



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE HIDALGO**

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Área Académica de Medicina**



**“ANÁLISIS DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES, UN  
ENFOQUE MIXTO EN LA LOCALIDAD DE TEPEAPULCO,  
HIDALGO”**

**T E S I S**

*Que para obtener el grado de:*

***MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD***

*PRESENTA:*

***MARICARMEN RIVERA GÓMEZ***

*DIRECTOR DE TESIS:*

***DCSP. JESÚS CARLOS RUVALCABA LEDEZMA***

*CODIRECTOR:*

***DCSP. SERGIO MUÑOZ JUÁREZ***

*Pachuca de Soto, Hidalgo, 11 de noviembre de 2013*



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
AREA ACADEMICA DE MEDICINA



MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA SALUD

Pachuca Hidalgo a 11 de noviembre del año 2013

**Asunto:** Autorización de impresión de tesis

Maricarmen Rivera Gómez  
Alumna de la Maestría en Ciencias de la Salud

**Presente**

Comunico a usted que tras evaluar su investigación titulada **“Análisis de embarazo en adolescentes, un enfoque mixto en la localidad de Tepeapulco, Hidalgo”** el comité tutorial integrado por DCSP. Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma, DCSP. Sergio Muñoz Juárez, D. en C. Patricia Vázquez Alvarado y el MSP. Juan Carlos Paz Bautista, han aprobado su trabajo, por lo que puede usted proceder a la impresión de tesis.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente  
“Amor Orden y Progreso “

Dr. José María Busto Villarreal  
Director del Instituto de Ciencias de la Salud

Dr. Luis Carlos Romero Quezada  
Jefe del área Académica de Medicina

Dr. Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma.  
Coordinador de Maestría en Ciencias de la Salud



VALOR: Honestidad

"Ser sincero con nosotros y los demás

brindando información veraz respetando las normas institucionales"  
Ramírez Ulloa 400 Col. Doctores C.P. 42090 Tel. 71-72000 Ext. 2360-2361-2362



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
 INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 AREA ACADEMICA DE MEDICINA



MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA SALUD

Pachuca Hidalgo a 11 de noviembre del año 2013

**Asunto:** Autorización de impresión de tesis.

M. en C. Julio Cesar Leines Medécigo  
 Director de Administración Escolar  
 Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo  
**Presente**

Por este conducto informo a usted que la pasante de la Maestría en Ciencias de la Salud con énfasis en Salud Pública, Maricarmen Rivera Gómez con número de cuenta 112677, presenta el trabajo de tesis denominado **“Análisis de embarazo en adolescentes, un enfoque mixto en la localidad de Tepeapulco, Hidalgo”** y que después de haber revisado el documento preliminar y hechas las correcciones acordadas por su comité tutorial, se ha decidido autorizarle la impresión del mismo.

DCSP. Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma

Director

DCSP. Sergio Muñoz Juárez.

Codirector

D. en C. Patricia Vázquez Alvarado

Asesora

MSP. Juan Carlos Paz Bautista.

Asesor

Atentamente  
**“Amor Orden y Progreso”**

Dr. José María Busto Villarreal  
 Director del Instituto de Ciencias de la salud

Dr. Luis Carlos Romero Quezada  
 Jefe del área Académica de Medicina



VALOR: Honestidad

"Ser sincero con nosotros y los demás

brindando información veraz respetando las normas institucionales"

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi padre quien mediante su ejemplo me ha enseñado a luchar por dejar huella; agradezco los consejos sabios en el momento exacto y por ayudarme a tomar decisiones para balancear mi vida. A mi madre por tu esfuerzo, entera confianza y paciencia durante mi vida. A mis hermanos quien son mis amigos y confidentes, gracias por su preocupación y aportación a este documento.

A mis maestros quienes mostraron interés, compromiso y tiempo ante esta investigación, por las sugerencias recibidas, el seguimiento y la supervisión continúa de la misma permitiendo que se concluyera. Con especial reconocimiento al Dr. Ruvalcaba por haberse interesado en mi proyecto, por la motivación, el apoyo y dirección en la realización de esta tesis,

A todas aquellas personas que con su ayuda colaboraron en la realización del presente trabajo en especial a la Coordinación Municipal Tepeapulco, por haber aceptado participar en este estudio, por su confianza y las facilidades para la obtención de la información.

A aquellas personas que lean este trabajo buscando respuestas a sus preguntas y que pretendan mejorar la calidad de vida de las adolescentes.

La presente investigación fue realizada bajo la supervisión académica del.

DCSP. Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma

# ÍNDICE

TEMA	NÚMERO DE PÁGINA
I.GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	1
II. RELACIÓN DE TABLAS Y GRÁFICAS.....	5
III. RESUMEN.....	7
IV. INTRODUCCIÓN.....	9
V. ANTECEDENTES. ....	10
VI. JUSTIFICACIÓN.....	19
VII. OBJETIVOS. ....	18
Objetivo general.....	18
Objetivos específicos.....	18
VIII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
IX. HIPÓTESIS.....	21
X. METODO.....	22
XI. MARCO TEÓRICO. ....	32
XII. RESULTADOS.....	41
ANÁLISIS BIVARIADO.....	57
RESULTADOS INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.....	59
XIII. PROPUESTA DE SOLUCIÓN.....	69
XIV. DISCUSIÓN.....	70
XV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	74
XVI. ASPECTOS ETICOS Y BIOSEGURIDAD. ....	75
XVII. DATOS DE INSTITUCION SOLICITANTE Y PARTICIPANTE.....	76
XVIII. BIBLIOGRAFÍA.....	77
XIX.ANEXOS.....	85

## I. GLOSARIO DE TÉRMINOS.

### A

**ADICCIONES:** es una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación causada principalmente por la satisfacción que esta causa a la persona.

**ADOLESCENTE:** persona con edad comprendida entre los 10 y los 19 años.

**AFIJACIÓN:** Asignación del tamaño muestra  $n$  entre los distintos estratos.

**ALCOHOLISMO:** síndrome de dependencia o adicción al alcohol etílico.

**ANÁLISIS BIVARIADO:** Tratamiento estadístico comparativo de dos variables en forma simultánea, una de las cuales es capaz de modificar la otra.

### C

**CENTRO DE SALUD:** establecimiento o institución en el cual se imparten los servicios y la atención de salud más básica y principal.

**CONTROL PRENATAL:** Seguimiento del embarazo mediante atenciones médicas y de enfermería desde la primera consulta hasta el término del embarazo.

**CONSTRUCTIVISMO:** entregar al alumno herramientas (generar andamiajes) que le permitan crear sus propios procedimientos para resolver una situación problemática, lo cual implica que sus ideas se modifiquen y siga aprendiendo.

### D

**DERECHOHABIENCIA:** Es el derecho de las personas a recibir servicios médicos en instituciones de salud públicas o privadas, como resultado de una prestación laboral por ser pensionado o jubilado, por inscribirse o adquirir un seguro médico o por ser familiar designado beneficiario.

### E

**EDAD:** Tiempo de existencia desde el nacimiento a la fecha actual.

**EDAD FÉRTIL O REPRODUCTIVA:** Etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.

**EDUCACION SEXUAL:** conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, el sexo seguro y la reproducción.

**EMBARAZO:** período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento de resolución del mismo.

**ESCOLARIDAD:** Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.

**ETNOMETODOLOGÍA:** se basa en el supuesto de que todos los seres humanos tienen un sentido práctico con el cual adecuan las normas de acuerdo con una

racionalidad práctica que utilizan en la vida cotidiana. En términos más sencillos, se trata de una perspectiva sociológica que toma en cuenta los métodos que los seres humanos utilizan en su vida diaria para sentarse, ir al trabajo, tomar decisiones, entablar una conversación con los otros.

**EXPEDIENTE CLÍNICO:** al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

## F

**FACTOR ASOCIADO:** Es toda circunstancia o situación que se encuentra relacionada con el aumento o disminución de probabilidades de una persona o grupo de personas en cuanto a presentar algún padecimiento.

**FACTOR DE RIESGO:** Característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociados con un aumento de la probabilidad de ocurrencia de un daño.

**FRECUENCIA:** Número de ocasiones que sucede un hecho en un determinado periodo.

## G

**GESTA:** hace referencia al embarazo.

## H

**HACINAMIENTO:** Es el numero personas que viven en el hogar / No. de dormitorios. Se considera positivo al convivir más de 2 personas por habitación.

## I

**INICIO DE VIDA SEXUAL:** Edad en la que presenta el primer coito.

**INTERVALO DE CONFIANZA:** Es el conjunto de valores formado a partir de una muestra de datos de forma que exista la posibilidad de que el parámetro poblacional se encuentre dentro de dicho conjunto con una probabilidad específica.

**ÍTEM:** Cada uno de los apartados que componen una encuesta o cuestionario.

## M

**MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL:** valores que generalmente se ubican en la parte central de un conjunto de datos, que nos ayudan a resumir la información de un solo número.

**MEDIDAS DE DISPERSION:** también llamadas medidas de variabilidad, muestran la variabilidad de una distribución, indicando por medio de un número, si las diferentes puntuaciones de una variable están muy alejadas de la mediana media.

**MENARCA:** Es la primera menstruación, aparece con la pubertad.

**METODO ANTICONCEPTIVO:** es aquel que impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación.

**MUESTREO:** Técnica para la selección de una muestra a partir de una población.

## O

**OCUPACION:** Trabajo asalariado, al servicio de un empleador.

## P

**PROMISCUIDAD:** convivencia de dos o más hombres y mujeres en la misma habitación.

## R

**RANGO ESTADÍSTICO:** Es la diferencia entre los valores mayor y menor en un conjunto de datos.

**RAZÓN DE MOMIOS:** relación entre dos magnitudes respecto a las posibilidades a favor de que un evento ocurra en determinadas circunstancias o que suceda en otras.

**RIESGO REPRODUCTIVO:** Probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil, como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo.

