarrollo del ser humano, Organización Panamericana de la Salud, Gpe. Ltda. 1995:705-760.
- ³⁶ Mcanarney E, Kreipe R, Orr D, Comerci G. Medicina del adolescente. Buenos Aires: edit. Panamericana, 1997: 1087-1088.
- ³⁷ Mussen P, Conger J, Kagan J. Desarrollo de la personalidad en el niño. 2ª edición. México: edit. Trillas, 1984:436-453.
- ³⁸ Ibid-
- ³⁹ Fernández-Amores R. Op. Cit. Pp. 162.
- ⁴⁰ <http://www.ecomedic.com/em/embaadol.htm> . Embarazo en la adolescencia, copiado el 25/03/00.
- ⁴¹ Medellín G. Op. Cit. Pp. 738-744.
- ⁴² OPS/OMS: fecundidad en la adolescencia. Causas, Riesgos y Opciones. Washington, Dc, 1988:54.
- ⁴³ Henriques-Mueller M. Op. Cit. Pp.50-63
- ⁴⁴ Romney S, Jane G, Little B, Merrill J, Quilligam E, Stander R. Ginecología y obstetricia. Cuidado integral de la mujer. Barcelona: edit. Salvat, 1997:134-151.
- ⁴⁵ OPS/OMS. Op. Cit. Pp. 96 -100.
- ⁴⁶ Henriques-Mueller M. Op. Cit. Pp. 65.

⁴⁷ <http://www.insp.mx/salvia/9828/sal198282.html>. La maternidad prematura, 1998, copiado el 7/08/00.

⁴⁸ <http://www.Ceime.orgles/htm/embprecoz/razones.html>. Veintidós razones y diez estrategias para prevenir los embarazos en adolescentes, 3 de mayo de 1999. Copiado el 7/08/00.

⁴⁹ CONAPO. Encuesta Nacional sobre sexualidad y familia en jóvenes de educación media superior, 1998.

⁵⁰ CONAPO. Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Behrman R. Nelson tratado de pediatría. 14ª. Edición. Madrid: Editorial Mc Graw-Hill, 1992: 631-646.

Bautista-Etcheberry J. Problemas en la adolescencia. Copiado 25/10/00, del sitio: <http://www.maristas.com.ar/champa/poli/derecho/adol.htm>.

Friedman H, Edstrom K. Higiene de la reproducción en la adolescente. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1985.

Inostroza C, Quijada Y. La adolescencia. Copiado 16/12/00, del sitio: <http://www.udec.cl/~clbustos/apsique/desa/adolescencia.html>.

Monterrosa-Castro A. Causas e implicaciones médico-sociales del embarazo en la adolescencia. Copiado 22/09/00, del sitio: http://www.encolombia.com/go_causasei.htm.

Mussen P, Conger J, Kagan J. Desarrollo de la personalidad en el niño. 2ª. Edición. México: Editorial Trillas, 1982: 436-453.

Myers D. La adolescencia y la edad adulta. Psicología. Madrid: editorial Panamericana, 1999: 115-127.

Núñez-Rivas P, Rojas-Chavarría A. Revisión conceptual y comportamiento del embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades urbanas pobres. Copiado 15/12/00, del sitio: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/0026.html>.

Porras-Thames A. Educación en Costa Rica, autoimagen de la mujer y embarazo en la adolescencia. Copiado 16/12/00, del sitio: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/0009.html>.

Sarrel P. Adolescencia. En: Romney S, Gray M, Little A, Merrill J, Quilligam E, Stander R. Ginecología y obstetricia. España: Editorial Salvat, 1997: 134-151.

Urmeneta A, Echeverría M, Martín L. Las madres adolescentes. Copiado 16/12/00, del sitio: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/textos10/enfera.html>.

Villalobos-Guevara A. Desarrollo psicosexual. Copiado 16/12/00, del sitio: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/0010.html>.

<http://www.cinterfor.org.uy/public/apanish/region/amparo/cinterfor/temas/youth/doc.../index.ht>. Estilos de vida y juventud. Copiado 29/01/01.

http://www.safemotherhood.org/facts_and_figures/spanish/s_adolescent_sexuality.htm. La sexualidad y el parto en adolescencia. Copiado 22/09/00.