**RELIGIÓN:** concerniente a lo sobrenatural, sagrado, o divino y a los códigos morales, prácticas, rituales, valores e instituciones relacionadas a dicha creencia.

**RUTA CRÍTICA:** es un proceso de planeación, programación, ejecución y control de todas y cada una de las actividades, componentes de un proyecto que debe desarrollarse dentro de un tiempo crítico y al costo óptimo.

## S

**SALUD REPRODUCTIVA:** abarca todas las etapas y aspectos reproductivos del ciclo de la mujer desde el nacimiento hasta la muerte.

## T

**TABAQUISMO:** dependencia o adicción al tabaco.

**TRADICIONAL (PEDAGOGÍA):** Es aquella en la que se transmite un aprendizaje al niño y en donde no se le da el espacio de análisis ni de reflexión, así mismo a no tener incidencia a nuevos conocimientos que le ayuden a tener una mejor visualización de su realidad.

## V

**VALOR P:** Probabilidad de obtener un resultado al menos tan extremo como el que realmente se ha obtenido (valor del estadístico calculado), suponiendo que la hipótesis nula es cierta.

**VIOLENCIA:** cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público.

**VIOLENCIA DE ABANDONO:** signos y síntomas, físicos o psicológicos debidos al incumplimiento de obligaciones entre quien lo sufre y quien está obligado a su cuidado y protección.

**VIOLENCIA FÍSICA:** a los signos y síntomas, congruentes o incongruentes con la descripción del mecanismo de la lesión, recientes o antiguos, con y sin evidencia clínica o mediante auxiliares diagnósticos, en ausencia de patologías condicionantes.

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA:** a los síntomas y signos indicativos de alteraciones a nivel del área psicológica o trastornos psiquiátricos.

**VIOLENCIA SEXUAL:** todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona

## II. RELACIÓN DE TABLAS Y GRÁFICAS

### TABLAS

Tabla Ia. Distribución de variables cuantitativas .....	42
Tabla Ib. Distribución de variables cualitativas .....	43
Tabla II. Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable edad .....	44
Tabla III. Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable estado civil. .....	44
Tabla IV. Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable ocupación. .....	46
Tabla V. Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable religión.	46
Tabla VI. Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable Menarca .....	48
Tabla VII. Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable Inicio de Vida Sexual Activa (IVSA) .....	48
Tabla VIII. Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable Años transcurridos entre menarca e IVSA.....	49
Tabla IX. Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable Número de parejas sexuales.....	50

### ANÁLISIS BIVARIADO

Tabla X. Descripción de la población estudiada.....	57
Tabla XI. Descripción de las variables alcoholismo y tabaquismo.....	58

### GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución porcentual por escolaridad.....	45
Gráfica 2. Distribución porcentual de derechohabencia .....	47
Gráfica 3. Distribución porcentual según uso de método de anticoncepción, .....	51
Gráfica 4. Distribución porcentual según alcoholismo .....	52
Gráfica 5. Distribución porcentual según tabaquismo .....	52
Gráfica 6. Distribución porcentual según violencia.....	53
Gráfica 7. Distribución porcentual según tipo de violencia.....	54
Gráfica 8. Distribución porcentual según hacinamiento .....	55
Gráfica 9. Distribución porcentual según promiscuidad.....	55

### RESULTADOS INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Cuadro 1. Análisis del discurso de estudiantes de sexto año de nivel primaria. .....	59
Cuadro 2. Análisis del discurso de estudiantes de 1 a 3 años de nivel secundaria .....	60
Cuadro 3. Análisis del discurso de profesores de 6° grado de nivel primaria. .....	61
Cuadro 4. Análisis del discurso de profesores de 6° grado de nivel primaria. .....	62

Cuadro 5. Análisis del discurso de profesores de 5° grado de nivel primaria.	63
Cuadro 6. Análisis del discurso de profesores de nivel secundaria	64
Cuadro 7. Análisis del discurso de profesores de nivel secundaria	65
Cuadro 8. Análisis del discurso de profesionales de la salud vinculados con promoción de la salud	66
Cuadro 9. Análisis del discurso de adolescente embarazada	67
Cuadro 10. Análisis del discurso de adolescente embarazada	67
Cuadro 10. Análisis del discurso de adolescente embarazada	68

### III. RESUMEN

El embarazo en la adolescente, constituye un serio problema de salud pública en todo el mundo con consecuencias físicas y psicosociales de impacto a largo plazo para la madre y el niño. Las medidas preventivas para este evento se centran en intervenir en factores de riesgo, el modelo educativo resulta fundamental a partir de los profesores y de los educadores en salud. **Objetivo.** Describir los elementos presentes en embarazo en adolescentes y cuál ha sido el impacto de las estrategias educativas y de salud pública en la localidad de Tepeapulco, Hidalgo, durante el periodo Junio 2012 a Junio 2013. **Material y métodos.** Se realizó un estudio mixto desde el desarrollo de un estudio observacional, descriptivo de carácter retrospectivo y un estudio etnometodológico a partir del análisis del discurso de informantes clave; los personajes inmersos en el embarazo en adolescente; alumnos, profesores, personal de educación para la salud y adolescentes embarazadas. **Resultados.** Se estableció una muestra de 94 mujeres adolescentes embarazadas, entre los factores relacionados que se describen son los antecedentes ginecoobstetricos, estilos de vida asociados con la promiscuidad, el hacinamiento, violencia y adicciones; se entrevistó a 17 personas sobre los conocimientos de educación sexual, el modelo pedagógico utilizado por docentes y personal de la Secretaría de salud. **Conclusión.** En relación a los antecedentes ginecoobstetricos como el inicio de vida sexual a temprana edad así como adicciones tales como el tabaco y alcoholismo se relacionan con embarazo en adolescente, de igual forma las deficiencias en el modelo pedagógico tradicional para el desarrollo de aprendizaje acerca del tema y se requiere la ejecución del aprendizaje fundamentado en el enfoque socio-constructivista.

**Palabras Clave:** Embarazo en adolescencia, antecedentes ginecoobstetricos, adicciones, tradicional, constructivista.

The teenage pregnancy is a serious public health problem worldwide with physical and psychosocial consequences of long-term impact for the mother and child, preventive measures for this event will focus on risk factors involved in the model education is essential from teachers and health educators. **Objective:** Describe the elements in teen pregnancy and what has been the impact of educational strategies and public health in the town of Tepeapulco, Hidalgo. During the period June 2012 to June 2013. **Material and methods:** We conducted a joint study from developing an observational, retrospective and descriptive study from ethnomethodological discourse analysis of key informants , the characters involved in teenage pregnancy , students, teachers, health education and pregnant teens.

**Results:** A sample of 94 pregnant teenagers, between the related factors are describe: the history of reproductive and lifestyles associated with promiscuity, overcrowding, violence and addictions, the pedagogical model used by teachers and health care personnel. 17 people were interviewed on knowledge of sexual education, the pedagogical model used by faculty and staff of the health department. **Conclusion.** Age, history of reproductive as the start of sexual activity at an early age, addictions such as snuff and alcohol are associated with teenage pregnancy, just as the shortcomings in the traditional pedagogical model for the development of learning about the topic and requires the execution of learning based on socio-constructivist approach.

**Keywords:** Pregnancy in adolescence, history of reproductive and addictions, traditional, constructivist.

## IV. INTRODUCCIÓN

La adolescencia se establece entre los 10 y los 19 años de edad<sup>1</sup>. El embarazo en la adolescente constituye un serio problema de salud pública a nivel mundial con consecuencias físicas y psicosociales de impacto a largo plazo para la madre y el niño. Las medidas preventivas para este evento se centran en intervenir en los factores de riesgo mediante un modelo educativo<sup>2,3</sup>.

Un factor de riesgo se define como algún agente de naturaleza ambiental, orgánica, psicológica o social en el genotipo o en el fenotipo, o alguna enfermedad anterior al efecto que se está estudiando<sup>4</sup>.

Entre estos, es el realizar una práctica sexual deseada y consentida pero practicada sin métodos anticonceptivos. También existen comportamientos sexuales no deseados por los adolescentes que pueden contribuir a incrementar los embarazos no deseados<sup>5</sup>.

Entre los aspectos epidemiológicos del embarazo en adolescente descrito en la literatura como las causas para un embarazo a temprana edad, existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables tales como: Edad, Estado civil, escolaridad, menarquia, inicio de vida sexual, uso de método anticonceptivo, adicciones, violencia.

A pesar de que se observa una creciente investigación sobre el embarazo en adolescentes, muy poco se conoce sobre la situación de las adolescentes madres; y ningún estudio reporta la realidad de los adolescentes padres desde sus experiencias de vida, si consideraron la posibilidad de tener un hijo o hija en este periodo del desarrollo, los cambios producidos en su proyecto de vida, cómo asumen los y las adolescentes su rol de padres o madres<sup>6</sup>.

En cuanto a la educación, el modelo educativo mexicano está centrado en lo fundamental en la enseñanza tradicional y estática. En lo que se refiere a métodos y estilos de enseñanza dentro de la escuela y el salón de clases; ha sido funcional y eficiente en cuando al diseño y construcción de escuela y aulas, pero muy poco pensado para el maestro y los alumnos<sup>7</sup>. El desarrollo de programas de educación sexual y prevención de ETS/ VIH/sida y embarazo es muy limitado, por falta de formación específica de los profesores y ausencia de planes o módulos de estudio. Estas carencias contribuyen, junto con algunos factores socioeconómicos, al mantenimiento de la transmisión de ETS/ VIH/sida y embarazos<sup>8</sup>.

## V. ANTECEDENTES

El incremento del embarazo y parto en edades tempranas constituye un problema universal pues de acuerdo con el Centro de Información sobre fecundidad de Washington, 3 millones de adolescentes paren anualmente en el mundo.<sup>9</sup>

En los países europeos, Inglaterra tiene la más alta incidencia de embarazo en la adolescencia. En 1997 más de 9 000 se embarazaron, de las cuales 8 000 eran menores de 16 años, y 2 200 menores de 14 años<sup>10</sup>.

En el mundo existen diversas investigaciones realizadas para identificación de los factores de riesgo para el embarazo en adolescencia.

Australia tiene como problema de salud el embarazo adolescente y el parto debido a su asociación con consecuencias físicas negativas y los resultados psicosociales negativos a largo plazo tanto para la madre y el niño. Se realizó la revisión de algunos datos estadísticos clave relacionados con embarazo en la adolescencia y luego se exploró su asociación con consecuencias negativas tanto para la familia y la comunidad en general. Además, se analizó el riesgo ambiental y de protección que influye en el embarazo adolescente. Se concluyó, que el apoyo de los padres y las visitas domiciliarias a las madres vulnerables mejoran las próximas generaciones<sup>11</sup>.

En España en 1997 con el objetivo de conocer las actitudes y comportamientos sexuales durante la adolescencia, fueron encuestados 1.000 jóvenes de ambos sexos en edades comprendidas entre los 15 y 21 años y distintos niveles educativos, todos ellos residentes en la Comunidad Autónoma Andaluza. Se utilizó un cuestionario auto aplicable que incluía preguntas acerca de aspectos como autoerotismo, relaciones sexuales y actitudes relacionadas con la sexualidad y la contracepción. Los resultados que se presentaron mostraron la existencia de 5 grupos de adolescentes bien diferenciados por sexo, nivel educativo, y por sus actitudes y conductas sexuales y contraceptivas<sup>12</sup>.

Estados Unidos de América, investigó los factores de riesgo que afectan la tasa de embarazos en adolescentes mediante el uso artificial de métodos de inteligencia, redes neuronales artificiales (ANN) y Apoyo Maquina Vector (SVM) para ayudar en la educación sobre el embarazo adolescente y la prevención. Es evidente que los modelos de ANN y SVM han demostrado con éxito su modelo de validez y aplicabilidad. Por lo tanto, las medidas preventivas deben centrarse en el ingreso per cápita, tasa de desempleo, el alcohol el consumo, la tasa de pobreza, y el

consumo de cigarrillos para reducir el riesgo y la incidencia de embarazos en adolescentes en los Estados Unidos<sup>13</sup>.

Los países de Latinoamérica de acuerdo a las estadísticas de la OMS el 20 % de los embarazos en países de bajo y mediano ingreso son en adolescentes, donde uno de los factores sobresalientes es la deficiente conducta sexual y la relación con el embarazo en edades tempranas<sup>1</sup>.

En Chile el embarazo adolescente es un problema biopsicosocial relevante. La carencia de un enfoque que lo aborde de manera integral es el problema que esta investigación se propuso tratar. Para ello, se planteó como objetivo describir el proyecto de vida y autoconcepto de adolescentes embarazadas de un sector periférico de Santiago, participantes de un programa de educación para la salud, en relación a ser mujer, adolescente y madre. El diseño usado fue descriptivo – analítico, de carácter cualitativo. Del análisis de los datos se desprendieron categorías conceptuales que permitieron comprender las percepciones de las adolescentes. En este sentido, los resultados confirman el carácter biopsicosocial del embarazo adolescente y su impacto en el autoconcepto y proyecto de vida de las jóvenes, los que están principalmente enfocados en los roles de dueña de casa y madre<sup>14</sup>.

Dicho país en la investigación “Principales consideraciones bioéticas en la atención en la salud sexual y reproductiva en adolescentes”, tuvo como objetivo analizar las principales consideraciones bioéticas que se pueden presentar en la práctica clínica. Se analizó los cuatro principios bioéticos fundamentales, abordando otros aspectos relevantes como la relación profesional-paciente, la evaluación de la capacidad/competencia en la toma de decisiones y la confidencialidad en la atención. Se concluyó que el deber de las instituciones y de los equipos de salud responsables del cuidado en la salud de los/las adolescentes, es mantener un adecuado equilibrio entre estos principios, respetando el derecho a la autonomía y a la confidencialidad en la atención, enmarcado dentro de límites que sean razonables y que en ningún caso contribuyan a limitar el acceso a una atención de calidad. Es fundamental que exista una capacitación y actualización permanente de los profesionales en el campo de la bioética, para así poder contribuir a analizar y solucionar con prudencia los conflictos que se presenten, considerando que la atención en salud debe estar enmarcada por el respeto a los derechos y dignidad de las personas<sup>15</sup>.

Moreno y col. realizaron en Venezuela una investigación dirigida a identificar componentes psicosociales para el diseño de una intervención educativa para la prevención del embarazo, en adolescentes escolarizados. Se tomó una muestra

de 250 estudiantes de dos institutos educativos de la localidad de Táriba, en Venezuela. Se aplicaron cuestionarios con ítems tipo LÍkert. Los resultados indican que los adolescentes tienen poca experiencia sexual, manejan sólo conocimientos básicos y mantienen creencias erróneas en torno al uso de medidas de protección. Los adolescentes manifiestan la necesidad de recibir educación sexual que incluya, no sólo conocimientos específicos sobre sexualidad y salud reproductiva, sino también entrenamiento, en habilidades sociales, relacionadas con la conducta asertiva, comunicación interpersonal y autoestima, aspectos que les permitirían manejar mejor sus relaciones de pareja<sup>16</sup>.

Colombia por su parte ante el desconocimiento de la prevalencia de relaciones sexuales y los factores relacionados con éstas en estudiantes de la ciudad de Santa Marta, Colombia. Realizó un estudio para determinar la prevalencia y los factores asociados con haber tenido relaciones sexuales en adolescentes estudiantes entre 13 y 17 años de tres colegios privados de Santa Marta. Mediante la aplicación de encuestas sobre comportamiento sexual y conductas riesgosas para salud. Una cuarta parte de los adolescentes estudiantes entre 13 y 17 años informa relaciones sexuales, éstas se encuentran asociadas con comportamientos de riesgo para la salud como el consumo de cigarrillo y de alcohol<sup>17</sup>.

De igual manera con el propósito de «dar poder» a los jóvenes en los derechos y deberes sexuales y reproductivos y en el marco de referencia las teorías del Aprendizaje Social y de la Acción Razonada, se desarrolló una estrategia educativa con 142 adolescentes entre los 12 y 18 años de edad en dos centros educativos del municipio de Jamundí, Valle del Cauca, Colombia. Donde mediante este tipo de estrategias educativas se pueden alcanzar niveles progresivos de tomas de conciencia y participación, a fin de crear nuevas visiones acerca del cuidado de la salud<sup>18</sup>.

En relación a una investigación cualitativa en dicho país mediante un estudio cualitativo con 17 jóvenes, donde se obtuvo información recopilada previo consentimiento informado, de historias clínicas, grupos focales, entrevistas en profundidad. Se realizó el procesamiento con Atlas Ti, análisis de contenido. Los resultados fueron embarazo no planeado, 11 casos en el noviazgo, 1 por promiscuidad y 5 (29.4%) por abuso sexual o incesto. Se oculta por vergüenza, temor al rechazo social. Hubo abandono de pareja en 9 casos, crisis y aislamiento familiar y social, deserción escolar. Cambios psicosociales: negación y rechazo (aborto, abandono, adopción, conductas de riesgo); aceptación y establecimiento del vínculo madre-hijo. Se concluyó que el programa de protección del estado dirigido a adolescentes embarazadas necesita: establecer mecanismos que garanticen la continuidad de las jóvenes en el sistema educativo; incluir el

seguimiento ambulatorio al binomio madre-hijo al egreso; implementar estrategias participativas que promuevan el ejercicio de una sexualidad responsable en el marco de los derechos sexuales y reproductivos<sup>19</sup>.

En Cuba, en 1998 se realizó un estudio de casos y controles con el propósito de identificar los factores de riesgo sobre los conocimientos sexuales y el embarazo en la adolescencia. Se estudiaron a todas las pacientes (37) con edades entre 12 y 19 años, pertenecientes al Policlínico "Emilio Daudinot", embarazadas en el año 1998 (casos) y, 37 adolescentes (controles) que nunca han estado embarazadas, de igual área de salud y edades que los casos. Se aplicó un cuestionario a cada una de las adolescentes. Se obtuvo en los resultados, el desconocimiento de edad óptima para el embarazo (OR 7,04 [2,51-19,76]), el desconocimiento de los días fértiles (OR 0,25 [0,08-0,832]), considerar el embarazo como responsabilidad exclusiva de la mujer (OR 3,12 [1,54-4,33]), considerar el aborto como método anticonceptivo (OR 5,74 [2,14-15,42]), así como el desconocimiento de las complicaciones del embarazo (OR 2,74 [1,08-6,96])<sup>20</sup>.

El estudio realizado en 2003 titulado "Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de Salud" realizó un análisis, en el contexto nacional, de los factores que actúan en las dimensiones social, grupal e individual y su posible influencia en la manifestación de estos problemas. Se destacó necesidad de un enfoque de promoción de salud que proponga acciones teniendo en cuenta, de manera integral, la responsabilidad compartida entre las organizaciones sociales, el sistema de salud, el sistema educacional, las familias y los individuos, para favorecer un comportamiento sexual que contribuya a disminuir el embarazo y el aborto en las adolescentes<sup>21</sup>.

En 2006 Santana Pérez y col. Aplicaron un cuestionario auto administrado a 1 675 adolescentes de 15-18 años de edad, estudiantes de la enseñanza preuniversitaria y politécnica, residentes de Ciudad de La Habana. Entre las variables exploradas estuvieron: inicio de las relaciones sexuales, edad de la pareja, motivaciones y percepción de riesgo. El 71,3 % de los adolescentes tenían relaciones sexuales. La edad promedio de su inicio fue de 14,3 años. Predominó una relación con su pareja de noviazgo. En los varones el motivo de inicio que prevaleció fue "deseos de probar" y en las hembras "estar enamoradas". La gran mayoría de los adolescentes consideraron que tener relaciones sexuales a su edad constituye un riesgo<sup>22</sup>.