ANEXO 1

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	TIPO	DIMENSIONES	INDICADORES
1. Edad de ocurrencia del parto.	Años cumplidos al momento del parto	Cuantitativa de razón	Edad manifestada en años.	1. De 10 a 12 años 2. 13 años 3. 14 " 4. 15 " 5. 16 " 6. 17 " 7. 18 " 8. 19 "
2. Estado Civil.	Tipo de unión de la adolescente socialmente reconocido.	Cualitativa nominal	- En el momento del parto. - En el momento actual.	1. Casada 2. Soltera 3. Unión libre 4. Separada 5. Divorciada.
3. Escolaridad	Ultimo grado escolar cursado	Cualitativa nominal	Ultimo grado escolar cursado.	1. Sabe leer y escribir 2. Prim. incompl. 3. Prim. Compl. 4. Sec. incompl. 5. Sec. compl. 6. Prepar. incomp. 7. Prepar. compl. 8. Técnico 9. Profesional incompleta.
4. Reprobación o rechazo social.	Existencia, grado y expresión familiar que ejerce el rechazo familiar ante su embarazo.	Cualitativa nominal	Rechazo familiar al enterarse del embarazo.	1. Inmediatamente 2. Tiempo después 3. Mucho tiempo después

				<ul style="list-style-type: none"> 4. Hasta que nació mi hijo (a) 5. Aún no lo han aceptado
		Cualitativa nominal	Familiar que ejerció el rechazo.	<ul style="list-style-type: none"> 1. Su madre 2. Padre 3. Hermanos 4. Su pareja 5. Padres y hermanos 6. Por todos 7. Padres
		Cualitativa nominal	Expresión del rechazo familiar	<ul style="list-style-type: none"> 1. Indiferencia 2. La golpearon 3. Castigo con trabajo de casa. 4. La mandaron a trabajar. 5. La corrieron de casa 6. Le hacen comentarios molestos cotidianament
		Cualitativa ordinal	Actitud familiar actual.	<ul style="list-style-type: none"> 1. Mejoró mucho 2. Mejoró 3. Igual 4. Empeoró 5. Empeoró mucho

		Cualitativa ordinal	Expresión de la pareja al enterarse de su embarazo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Huyó 2. Quería que abortara 3. Me golpeó 4. Se enojó mucho 5. Estaba indiferente 6. Negó su paternidad 7. Lo aceptó medianamente con muchas reticencias 8. Lo aceptó con gusto 9. Lo aceptó con mucho gusto
		Cualitativa nominal	Expresión de apoyo actual por parte de la pareja.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo en todos los aspectos 2. Apoyo econ. Pero no ayuda al cuidado del hijo 3. Ayuda con el hijo pero no aporta dinero 4. Ayuda con el hijo solo parara actividades de estudio o trab. 5. Nunca ayuda con el hijo 6. No ayuda con el hijo ni da dinero 7. Me maltrata físicamente 8. Me maltrata verbalmente 9. Señala dos o más opciones negativas. 10. Ningún apoyo

		Cualitativa ordinal	Convivencia social con amigos como antes de ser madre.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre 2. Frecuentemen 3. Ocasionalmen 4. Nunca
5. Matrimonio forzado	Unión legal forzada ante su maternidad precoz.	Cualitativa nominal	Unión con su pareja Por el embarazo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No porque ya estaba unida o casada al presentar el embarazo 3. No porque sigue soltera
6. Abandono escolar	Suspensión definitiva escolar por su embarazo	Cualitativa nominal	Práctica de estudio antes del embarazo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
		Cualitativa nominal	Abandono precoz de su curso escolar forzado por su embarazo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 3. no estudiaba cuando se embarazo.
		Cuantitativa discontinua	Tiempo en que abandonó el curso escolar posterior a su embarazo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. < de 3 meses 2. De 3 a 5 m. 3. > de 5 m. 4. Siguió estudiando 12. no estudiaba
		Cualitativa nominal	Motivo del abandono escolar precoz.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Voluntariament 2. Se le dio de baja 3. Por problema de salud. 4. Porque le dio vergüenza 5. Por sugerencia familiar 6. siguió estudiando