El estudio llamado "Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes" publicado en 2006, expone algunos hallazgos sobre las percepciones y comportamientos de riesgos sexuales y

reproductivos en los adolescentes desde una perspectiva de género. Su objetivo fue exponer algunos hallazgos sobre las percepciones y comportamientos de riesgos sexuales y reproductivos en los adolescentes desde una perspectiva de género. Los resultados mostraron que en Cuba hay un comienzo temprano de la actividad sexual, entre las edades de 14 y 15 años y la mayoría lo hacen sin protección. Hay diferencias de género en la percepción de riesgo, las mujeres consideran que el embarazo no deseado es algo que sólo les incumbe a ellas. Aún prevalece en los adolescentes un enfoque machista hacia el sexo y no reconocen al aborto como un método riesgoso para interrumpir el embarazo. Aunque están informados acerca de diversos tópicos de la sexualidad y sus riesgos, las conductas que asumen no se corresponden con esto. Se concluye que en las estrategias dirigidas a mejorar sus percepciones sobre los riesgos en las prácticas sexuales es necesario fortalecer los aspectos relativos al comportamiento sexual responsable y, desde una perspectiva integral, lograr la participación efectiva de ambos sexos en el diseño, planificación y evaluación de las acciones de salud dirigidas

En diciembre de 2007 se llevó a cabo un estudio de sexualidad y reproducción en adolescentes con el objetivo de caracterizar y explorar aspectos relacionados con sexualidad y reproducción en un grupo de adolescentes de 15 a 19 años de politécnicos del municipio Cotorro. Fue una investigación observacional, descriptiva, prospectiva y transversal. Con un universo: 2153 efebos de los cuales se tomó al azar una muestra de 1292. Se estudiaron: edad, sexo, edad de iniciación en vida sexual, conocimientos sobre sexualidad y reproducción, infecciones de transmisión sexual y fuentes de información. Los resultados obtenidos fueron edades entre 15 y 18 años, 61,9 %, varones 56,7 % y 70,9 % se habían iniciado en la vida sexual. "Responsabilidad de evitar embarazo" obtuvo el porcentaje más elevado de respuestas correctas (81,4 %), 79,3 % señaló el condón como anticonceptivo ideal. En "riesgos de infecciones de transmisión sexual", 61,9 % acertó. Los pares, fueron la primera fuente de información en 55,7 % y principal en 68,1 %<sup>23</sup>.

Un estudio de similares características publicado en 2009 llamado "Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia"; de tipo observacional y analítico de casos y control a partir de todas las adolescentes que se embarazaron y parieron (casos) y otro grupo de féminas adolescentes que no se embarazaron (controles), pertenecientes todas al Policlínico José Martí Pérez durante el periodo 2007. Se demostró que existió asociación causal entre los factores dependientes de la vida familiar y personal de las adolescentes y la incidencia de gestaciones precoces. El no tener relaciones adecuadas con los padres, no recibir apoyo espiritual y económico de la pareja, no mantener relaciones estables de pareja y no conversar

con los padres aspectos de sexualidad y reproducción fueron factores que al actuar sobre ellos lograríamos un mayor impacto sobre la población expuesta<sup>24</sup>.

En nuestro país se han realizado estudios como “La identificación del patrón de comportamiento sexual en adolescentes” este se realizó mediante un estudio exploratorio transversal en el barrio “La Inmaculada”, de Guadalajara, Jalisco, México, en agosto de 1994. Se incluyeron 20 varones y 20 mujeres de 15 a 19 años de edad, en quienes se exploraron actitudes y conductas sexuales, así como la correlación de éstas con diversas subculturas de expresión sexual. El cual permite observar que los adolescentes sujetos a este estudio se encontraron en riesgo alto de adquisición del VIH al predominar en ellos la práctica sexual sin protección<sup>25</sup>.

En el estado de Morelos, se seleccionó aleatoriamente 40 escuelas preparatorias del sistema de educación público del estado, que concentraba 75% de los alumnos de este nivel educativo. Se evaluó en alumnos de primer año en 2001, una intervención de prevención de VIH/SIDA y embarazos no planeados, presentando los resultados de su encuesta basal. La baja proporción del uso de condón, aunado al hecho de que se reportan problemas para su uso efectivo, refuerza la idea del diseño de este estudio<sup>26</sup>. El cual permite proponer un método anticonceptivo de respaldo al condón, como la anticoncepción de emergencia, razonablemente conocida y con disposición para su uso.

En Monterrey, de 2002 a 2005, se realizó la Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado; dicha intervención, de seis horas de duración, aplicó estrategias de aprendizaje activo. Permitiendo identificar un importante esfuerzo en la promoción de conductas sexuales seguras en adolescentes mexicanos<sup>27</sup>.

González-Garza y col. publicaron en 2005 el análisis de la base de datos de adolescentes de la Encuesta Nacional de Salud 2000, realizada en septiembre de 1999 a marzo de 2000, con el objetivo de describir las características del comportamiento sexual de los adolescentes mexicanos, su grado de conocimiento sobre anticoncepción, las variables que se relacionan con la utilización de anticonceptivos en la primera relación sexual y las que se asocian con el embarazo<sup>28</sup>.

En Pachuca, Hidalgo, en 2005 se realizó un estudio transversal, observacional para identificar y describir las características de los adolescentes embarazadas que acuden al Hospital Obstétrico de Pachuca; dentro de sus resultados obtuvo

que el 80% de las usuarias si estaban informados sobre métodos de planificación familiar<sup>29</sup>.

Uno de los estudios realizados en nuestro estado corresponde al estudio titulado: “Un análisis del embarazo adolescente en la localidad de Tepeapulco, Hgo.”, Que se fundamentó en la aplicación de 120 cuestionarios de manera aleatoria a las adolescentes que estuvieron embarazadas en el periodo de 1995 al 2000. El cuestionario intenta conocer algunas características socio–demográficas de las adolescentes embarazadas en Tepeapulco, así como el tipo de relación familiar que ellas tenían con sus padres antes y al momento de salir embarazada, de igual manera se intenta dar a conocer si recibió algún apoyo por parte de su pareja o su familia al salir embarazada<sup>30</sup>.

La Región XI Apan del Estado de Hidalgo actuamente se desarrollan las actividades dentro del marco del programa de Grupos Adolescentes Promotores en Salud y de Servicios Amigables, estos en conjunto tienen como objetivo informar a los adolescentes para que tengan la capacidad de transmitir la información por pares.

## I. JUSTIFICACIÓN

El embarazo en adolescente y los problemas relacionados con este se han hecho visibles hace más de una década en la agenda internacional de los temas de salud reproductiva. En nuestro país se ha vuelto uno de los asuntos fundamentales de las políticas de población, desde distintas perspectivas se habla sobre el volumen de población adolescente, sobre su ritmo de crecimiento y reproducción, así como del riesgo biopsicosocial que implica la maternidad adolescente.

En el año 2012 la localidad de Tepeapulco registró una prevalencia de 28.70% de embarazos en mujeres adolescentes, la cual fue mayor a la registrada a nivel nacional con 28.15%; en el corte de Enero a Junio 2013 se ha registrado que el 41.8% de las mujeres en control prenatal en el centro de salud Tepeapulco son mujeres entre 10 y 19 años de edad, a nivel Jurisdiccional y Estatal se registra tan solo el 28.6% y 25.37% respectivamente. Por lo anterior expuesto se otorga relevancia a esta investigación, permitiendo su viabilidad.

Se cuenta con pocas investigaciones que hagan referencia al embarazo en adolescente en la localidad de Tepeapulco. Granados Alcántara y colaboradores, analizan la situación del embarazo adolescente en la localidad de Tepeapulco Hidalgo. La investigación incluye datos cuantitativos y cualitativos de tres generaciones de mujeres. El cuestionario intenta conocer algunas características socio-demográficas de las adolescentes embarazadas, así como el tipo de relación familiar que ellas tenían con sus padres antes y al momento de salir embarazada, de igual manera se intenta dar a conocer si recibió algún apoyo por parte de su pareja o su familia al salir embarazada. En relación a educación sexual no se cuenta con el antecedente de estudios mixtos que indaguen sobre ella, el conocimiento es limitado sobre su importancia.

La intención es conocer un enfoque integral sobre el embarazo adolescente, sus características sociodemográficas y ginecológicas que presentan las mujeres adolescentes embarazadas en la localidad de Tepeapulco, Hgo. Aunado a esto conocer la realidad personal de los individuos expuestos, maestros y personal de salud sobre el componente de educación sexual.

Esta investigación produce como beneficio poder brindar conocimiento más profundo y planear mejores esquemas de intervención para evitar el embarazo en adolescentes. Tal conocimiento nos permitirá, una mayor empatía con las figuras participantes en el proceso de aprendizaje, logrando suministrar recomendaciones a adolescentes para evitar así el embarazo.

## **VII. OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

Describir los elementos presentes en embarazo en adolescentes y cuál ha sido el impacto de las estrategias educativas y de salud pública en la localidad de Tepeapulco, Hidalgo.

### **Objetivos específicos:**

1. Describir los factores dependientes de los antecedentes socio demográficos en adolescentes embarazadas.
2. Describir las características dependientes de los antecedentes ginecobstetricos en adolescentes embarazadas.
3. Describir las características dependientes al estilo de vida.
4. Analizar el conocimiento de educación sexual en adolescentes, mujeres embarazadas, maestros y personal de salud.
5. Describir el impacto del modelo pedagógico aplicado en escolares de 6 años de primaria y de 1er. A 3er. de secundaria mediante el análisis del discurso a partir de la etnometodología.

## VIII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los adolescentes son influidos por el contexto social donde se desenvuelven, sus grupos de pertenencia, sus circunstancias económicas y culturales, su género y otras condiciones de su vida. Siendo así, se podría hablar de subgrupos de adolescentes, con sus propias características y necesidades<sup>8</sup>.

Es por ello que una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida en que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes<sup>32</sup>

El embarazo durante la adolescencia es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los/ las jóvenes<sup>8</sup>.

En los últimos 3 años se ha encontrado un incremento paulatino en la prevalencia de embarazos en mujeres adolescentes a nivel nacional, el cual presenta el 27.32%, 27.81% y 28.15% en los años 2010, 2011 y 2012 respectivamente. En La localidad de Tepeapulco mostraba una constante, sin embargo en el año 2012 mostro un importante incremento de 22.8 En 2010 a 28.7%, el cual es mayor que el nivel Jurisdiccional 22.93% y el Estatal a 24.93%. En el corte de Enero a Junio 2013 se reportó un incremento desmedido en la atención de primera vez de mujeres embarazadas entre 10 y 19 años en la localidad, reportando el 41.8%, mayor al registrado por nivel Jurisdiccional se registró el 28.6% y a nivel estatal 25.37%

De acuerdo al Sistema de Información en Salud se ha registrado que todos los municipios tienen en control mujeres adolescentes embarazadas; el seguimiento y control del embarazo de tales mujeres implica tener un expediente con formatos propios a la condición de la usuaria que permitan identificar factores de riesgo y las condiciones actuales con el propósito de evitar complicaciones. Es por ello que el presente estudio pretende identificar las condiciones sociodemográficas y ginecológicas de las mujeres adolescentes.

En la revisión de los estudios que se han hecho y se incluyen dentro del Marco referencial del presente trabajo, podemos notar que existe una gran cantidad de artículos relacionados con "Embarazo en Adolescente" que contienen su incidencia de riesgos y complicaciones, factores biopsicosociales, significancias de

la sexualidad y salud reproductiva, basándose en la aplicación de encuestas sobre educación sexual y hábitos sexuales.

En el aspecto de sexualidad la Encuesta Nacional de Salud, interroga sobre con quien han aprendido lo más importante sobre sexualidad se obtuvo una respuesta nacional de mis padres 33.8% en comparación de 33.5 en Hidalgo, Maestro 27.5% en el estado de 32.6%, yo solo de 11.2% en relaciona nuestro estado de 12.4%. El 61.8% respondió que los más importante aprendió sobre sexualidad fue en la escuela. En Hidalgo se ha encontrado un incremento en los últimos 5 años, de los nacimientos registrados en mujeres menores de 20 años, el cual representa el 19.5%. Siendo la educación secundaria en un 42.1% la escolaridad de la madre y en segundo lugar la primaria completa con 22.3%.

Conociendo que el grupo de 15 a 19 años de edad es donde se presenta el mayor porcentaje de inicio de vida sexual, adquisición de conocimientos sobre sexualidad, mayor deserción escolar e hijos nacidos vivos, nos encontramos ante la tarea de evaluar la estructura educativa que reciben, percibiendo el impacto ante la prevención de embarazo.

Por lo anterior y con el antecedente de contar con el estudio titulado “Un análisis del embarazo adolescente en la localidad de Tepeapulco, Hidalgo” el cual identifica algunas características sociodemográficas de las adolescentes de la localidad. A la fecha no se encuentra ningún otro estudio que permita conocer los cambios que ha presentado la población.

#### PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

Por lo anterior, la pregunta que debemos responder es: ¿Cuáles son los elementos presentes en el embarazo en mujeres adolescentes y cuál ha sido el impacto de las estrategias educativas y de salud pública en la localidad de Tepeapulco, Hidalgo?

## **IX. HIPÓTESIS**

Existen elementos presentes en el embarazo en mujeres adolescentes en la localidad de Tepeapulco, Hidalgo.

Clasificación de hipótesis: direccional, reversible, estocástica, compleja.

### **HIPOTESIS GENERADAS**

- Una educación deficiente fundamentada en el modelo pedagógico tradicional no permite que el o la adolescente, piense y se cuestione respecto a la responsabilidad de iniciar vida sexual activa precoz.
- Independientemente de la participación del sector salud en la prevención del embarazo en adolescente y de la educación escolar, este continua presentándose, derivado de la deficiente educación escolar fundamentada en la pedagogía tradicional, principalmente en nivel terminal de primaria y educación secundaria.
- La educación del adolescente fundamentada en la pedagogía constructivista permite pensar y auto cuestionarse la realidad ante el inicio de vida sexual activa precoz, lo que conlleva a evitar un embarazo.

## X. METODO

### Diseño del estudio.

Se realizó un estudio epidemiológico observacional descriptivo de carácter transversal y cualitativo desde la etnometodología centrado en el discurso de informantes clave.

### Ubicación espacio-temporal.

La investigación fue realizada mediante la búsqueda intencionada de variables consideradas de riesgo en los expedientes clínicos de las usuarias del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud, en la localidad de Tepeapulco, Hgo.

### Muestra

$$n = \frac{NZ^2a/Zd^2 P (1-P)}{(N - 1)E^2 + Z2a/Zd2 P (1-P)}$$

Z <sup>2</sup> a=	1.96	n=	138.355439
p=	0.287		0.83857676
q=	0.713	n=	164.988401
E <sup>2</sup> =	0.05	n=	165
N=	176		

FACTOR	DE		
CORRECCIÓN		<b>FC=</b>	$\frac{N}{1 + \frac{n}{N}}$
N=	176	<b>FC=</b>	165
.n=	165	<b>FC=</b>	1.9375
		<b>FC=</b>	85.1612903
		<b>FC=</b>	85

TNR = Tasa de No Respuesta.

		<b>n<sup>1</sup> =</b>	<b>n * TNR</b>
TNR=	10 %	<b>n<sup>1</sup> =</b>	8.52
		<b>n<sup>1</sup> =</b>	94

Para la investigación cualitativa se tomaron entrevistas en profundidad de 9 estudiantes correspondientes de 5° y 6° de primaria, 1°, 2° y 3er. Año de secundaria, 6 profesores de dichos grados escolares, 2 personal de salud y 3 mujeres embarazadas en control prenatal en la unidad de salud.

### **Población de estudio.**

#### **Criterios de inclusión:**

- Mujer adolescente embarazada de 10 a 19 años que demando atención médica para control prenatal de la Secretaría de Salud del municipio de Tepeapulco, Hgo.
- Paciente censada por la Secretaría de Salud de la localidad de Tepeapulco, del municipio de Tepeapulco, Hgo.
- Alumnos de 5° y 6 ° de primaria, 1°, 2° y 3er. Año de secundaria, profesores de dichos grados escolares de las escuelas de responsabilidad del sector salud.
- Personal de salud de la Secretaría de Salud.

#### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes embarazada adolescente que no cuenten con expediente clínico.
- Usuarias con control prenatal en otras instituciones de salud.
- Alumnos y profesores de escuelas de responsabilidad de otra institución de salud.

#### **Criterios de eliminación.**

- Mujeres embarazadas adolescentes cuyo expediente clínico no cuente con el 100% de los ítems seleccionados.

### **Universo de trabajo.**

Mujeres embarazadas adolescentes atendidas por los Servicios de Salud en el área geográfica de Tepeapulco, Hidalgo que acuden a consulta.

Alumnos de 5° y 6° año de primaria, 1°, 2° y 3er. Año de secundaria, profesores y personal de salud.

### **Diseño muestral**

Se utilizó el diseño muestral no probabilístico, a juicio, por cuotas.

## Obtención de información.

Mediante bibliografía se identificaron las variables consideradas de riesgo y que podían ser extraídas del expediente clínico. Se categorizaron 18 variables en antecedentes individuales, antecedentes personales no patológicos y antecedentes ginecoobstetricos.

Los antecedentes individuales fueron conformados por la variable edad, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, derechohabencia, todas de carácter politómico y cualitativas.

Para los antecedentes personales patológicos el hacinamiento, promiscuidad, violencia, adicciones tal como alcoholismo y tabaquismo. Se dicotomizó las variables otorgando 1 (uno) en caso de la usuaria hubiera referido si durante la integración de su expediente y 2 (dos) si el antecedente era negativo.

Los antecedentes ginecoobstetricos se incluyen número de embarazos (gesta), menarca, edad de inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, si ha utilizado método de planificación familiar, y años transcurridos desde la aparición de la menarquía y el primer coito.

Paralelamente se realizó entrevistas en profundidad mediante una guía de entrevista para análisis de discurso que incluyó preguntas sobre educación sexual y embarazo en adolescencia.

## Variables.

### Cuadro 1. Variables epidemiológicas.

Variabes de tiempo	Variabes de lugar	Variabes de persona
JUNIO 2012-JUNIO 2013	TEPEAPULCO	EDAD
		ESTADO CIVIL
		ESCOLARIDAD
		OCUPACIÓN
		RELIGIÓN
		GESTAS
		MENARCA
		INICIO DE VIDA SEXUAL
		NÚMERO DE PAREJAS
		METODO ANTICONCEPTIVO
		HACINAMIENTO
		PROMISCUIDAD
		VIOLENCIA
		TIPO DE VIOLENCIA
		ALCOHOLISMO
		TABAQUISMO
		TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE MENARCA E IVSA

**Cuadro 2. Definición conceptual y operacional de las variables.**

No	Variable	Definición conceptual	Definición operacional
1	EDAD	Tiempo que ha vivido una persona <sup>31</sup> .	Años de vida en números enteros al momento del estudio
2	ESTADO CIVIL	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes <sup>32</sup> .	Condición social en la que refiere la adolescente plasmado en el expediente clínico.
3	ESCOLARIDAD	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza <sup>33</sup> .	Años cursados durante el embarazo.
4	OCUPACIÓN ACTUAL	Profesión, acción o función que se desempeña para ganar el sustento que generalmente requiere conocimientos especializados <sup>34</sup> .	Actividad que realiza la usuaria con o sin percepción de ingreso para su sustento.
5	RELIGIÓN	Actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural <sup>27</sup> .	Práctica religiosa que refiere.
6	DERECHOHABIENCIA	Es el derecho de las personas a recibir servicios médicos en instituciones de salud públicas o privadas, como resultado de una prestación laboral por ser pensionado o jubilado, por inscribirse o adquirir un seguro médico o por ser familiar designado beneficiario <sup>35</sup> .	Es el derecho de las mujeres a recibir servicios médicos en instituciones de salud públicas por inscribirse algún tipo de seguro médico o por ser familiar designado beneficiario.
7	MENARCA	Primera menstruación. Suele aparecer entre los 13 y 16 años, dependiendo de factores genéticos y ambientales <sup>36</sup> .	Edad de la primera menstruación de la adolescente.
8	INICIO DE VIDA SEXUAL	Primer contacto físico en la vida, entre personas fundamentalmente con el objeto de dar y/o recibir placer sexual, o con fines reproductivos <sup>37</sup> .	Años cumplidos en números enteros que se presentó su primer coito.
9	TIEMPO TRASCURRIDO ENTRE MENARCA E IVSA	Tiempo es la magnitud física con la que medimos la duración <sup>27</sup> .	Años transcurridos entre menarquia e inicio de vida sexual activa.