8. Práctica de la Planificación familiar	Práctica de la planificación familiar	Cuantitativa discontinua	Ingreso económico mensual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menor de un salario mínimo 2. De 1 a 2 S.M. 3. De 3 a 4 S.M. 4. Más de 5 S.M. 12. No trabajaba.
		Cualitativa nominal	Dependencia económica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Padres 2. Suegros 3. Pareja 4. Ella misma 5. Pareja y suegros 6. Pareja y padres 7. Ella y padres 8. otro familiar de ella 9. Otro familiar de su pareja. 10. Ella y su parej
		Cualitativa nominal	Uso de un método anticonceptivo antes de que ocurriera su embarazo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
		Cualitativa nominal	Tipo de método empleado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hormonales 2. Preservativo 3. Ritmo 4. Coito interrumpido 5. DIU 6. Otro. 12. No planificaba.
		Cualitativa nominal	Uso actual de un método anticonceptivo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
		Cualitativa nominal	Tipo de método empleado	<ol style="list-style-type: none"> 1. DIU 2. Hormonales 3. Preservativo 4. Ritmo 5. Otro.

<p>9. Cambios en la dinámica familiar.</p>	<p>Alteración de las relaciones familiares.</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>Estado de las relaciones con los miembros de su familia.</p>	<p>12.No planifica</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Muy buenas: no existen conflictos y además recibe apoyo para su hijo. 2. Buenas: no existen conflictos. 3. Igual que antes. 4. Malas: conflictos con algunos miembros de la familia 5. Muy malas: conflictos con todos los miembros de la familia.
<p>10. Paridad múltiple.</p>	<p>Expectativa de paridad</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>Actitud de la familia y/o pareja ante las salidas de casa de la joven madre, actualmente.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. no la dejan salir nunca 2. la dejan salir poco 3. igual que antes 4. casi no me cuidan 5. puede salir las veces que yo quiera adonde yo quiera.
<p>10. Paridad múltiple.</p>	<p>Expectativa de paridad</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>Número de hijos que espera tener.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 hijo. 2. 2 hijos 3. 3 hijos 4. más de 3 hijos 5. Todos los que nazcan 6. No lo ha

				pensado
11. Expectativas de vida.	Los planes que la joven madre tiene para el futuro.	Cualitativa nominal	Proyecto de vida a futuro	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atender al hogar y al hijo 2. Estudiar 3. Trabajar. 4. Trabajar y estudiar
12. Opiniones con respecto a la vida sexual, maternidad en mujeres solteras, si fue víctima de su familia y su pareja y su autopercepción ante su maternidad.	Opiniones ante ciertos aspectos, prácticas y eventos de su cotidianeidad.	Cualitativa nominal	Opinión sobre las parejas sexuales que debería tener.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con nadie 2. Con una sola pareja 3. Con 2 a 3 parejas 4. Con más de 3 parejas 5. Con quien sea.
		Cualitativa nominal.	Opinión sobre la causa posible de ocurrencia de un embarazo en una adolescente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de conocimientos sobre métodos de PF. 2. El deseo de salir de casa 3. El deseo de realizarse como mujer 4. El deseo de atrapar al novio 5. Como concretización del amor 6. Como una demostración a sus amigas de su capacidad sexual.

		Cualitativa nominal	Opinión sobre la práctica activa de relaciones sexuales antes de los 20 años	<ol style="list-style-type: none"> 1. las mujeres somos iguales que los hombres 2. son una concretización del amor 3. son una prueba de amor 4. no pasa nada 5. está de moda tener relaciones sexuales a esta edad. 12 No contestó.
		Cualitativa nominal	Opinión sobre la práctica anticonceptiva.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No conocerlos 2. Le da temor a que la descubran 3. Su mamá no la deja 4. Su pareja no la deja 5. Su religión se lo prohíbe 6. No tiene acceso a ellos.
		Cualitativa ordinal	Opinión sobre la dualidad "pureza-impureza" al haber practicado relaciones sexuales a temprana edad.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es totalmente pura 2. Es parcialmente pura 3. No sabe 4. Es parcialmente impura 5. Es totalmente impura.