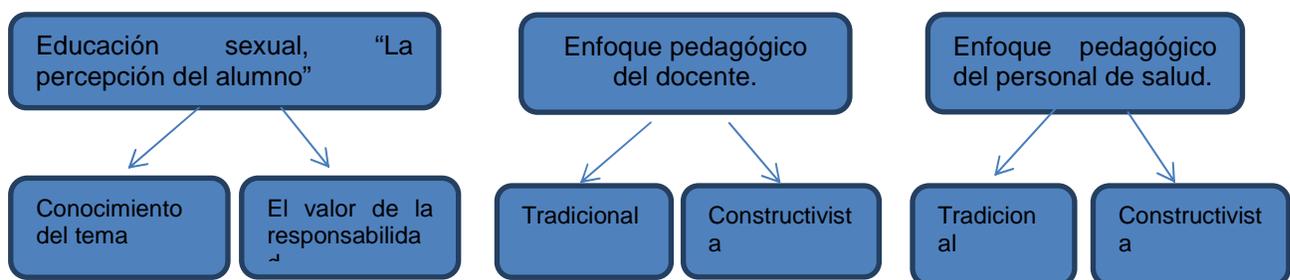
10	PAREJA SEXUAL	Par de personas que mantienen entre sí algún tipo de relación o semejanza de carácter sexual <sup>38</sup> .	Persona varón con quien mantiene contacto sexual con la mujer adolescente.
11	METODO ANTICONCEPTIVO	Es aquel que impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual que incluyen coito vaginal.	Método utilizado para evitar la concepción.
12	GESTAS	Llevar y sustentar la madre en su vientre al feto hasta el momento del parto <sup>39</sup> .	Número de embarazos que ha tenido la usuaria.
13	HACINAMIENTO	Amontonamiento, acumulación <sup>40</sup> . Es el numero personas que viven en el hogar / No. de dormitorios. Se considera positivo al convivir más de 2 personas por habitación	Compartir una habitación más de dos personas.
14	PROMISCUIDAD	Indica una condición sexual psicológica de cualquier persona cuyos actos no siempre son acordes a su sexualidad voluntaria, ya que puede estar condicionada o reprimida por factores culturales, de sociedad, religión, responsabilidad de cualquier tipo o por pudor.	Compartir una habitación más de dos hombres y mujeres.
15	VIOLENCIA	Patrón de conducta asociado a una situación de ejercicio desigual de poder <sup>41</sup> .	Agresión que recibe la mujer embarazada.
16	TIPOS DE VIOLENCIA	Es el tipo de interacción humana que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, aprendida o imitada, provocan o amenazan con hacer un daño o sometimiento grave (físico, sexual o psicológico) a un individuo o una colectividad <sup>42</sup> .	Agresión física, psicológica, afectiva o de abandono que recibe una persona.
17	ALCOHOLISMO	Síndrome de dependencia o adicción al alcohol etílico <sup>43</sup> .	Consumo positivo de alcohol durante el embarazo.
18	ADICCIONES	Conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia psicoactiva <sup>42</sup> .	Consumo positivo de tabaco durante el embarazo.

**Cuadro 3.** Operacionalización de las variables.

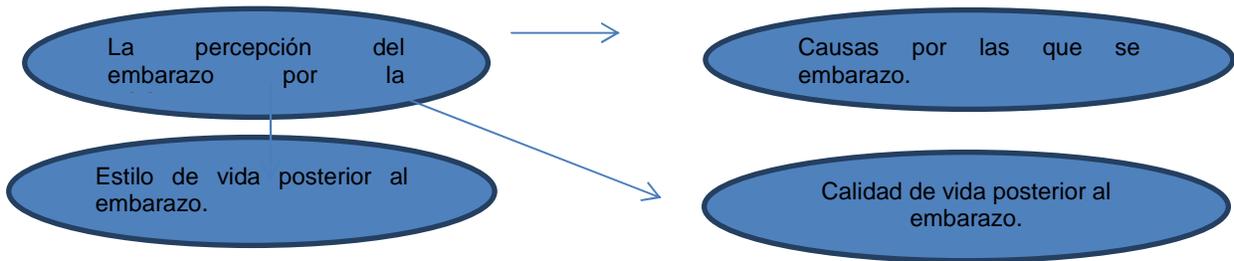
N o.	Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Unidad de medida	Escala	Valor
1	EDAD	Cuantitativa	Individual	Demográfico	Fecha de nacimiento.	Discreta	Número de años cumplidos.
2	MENARCA	Cuantitativa	Individual	Biológico	Edad de inicio	Discreta	Número de años cumplidos.
3	INICIO DE VIDA SEXUAL	Cuantitativa	Individual	Biológico	Primer coito.	Discreta	Edad en años.
4	NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	Cuantitativa	Social	Biológico	No. De parejas	Discreta	Número de parejas
5	TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE MENARCA E IVSA	Cuantitativa	Individual	Biológico	Años	Discreta	Tiempo en años
6	ESTADO CIVIL	Cualitativa	Social	Demográfico	Situación civil.	Nominal, politómica.	1. soltero, 2.casado, 3.Divorciado ó separado, 4. Viudo, 5.Unión libre
7	ESCOLARIDAD	Cualitativa	Educativa	Demográfico	Nivel escolar cursado.	Ordinal, politómica	1. Primaria incompleta. 2.Primaria completa 3.Secundaria incompleta 4.Secundaria completa 5.Bachillrato incompleta 6.Bachillerato completa 7.Técnico 8.Profesional
8	OCUPACIÓN ACTUAL	Cualitativa	Socioeconómico	Laboral	Actividad o empleo que realiza.	Nominal, politómico.	1.Estudiante 2.Hogar 3.Empleada
9	RELIGIÓN	Cualitativa	Socioeconómico	Demográfico	Creencia que profesa	Nominal, politómico.	1.Católica, 2. Cristiana, 3.Testigo de Jehová, 4.Creyente
10	DERECHOHABIENTIA	Cualitativa	Socioeconómico	Demográfico	Cuenta con derechohabientia	Dicotómica	1. Si 2. No

11	GESTAS	Cuantitativa	Individual	Biológico	Número de embarazos.	Discreta	Número de embarazos.
12	METODO ANTICONCEPTIVO	Cualitativa	Preventiva	Biológico	Uso de algún método anticonceptivo.	Dicotómica	1. Si 2. No
13	HACINAMIENTO	Cualitativa	Social	Calidad de vida	Compartir más de 2 personas misma habitación.	Dicotómica	1. Si 2. No
14	PROMISCUIDAD	Cualitativa	Social	Calidad de vida	Compartir más de 2 hombres y mujeres misma habitación.	Dicotómica	1. Si 2. No
15	VIOLENCIA	Cualitativa	Social	Calidad de vida	Presentar algún tipo de violencia	Dicotómica	1. Si 2. No
16	TIPO DE VIOLENCIA	Cualitativa	social	Calidad de vida	Tipo de violencia que presenta	Politómica.	1. Física, 2. Psicológica 3. Sexual 4. Abandono.
17	ALCOHOLISMO	Cualitativa	Social	Calidad de vida	Consumir alcohol	Dicotómica	1. Si 2. No
18	TABAQUISMO	Cualitativa	Social	Calidad de vida	Consumir tabaco	Dicotómica	1. Si 2. No

### Categorías para el análisis del discurso centradas en alumnos, maestros y personal de salud



## Categorías para el análisis del discurso centradas en la adolescente embarazada.



## Ruta Crítica

Diagrama del proceso de la investigación-ruta crítica.



## Cronograma de actividades.

ACTIVIDAD	DURACION	ACTIVIDAD PREDECESORA
A. Revisión y corrección del protocolo de investigación	16 semanas	No aplica
B. Revisión de bibliografía	8 semanas	A.
C. Recolección de datos de expedientes clínicos	8 Semanas	B
D. Aplicación de encuestas cualitativas a estudiantes, maestros, personal de salud y embarazadas.	4 Semanas	B
E. Análisis de resultados, construcción de base de datos y aplicación de medidas estadísticas correspondientes al diseño.	12 Semanas	C,D
F. Elaboración del documento final de tesis.	8 semanas	E
G. Presentación para revisión ante sinodales correspondientes.	4 Semanas	F
H. Correcciones indicadas en el documento de tesis.	2 semanas	G
I. Presentación final de Tesis ante sinodales correspondientes	2 semanas	H
J. Reunión con directo del proyecto para verificar avances.	48 semanas	A,B,C,D,E,F,G,H,I.

### Fuentes de información

Metodología de Investigación: La fuente de información fue primaria de tipo retrolectiva, los datos se obtuvieron a partir los expedientes clínicos de las mujeres adolescentes embarazadas. En el aspecto cualitativo se aplicó una guía de entrevista en profundidad a maestros y alumnos de 5° y 6° de primaria, y de todos los grados nivel secundaria, así como a mujeres embarazadas en control prenatal

y personal de salud. Las cuales se realizaron por parte del coordinador de la investigación así como el director de la misma, mediante supervisión interna. Se utilizaron programas estadísticos para la captura e interpretación de la base de datos.