		Cualitativa ordinal	Opinión sobre la dualidad "culpabilidad-no culpabilidad por práctica sexual activa durante la adolescencia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lo aprueba totalmente 2. Lo aprueba parcialmente 3. No sabe 4. Lo desaprueba parcialmente 5. Lo desaprueba totalmente.
		Cualitativa ordinal	Opinión sobre la dualidad "culpabilidad-no culpabilidad por la ocurrencia de un embarazo durante la práctica sexual activa durante la adolescencia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lo aprueba totalmente 2. Lo aprueba parcialmente 3. No sabe 4. Lo desaprueba parcialmente 5. Lo desaprueba totalmente.
		Cualitativa ordinal	Opinión sobre la expiación de la culpabilidad de la ocurrencia de un embarazo durante la adolescencia ante el nacimiento del hijo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lo aprueba totalmente 2. En parte lo aprueba 3. No sabe 4. En parte lo desaprueba 5. Lo desaprueba totalmente 6. Aumenta su culpabilidad.
		Cualitativa ordinal	Opinión sobre la igualdad de crianza del hijo entre la madre sola y el tener un compañero	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lo aprueba totalmente 2. En parte lo aprueba 3. No sabe 4. En parte lo desaprueba 5. lo desaprueba totalmente.

		Cualitativa ordinal	Autopercepción de haber sido victimada por su pareja.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si completamente 2. Si parcialmente 3. No sabe 4. Completamente no. 5. No parcialmente.
		Cualitativa ordinal	Autopercepción de haber sido victimada por su familia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si completamente 2. Si parcialmente 3. No sabe 4. Completamente no. 5. No parcialmente.
		Cualitativa nominal	Autopercepción personal ante su maternidad.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Que le cambió la vida favorablement 2. Que le cambió la vida desfavorable mente 3. Que tiene más obligaciones 4. Que no está preparada en este momento 5. Realizada como mujer 6. Que ha fracasado 7. Igual que antes del embarazo 8. No sabe.

ANEXO 2

Criterios para medir las variables Rechazo Social y Cambios en la Dinámica Familiar:

Rechazo Social se calificó si hubo o no rechazo, de acuerdo a la siguiente tabla que contiene las preguntas y las opciones de respuesta para positivo o negativo:

Pregunta	No Rechazo Social	Si Rechazo Social
	Opciones de respuesta	
5	1, 2	3, 4, 5
8	1, 2, 3	4, 5
9	7, 8, 9	1, 2, 3, 4, 5, 6
10	1, 2	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
11	1, 2	3, 4

Cambios en la Dinámica Familiar: se calificó con 2 preguntas y las opciones de respuesta para positivo o negativo fueron las siguientes:

Pregunta	Sin Cambios	Con Cambios
	Opciones de respuesta	
30	1, 2, 3	4, 5
31	3, 5	1, 2, 4

ANEXO 3

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

Cédula de recolección de datos sobre consecuencias socioculturales del embarazo en la adolescencia.

Lea por completo la pregunta y las opciones de respuesta a la entrevistada y señale con una X en el espacio que corresponda a la respuesta, debe hacer textualmente la pregunta y repetirla tantas veces sea necesario.
Entrevistador (a) _____

I. CARÁCTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS:

Fecha de la entrevista _____ Fecha de nacimiento _____

1.- ¿Qué edad tenias cuando ocurrió tu parto?

Años cumplidos _____

¿Cuál es tu estado civil?

1. Casada
2. Soltera
3. Unión libre
4. Separada
5. Divorciada

2.- Cuando ocurrió tu parto:

- ()
- ()
- ()
- ()
- ()

3.- Actualmente:

- ()
- ()
- ()
- ()
- ()

4.- ¿Hasta que grado estudiaste?

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. () Sabe leer y escribir | 5. () Sec. completa |
| 2. () Primaria incompleta | 6. () Preparatoria incompleta |
| 3. () Prim. completa | 7. () Preparatoria completa |
| 4. () Sec incompleta | 8. () Técnico |
| | 9. () Profesional incompleta. |

II. ASPECTOS SOCIALES:

Reprobación o rechazo social:

5.- Tu embarazo fue aceptado por tu (s) familia (res):

1. () Inmediatamente 2. () Tiempo después 3. () mucho tiempo después 4. () Hasta que nació tu hijo (a) 5. () Aún no lo han aceptado

6.- ¿ Quién tardó más en aceptarlo o no lo ha aceptado todavía?

1. () Tu padre 2. () Tu madre 3. () Hermano 4. () Tu pareja.
5. () Padres y hermanos 6. () Por todos 7. () Padres. 12. () No hubo rechazo

7.- ¿Cuál fue la expresión de la no aceptación?