Bases y fuentes de información: la información fue recolectada de los expedientes de la población adolescente quien acudió para control prenatal por los Servicios de Salud de Hidalgo, en el municipio de Tepeapulco, de la jurisdicción Sanitaria XI Apan.

### **Plan de análisis de la información.**

1. El análisis de la información se realizó efectuando una base de datos en Excel y su lectura analítica en SPSS-19.
2. Se realizó análisis univariado.
3. Se realizó correlaciones mediante la X de Pearson.
4. El análisis cualitativo se hizo mediante el programa estadístico Atlas. Ti

### **El proceso de la investigación.**

El proceso de la investigación inició con el planteamiento del proyecto, se informó y solicitó información a la Coordinación Médico municipal Tepeapulco sobre las usuarias adolescentes que acudieron a control de embarazo y se encontraban en los censos nominales durante el periodo junio 2012 a junio 2013.

Mediante los criterios de inclusión se realizó la recolección de información de los expedientes clínicos.

La investigación cualitativa se realizó en la Primaria y Telesecundaria bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud. Así como el personal de salud y las mujeres en control prenatal.

## **XI. MARCO TEÓRICO**

### **A. Panorama epidemiológico de los adolescentes**

La preocupación demográfica en torno al tema retoma datos de la ONU que señalan que el 20% de las mujeres latinoamericanas inician la maternidad antes de los 18 años y 40% antes de cumplir los 20 y que en México el 57% de las mujeres adolescentes han tenido alguna experiencia sexual lo que aumenta su riesgo de embarazo.

El modelo de transición epidemiológica en México queda definido por procesos sociales y de salud, así: 1) variables demográficas y patrones reproductivos; 2) el empleo y la educación; 3) la salud y la sexualidad, y 4) el acceso a los servicios en general. Con esta información es posible definir ante qué escenario en salud nos encontramos y poder ubicar, con la infraestructura en salud disponible, el modelo de atención más adecuado para adolescentes en México<sup>44</sup>.

#### **Aspectos demográficos.**

En el ámbito mundial, adolescentes y jóvenes (10 a 24 años de edad) representan la cuarta parte de la población; alrededor de 1 700 millones de personas se encuentran en este grupo de edad, de los cuales 85% viven en los países en desarrollo. En México la población de este grupo de edad se ha incrementado considerablemente a partir de la segunda mitad del siglo XX en números absolutos<sup>23</sup>.

De acuerdo con el Censo de Población de 2010, en México habitan 36.2 millones de jóvenes entre 12 y 19 años. De los cuales 17.8 millones (49.2%) son varones y 18.4 millones (50.8%) son mujeres; Hidalgo concentra el 2.4% de la población de jóvenes en México. Los grupos de edad se desglosan por 6.5 millones de 12 a 14 años y 11 millones de 15 a 19 años, de los cuales el 49.9% son mujeres. De la población de 12 a 14 años el 49.5% corresponde al sexo femenino, mientras que del grupo de 15 a 19 años el 50.1% son mujeres<sup>45</sup>.

#### **Empleo**

En la actualidad los adolescentes forman una parte importante de la población económicamente activa. Cada año se agregan al mercado de trabajo personas menores de 20 años de edad y para el año 2000 los hombres menores de 19 años de edad que participan ya en el campo laboral son cerca de 44% del total de ellos y las mujeres 24% de ellas, en total 35.8. De la población económicamente

inactiva de adolescentes 56% se dedica a estudiar, a labores domésticas 22%; entre las mujeres que no estudian 32.7% se dedican a labores del hogar, mientras que de los hombres lo hacen solamente 1.1%<sup>46</sup>.

Nuestro país ocupa la segunda posición entre los países con mayor proporción de mujeres que no estudian ni trabajan con 35.1%, después de Turquía (OECD 2011). En ambos sexos el 6% del grupo de edad de 12 a 15 años y 17.7% de 16 a 18 no estudia ni trabaja, de los cuales 3 de cada 4 jóvenes son mujeres. En Hidalgo el 12.6 % de la población de 12 a 29 años presenta el fenómeno que no estudia ni trabaja encontrándose antepenúltimo lugar de la lista de estados. Las mujeres por lo general dejan la escuela más tempranamente entre los 15 y 18 años<sup>47</sup>. El 59.2% de mujeres bajo estas condiciones ha tenido hijos nacidos vivos, correspondiendo el 5.1% en el grupo de 12 a 15 años y el 26.7 % en el rango de edad de 16 a 18 años<sup>48,49</sup>.

## **Escolaridad**

En México 97% de las y los adolescentes saben leer y escribir, la población general ha incrementado su nivel de instrucción y la brecha entre hombres y mujeres es nula, no así entre adolescentes indígenas en los cuales el analfabetismo puede llegar a 9% entre las mujeres. El problema de la asistencia a la escuela es la necesidad de preparación más especializada en los centros de trabajo.

Solamente 53% de la población menor de 19 años de edad asiste a la escuela; de los jóvenes de 10 años de edad acude 93%, pero de los mayores de 15 años de edad solamente 65%.

La escolaridad de las adolescentes embarazadas en el estado de Hidalgo es en un 42.1% secundaria y en segundo lugar la primaria completa con 22.3%.

## **Salud sexual**

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud"<sup>50</sup>.

Los cuatro pilares del concepto de salud reproductiva son: la planificación familiar, la maternidad sin riesgos, la sobrevivencia del niño y el sexo seguro. En estos se fundamenta el concepto de salud reproductiva desde un punto de vista de los servicios del sector salud.

Los adolescentes tienen necesidades de salud particulares que difieren en aspectos importantes de las que tienen los adultos, donde la equidad de género es un componente imprescindible para satisfacerlas y asegurar la salud sexual y reproductiva a lo largo de todo el ciclo vital.

En el ámbito de la salud sexual, el conocimiento sobre métodos anticonceptivos se ha incrementado de forma sostenida entre los adolescentes, pues 90% reportó tener conocimiento de algún método. Esto se refleja en que las cifras de adolescentes que iniciaron vida sexual sin protección disminuyó en el caso de las mujeres de 79.1% en 2000 a 32.9% en 2012, y en los hombres de 47.5% en 2000 a 14.4% en 2012<sup>52</sup>.

El porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que han iniciado vida sexual alcanza 23%, con una proporción mayor en hombres con 25.5%, en relación con las mujeres, con 20.5%. Del total de adolescentes sexualmente activos, 14.7% de los hombres y 33.4% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual, lo que representa una reducción notable en relación años<sup>52</sup>.

En cuanto al embarazo adolescente, las mujeres adolescentes de 12 a 19 años de edad que tuvieron relaciones sexuales, la mitad (51.9%) alguna vez ha estado embarazada. La proporción de alguna vez embarazada es menor a la registrada en 2006, que fue de 61%<sup>51</sup>.

A pesar que la tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años ha venido disminuyendo desde los años setenta, no ha habido una reducción importante en el número de madres adolescentes. En el año 2006 se calculó que había más de 574 mil menores de 20 años que ya habían tenido un embarazo<sup>22</sup>.

La tasa de fecundidad en 2011 de las mujeres de 12 a 19 años de edad fue de 37.0 nacimientos por cada 1 000 mujeres, superior a la observada en 2005 de 30.0 nacimientos por cada 1 000 mujeres<sup>52</sup>.

El Censo de Población y vivienda INEGI 2010, reporta en el año 2011 que el 19.2% de los nacimientos son en madres adolescentes, siendo este la cifra más alta registrada desde 1990. En Hidalgo se ha encontrado un incremento en los

últimos 5 años, presentado el 19.5% de los nacimientos registrados en mujeres menores de 20 años, mayor a la nacional<sup>46</sup>.

## **Servicios de salud**

El acceso a los servicios de salud en la población es medido a través de la derechohabiencia (DH) a la seguridad social. Entre la población general la DH es de 40% para todo el país, aunque es de señalar que para los niños de menos de 10 años de edad disminuye a 37.3% y para adolescentes de 10 a 19 años de edad es tan sólo de 35.6%. Entre hombres y mujeres no existe diferencia para esta observación. De adolescentes el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) asegura solamente a 28.4% y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a 5.6%, porcentajes inferiores a aquellos de la Población general<sup>23</sup>.

## **B. Adolescencia**

Adolescencia es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica; fija sus límites entre los 10 y 19 años. La adolescencia constituye un período de la vida donde ocurren una serie de cambios con rapidez vertiginosa que se reflejan en la esfera anatomofisiológica, social y cultural<sup>51</sup>.

La adolescencia ha sido, en general, definida desde diferentes enfoques biológicos, psicológicos, pedagógicos, o bien, demográficos.

Se considera la adolescencia como la etapa donde se presentan los mayores cambios físicos y psicológicos del individuo, donde se completan los rasgos propios de identidad, base para el logro de la personalidad; por esta razón se divide en tres estadios: adolescencia temprana, intermedia y avanzada<sup>53</sup>.

Adolescencia temprana (10 a 13 años): Ligada a su madre, negación del embarazo, la maternidad provoca depresión y aislamiento, no hay lugar para el padre. El varón está ausente en sus planes.

Adolescencia media (14 a 16 años): Dramatización de la experiencia corporal y emocional, se siente posesiva en relación al feto, que a su vez es experimentado como un instrumento de la afirmación de independencia de los padres. Su actitud es ambivalente: de culpa y orgullo. El padre tiene un lugar: El varón es considerado importante como una esperanza en el futuro.

Adolescencia tardía (17 a 19 años): Adaptación al impacto de la realidad, sentimientos maternos. Búsqueda de afecto y compromiso de parte del varón y establecimiento como un futuro compañero<sup>54</sup>.