1. () Indiferencia 2. () Golpes 3. () Castigo con trabajo de casa 4. () La mandaron a trabajar
5. () La corrieron de casa. 6. () Le hacen comentarios molestos cotidianamente
12. () No hubo rechazo

8.- ¿Cómo es la relación actual con tu familia, ahora que ya tuviste a tu hijo (a)?

1. () Mejoró mucho 2. () mejoró 3. () Igual 4. () Empeoró 5. () Empeoró mucho

9.- ¿Cuál fue la expresión de tu pareja al enterarse de tu embarazo?

1. () Huyó 2. () Quería que abortara 3. () Me golpeó 4. () Se enojó mucho
5. () Estaba indiferente 6. () Negó su paternidad 7. () Lo aceptó medianamente o con reticencias 8. () Lo aceptó con gusto 9. () Lo aceptó con mucho gusto

- 10.- ¿Qué expresiones de apoyo o de no apoyo recibes actualmente de tu pareja?
1. Apoyo en todos los aspectos
 2. Apoyo económico pero no ayuda al cuidado del hijo
 3. Ayuda con el hijo pero no aporta dinero
 4. Ayuda con el hijo solo para actividades de estudio o trabajo
 5. Nunca ayuda con el hijo
 6. No ayuda con el hijo ni da dinero
 7. Me maltrata físicamente
 8. Me maltrata verbalmente
 9. Señala dos o más opciones negativas
 10. Ningún apoyo.

- 11.- ¿Sigues conviviendo con tus amigos como lo hacías antes de ser madre?
1. Siempre
 2. Frecuentemente
 3. Ocasionalmente
 4. Nunca

Matrimonio forzoso:

- 12.- ¿Por la presencia de tu embarazo adelantaste el matrimonio o la unión con tu pareja?
1. Sí
 2. No porque ya estaba unida o casada al presentar el embarazo
 3. No porque sigue soltera

Pérdida de cursos escolares:

- 13.- ¿Estudiabas antes de tu embarazo?
1. Sí
 2. No

- 14.- ¿Por tu embarazo tuviste que abandonar la escuela?
1. Sí
 2. No
 3. No estudiaba cuando se embarazó

- 15.- ¿Al cuánto tiempo después de embarazarte abandonaste tus estudios?
1. < de 3 meses
 2. 3 a 5 meses
 3. > de 5 meses
 4. Siguió estudiando
 12. No estudiaba.

- 16.- ¿Cuál fue el motivo del abandono de la escuela?
1. Voluntariamente
 2. Se te dio de baja
 3. Por problema de salud
 4. Porque te dio vergüenza
 5. Por sugerencia familiar
 6. Siguió estudiando
 12. No estudiaba.

- 17.- ¿Asistes actualmente a la escuela?
1. Sí
 2. No

Dependencia económica:

- 18.- ¿Antes de tu embarazo trabajabas?
1. Sí
 2. No

- 19.- ¿Por tu embarazo tuviste que abandonar tu empleo?
1. Sí
 2. No
 3. No trabajaba antes del embarazo

- 20.- ¿Cuál fue el motivo del abandono del empleo?
1. Despido
 2. Voluntariamente
 3. Por problema de salud
 4. Otros
 5. No lo abandonó
 12. No trabajaba

- 21.- ¿Actualmente te has enfrentado a dificultades para conseguir empleo?
1. Sí
 2. No
 3. No lo ha solicitado

- 22.- ¿Actualmente estás trabajando en un empleo remunerado económicamente?
1. Sí
 2. No

- 23.- Si trabajas ¿Cuál es tu ocupación actual?
1. Secretaria
 2. Empleada
 3. Obrera
 4. Empleada doméstica
 5. Comerciante en pequeño
 12. No trabaja.

24.- ¿Cuánto ganas mensualmente?

1. () Menor a 1 salario mínimo 2. () De 1 a 2 Sal. M. 3. () De 3 a 5 Sal. M.
4. () Más de 5 Sal. M. 12. () No trabaja

25.- ¿Quién cubre los gastos para ti y tu hijo?

1. () Padres 2. () Suegros 3. () Pareja 4. () Tú misma 5. () Pareja y suegros
6. () Pareja y padres 7. () Tu y padres 8. () Otro familiar tuyo
9. () Otro familiar de tu pareja 10. () Tú y pareja

Práctica de PF:

26.- ¿Antes del embarazo hacías algo para no tener hijos?

1. () Sí 2. () No

27.- ¿Qué hacías?

1. () Pastillas o inyecciones 2. () Preservativo 3. () Ritmo 4. () Coito interrumpido
5. () DIU 6. () Otro 12. () No planificaba

28.- ¿Actualmente estás haciendo algo para no tener hijos?

1. () Sí 2. () No

29.- ¿Qué haces para no tener hijos actualmente?

1. () DIU 2. () Pastillas o inyecciones 3. () Preservativo 4. () Ritmo 5. () Otro
12. () No planifica

Cambios en la dinámica familiar:

30.- ¿Cómo son tus relaciones con los miembros de tu familia?

1. () Muy buenas 2. () Buenas 3. () Igual que antes 4. () Malas 5. () Muy malas

31.- ¿Cuál es la actitud de tu familia y/o esposo actualmente, ante tus salidas de casa actualmente?

1. () No te dejan salir nunca 2. () Te dejan salir poco 3. () Igual que antes
4. () Casi no me cuidan 5. () Puedes salir las veces que tu quieras adonde tu quieras

Paridad múltiple:

32.- ¿Cuántos hijos en total te gustaría tener en tu familia?

1. () 1 hijo 2. () 2 hijos 3. () 3 hijos 4. () Más de 3 hijos 5. () Todos los que nazcan
6. () No lo ha pensado

III. ASPECTOS CULTURALES:

Expectativas de vida:

33.- ¿A qué te piensas dedicar en el futuro?

1. () Atender al hogar y al hijo 2. () Estudiar 3. () Trabajar 4. () Trabajar y estudiar

Las siguientes preguntas favor de contestarlas de acuerdo a tu opinión personal

34. Una joven que ya tuvo relaciones sexuales debería tener más relaciones sexuales:
1. () Con nadie 2. () Sólo con una pareja 3. () Con 2 a 3 parejas
4. () Con más de 3 parejas 5. () Con quien sea.
- 35.- El embarazo de una joven adolescente pudo haber sido consecuencia de:
1. () Falta de conocimientos sobre métodos de Planificación Familiar 2. () El deseo de salir de casa 3. () El deseo de realizarse como mujer 4. () El deseo de atrapar al novio
5. () Como concretización del amor. 6. () Como una demostración a sus amigas de su capacidad sexual.
- 36.- Las relaciones sexuales antes de cumplir los 20 años y antes del matrimonio no tienen problemas porque:
1. () Las mujeres somos iguales que los hombres 2. () Son una concretización del amor
3. () Son una prueba de amor 4. () No pasa nada 5. () Está de moda tener relaciones sexuales a esta edad 12. () No contestó
- 37.- Las adolescentes no usan métodos de Planificación Familiar por:
1. () No conocerlos 2. () Les da temor a que las descubran 3. () Su mamá no las deja
4. () Su pareja no las deja 5. () Su religión se los prohíbe 6. () No tienen acceso a ellos.
38. Una joven adolescente que ha tenido relaciones sexuales a temprana edad:
1. () Es totalmente pura 2. () Es parcialmente pura 3. () No sabe
4. () Es parcialmente impura 5. () Es totalmente impura.
39. Una joven adolescente que ha tenido relaciones sexuales a temprana edad, debería sentirse culpable?
1. () Lo aprueba totalmente 2. () Lo aprueba parcialmente 3. () No sabe
4. () Lo desaprueba parcialmente 5. () Lo desaprueba totalmente.
40. Una joven que queda embarazada en su adolescencia debería sentirse culpable?
1. () Lo aprueba totalmente 2. () Lo aprueba parcialmente 3. () No sabe
4. () Lo desaprueba parcialmente 5. () Lo desaprueba totalmente.
41. El nacimiento del hijo, de una madre adolescente la libera de culpas?
1. () Lo aprueba totalmente 2. () En parte lo aprueba 3. () No sabe
4. () En parte lo desaprueba 5. () Lo desaprueba totalmente 6. () Aumenta su culpabilidad.
- 42.- Una mujer sola puede criar a su hijo igual que si tuviera un compañero:
1. () Lo aprueba totalmente 2. () En parte lo aprueba 3. () No sabe
4. () En parte lo desaprueba 5. () Lo desaprueba totalmente.
- 43.- ¿Cómo te sientes ahora que eres madre?
1. () Que te cambió la vida favorablemente 2. () Que te cambió la vida desfavorablemente
3. () Que tienes más obligaciones 4. () Que no estás preparada en este momento
5. () Realizada como mujer 6. () Que has fracasado 7. () Igual que antes del embarazo
8. () No sabe.
44. Una joven que se embaraza en la adolescencia, es víctima de su pareja?
1. () Sí completamente 2. () Sí parcialmente 3. () No sabe 4. () Completamente no.
5. () No parcialmente
45. Una joven que se embaraza en la adolescencia, es víctima de su familia?
1. () Sí completamente 2. () Sí parcialmente 3. () No sabe 4. () Completamente no.
5. () No parcialmente

¡GRACIAS!

ANEXO 4

PROGRAMA DE CAPACITACION A ENCUESTADORAS

El propósito de este programa es dar a conocer de manera general el tema de investigación para lograr de esta manera la sensibilización de las participantes y lograr una participación activa y comprometida en la recolección de datos de la misma.

Se requiere el apoyo de otras personas, dado las características del proyecto de investigación, por el tiempo de ejecución y número de entrevistas a realizar.

Objetivo: Que las Pasantes de Enfermería en Servicio social asignadas se sensibilicen sobre el tema y se logre la identificación del instrumento de recolección de la información para el llenado correcto.

Organización:

El programa de capacitación a encuestadoras se realizará el día 2 de abril del presente año, con un horario de 8:00 a 13:00 Hrs. Donde además de darles a conocer las generalidades del proyecto se ejercitará el llenado del instrumento hasta que se logre el llenado correcto con realimentación.

Posteriormente, de acuerdo a la población seleccionada se realizarán las entrevistas para la aplicación de la encuesta, la cual se llevará a cabo mediante la agrupación de domicilios por colonias de la ciudad, asignando tiempos para cada área según el número de entrevistas por realizar.

Para la realización de la entrevista domiciliaria la encuestadora deberá portar pantalón azul marino o de mezclilla con filipina blanca y la credencial de la facultad.

Recursos:

a) **Humanos:** 3 pasantes de Enfermería en Servicio Social y la alumna investigadora de maestría en Salud Pública.

b) **Materiales:**

- Formatos de recolección de información
- Tablas de apoyo
- Lapiceros

Metodología:

La revisión del contenido temático se realizará con la técnica de exposición, utilizando acetatos como material de apoyo. La evaluación se realizará con respecto al correcto llenado de la encuestas, para evitar en todo momento errores.

Contenido temático:

- Introducción, justificación y planteamiento del problema
- Objetivos, general y específicos
- Variables del estudio
- Metodología: población objeto de estudio, muestra,
- Instrumento de recolección
- Procedimiento
- Ejercicios de llenado
- Organización para la recolección de la información.

San Luis Potosí, S.L.P. Abril de 2001.

ANEXO 6

PRESUPUESTO

El proyecto será financiado por la propia investigadora:

CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL
REC. HUMANOS:			
- Directora y Asesor de tesis.	4 hrs. Por mes (agosto a dic.)	100.00 por hora	2,000.00
-Alumna de maestria en Salud Pública	60 hrs. Por mes (ag /00 a jul /01)	100.00 por hora	66,000.00
-5 estudiantes de Lic. en enfia.	40 días	\$ 40.00 diarios	\$ 8,000.00
REC. MATERIALE			
* Hojas blancas	1000	85.00	85.00
* Servicio de fotocopiado	800	.30	240.00
* Paquete Epi Info	1	8000.00	8000.00
* P.C e impresora	1	12000.00	12000.00
* Diskets	5	50.00	250.00
*Tablas de apoyo	6	30.00	180.00
*Busqueda y recuperación de documentos	-	-	500.00
*Acetatos/ capacitación	10	5.00	50.00
* Gasolina	300 lt.	5.50	1650.00
TOTAL			97,305.00

PERMISO DE LA AUTORA PARA COPIAR EL TRABAJO

La autora concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada "CONSECUENCIAS SOCIOCULTURALES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN DOS POBLACIONES INSTITUCIONALES DE SAN LUIS POTOSI 1999 - 2000" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción parcial o total.

Ma. Guadalupe Guerrero Rosales
MA. GUADALUPE GUERRERO ROSALES

San Luis Potosi, S.L.P. Enero de 2002.