Aunque hay características físicas, cognitivas y socioemocionales que definen esta etapa evolutiva, los adolescentes no pueden considerarse un grupo homogéneo. Los adolescentes son influidos por el contexto social donde se desenvuelven, sus grupos de pertenencia, sus circunstancias económicas y culturales, su género y otras condiciones de su vida. Siendo así, se podría hablar de subgrupos de adolescentes, con sus propias características y necesidades<sup>8</sup>.

Es por ello que una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida en que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes<sup>32</sup>.

### **C. Embarazo en adolescencia y sus repercusiones.**

El embarazo en la adolescencia se define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen.

El embarazo durante la adolescencia es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los/ las jóvenes<sup>8</sup>.

El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.

No parece haber acuerdo entre los autores en relación a las causas del embarazo en la adolescencia. Refieren que factores de diferente naturaleza, como los que se mencionan a continuación, pueden aumentar su posibilidad de ocurrencia: personales (edad de la menarquía, deseo de independencia, ignorancia de su anatomía y fisiología, desconocimiento de métodos preventivos, soledad y baja autoestima, embarazo anterior, uso y abuso de drogas); familiares (inestabilidad

familiar, padre o madre con enfermedad crónica, ejemplo familiar de embarazo, falta de comunicación entre padres e hijos); sociales (liberación de costumbres, estrato social de menos recursos económicos; presión grupal y de pareja, carencia de oportunidades reales, influencia de los medios de comunicación social, falta de políticas coherentes para abordarlo, abuso sexual, prostitución y pornografía en adolescentes)<sup>55</sup>.

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

1. Factores de riesgo individuales: Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.

2. Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.

3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes<sup>56,57,58</sup>.

Se puede considerar que el embarazo en la adolescencia constituye un problema de salud pública, no sólo por sus altas cifras, sino por los riesgos de salud que conlleva. En América Latina, la principal causa de muerte para el grupo de edad entre los quince y diecinueve años continúa siendo la obstétrica directa, así como las complicaciones del aborto, especialmente el inducido y en condiciones inseguras<sup>59</sup>.

El embarazo en las adolescentes tiene un riesgo mucho mayor de complicaciones para su salud y la de su futuro bebé si decide convertirse en mamá. Un embarazo en estas edades puede producir complicaciones invalidantes definitivas en los planos orgánico, social y psicológico de las madres puede provocarles serios trastornos biológicos, sobre todo si es menor de 15 años<sup>60</sup>.

La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido patologías encontradas por muchos autores como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes, los trastornos hipertensivos del embarazo disminuían al avanzar la edad, convirtiéndose el embarazo en adolescentes en un factor de riesgo para desarrollar la patología<sup>61</sup>. En cuanto a la anemia, se identifica que es una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada<sup>8</sup>.

Con relación al trabajo de parto prolongado, a las lesiones durante el parto y a la desproporción cefalopélvica, la literatura reporta que esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que en las adolescentes condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyendo esto una causa importante de trabajo de parto prolongado y parto instrumentado y por cesárea<sup>62</sup>.

La joven adolescente también durante el embarazo puede presentar alteraciones emocionales, ya que debe asumir una multiplicidad de roles adultos<sup>8</sup>. Es así como la madre adolescente a nivel psicológico puede presentar problemas emocionales tales como depresión, síndrome del fracaso de la madre, sentimiento de pérdida de la juventud e incluso suicidio<sup>63</sup>.

Desafortunadamente las consecuencias perjudiciales no se limitan al punto de vista biológico; a éstas se añaden otras en el plano social tales como la deserción escolar ya que la madre adolescente suele interrumpir o abandonar sus estudios y rara vez lo reanuda con posterioridad; la incorporación temprana a la vida laboral, el desajuste en la integración psicosocial, la escasa preparación para desarrollar una relación satisfactoria con los hijos, el ceder el hijo en adopción, el tener un hijo no deseado y a veces maltratado, la formación de familias mono parentales o desarraigadas y aceptar un matrimonio forzado y posterior divorcio y separación<sup>64, 65</sup>.

En la gestante adolescente la deserción escolar conlleva a un nivel educativo bajo lo cual le disminuye la posibilidad de acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer al menos sus necesidades básicas. Debido a que la pareja es generalmente un adolescente o joven que no asume su responsabilidad paterna,

provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre y el niño<sup>66</sup>.

El embarazo en adolescentes no solamente representa riesgos para la salud de la madre, sino también para la salud de sus hijos, el embarazo del que provienen supone un aumento de la morbimortalidad relacionado con bajo peso, prematuridad, aumento de la morbimortalidad perinatal, negligencia en los cuidados de salud en los primeros años de vida, menor duración de la lactancia materna, incumplimiento del calendario de vacunas, desnutrición, mayor cantidad de abuso físico y accidentes traumáticos, síndrome de muerte súbita, infecciones agudas y posibilidad de envenenamiento e intoxicación<sup>43, 67,68</sup>.

#### **D. Educación Sexual**

El término educación sexual se usa para describir el conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, la reproducción y, más específicamente, la reproducción humana, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, los estudios de género y otros aspectos de la sexualidad humana, con el objetivo de alcanzar una satisfactoria salud sexual y reproductiva<sup>51</sup>.

La educación de la sexualidad integral y basada en un enfoque de derechos contribuye al desarrollo de competencias para ejercer los derechos sexuales y reproductivos y favorece una mejor calidad de vida actual y futura. Además de ser un derecho, es una herramienta fundamental para que las personas puedan tomar decisiones autónomas, informadas, responsables y saludables sobre este aspecto de sus vidas<sup>69</sup>.

En 1932, el Secretario de Educación: Narciso Bassols, introdujo diversas reformas en la enseñanza media. La sociedad mexicana de eugenesia sometió a la consideración de la Secretaría de Educación Pública unas bases para la implantación de la educación sexual en las escuelas. El secretario turno el proyecto a la comisión técnica consultiva, lo que después de estudio detenido rindió un dictamen cuya conclusión fue: "La educación sexual debe impartirse desde el 3er. Ciclo de la escuela primaria y en alguno o en algunos grados de la escuela secundaria"<sup>70</sup>.

Dentro de los planes y programas de estudio de la educación recibida en los alumnos de preescolar, primaria y secundaria, se establece que, los niños desde el kínder empiezan a recibir nociones de reproducción de plantas y animales en sus juegos. A los niños de 7 a 11 años de edad, se imparten mayores conocimientos sobre reproducción de plantas y animales, así como impartirles nociones sobre parasitología. A los jóvenes de 12 a 16 años, se les imparte nociones de embriología, mayores conocimientos de la reproducción de los reinos vegetal y animal, nociones de los órganos sexuales y prevención de las enfermedades venéreas. Para los jóvenes de 17 a 21 años, mayores conocimientos de embriología, funciones del aparato reproductor, higiene en el matrimonio y prevención de las enfermedades venéreas<sup>71</sup>.

La Organización Panamericana de la Salud propone que los problemas de los adolescentes, como el embarazo, deben abordarse bajo un marco conceptual que se aproxime a la salud sexual y el desarrollo de los adolescentes dentro de un enfoque más amplio de desarrollo humano y promoción de la salud<sup>72</sup>.

Este nuevo marco conceptual considera tanto factores individuales, como sociales y del medio ambiente, en la salud sexual y el desarrollo del adolescente. A nivel individual se consideran factores biológicos, cognitivos y psicosociales y a nivel social y medioambiental factores como la familia, los pares, la escuela y el nivel educativo, la sociedad y la cultura, el nivel socioeconómico, los derechos de equidad y el empoderamiento de los adolescentes<sup>8</sup>.

En México, un porcentaje importante de adolescentes y jóvenes inicia su vida sexual a edades tempranas. Tener acceso a educación de la sexualidad integral contribuye a posponer el momento de inicio de la vida sexual, así como a fortalecer la capacidad de prevenir embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida el VIH/Sida<sup>48</sup>.

En julio de 1994 el sector salud de México dio inicio a un programa de cobertura nacional con el lema "En Buen Plan... Planifiquen", con la misión de propiciar y proteger el derecho de la población adolescente a la información, comunicación y servicios de salud con una visión integral, priorizando la salud sexual y reproductiva de este grupo etario.

El impacto de las acciones realizadas por el sector público y la sociedad civil organizada en materia de salud sexual y reproductiva para la población adolescente, se reflejó en el incremento en el uso de métodos anticonceptivos entre las adolescentes unidas. Mientras que en 1997 el empleo de métodos

anticonceptivos en las adolescentes unidas era de 44.9%, para 2002 se elevó a 48.8%.

Los programas dirigidos a adolescentes establecidos por la Secretaría de Salud, se fundamentan en que el personal que participa en la atención a los/las adolescentes contar con recursos teórico-prácticos que le permitan realizar acciones preventivas acordes a las necesidades particulares de dicha población. A fin de mejorar la calidad de la atención que se otorga a través de los servicios amigables para adolescentes y lograr mayor impacto con las acciones de prevención.

En este sentido se exponen las causas y consecuencias del embarazo no planeado y se proporcionan conceptos básicos para el empleo de recursos anticonceptivos y el desarrollo de actividades educativas y estrategias de prevención, con la finalidad de que el personal operativo refuerce los aspectos educativos y de servicio<sup>73</sup>.

## XII. RESULTADOS

Esta investigación analizó 94 expedientes de mujeres embarazadas adolescentes de edades entre 10 a 19 años, quienes acudieron a su control prenatal en el Centro de Salud de Tepeapulco de la Secretaría de Salud, del municipio de Tepeapulco, Hidalgo.

Todas las variables fueron extraídas de los expedientes clínicos incluyendo datos de la historia clínica, historia clínica perinatal, encuestas específicas para detección de violencia y adicciones. La columna "N" (Tabla I) representa el número de casos válidos para cada variable. El N total de la muestra es 94, pero como se puede apreciar en la tabla, el número de casos varía en pocas variables. La variable con menor puntuación es tipo de violencia.

**Tabla Ia:** Distribución de variables cuantitativas y datos estadísticos descriptivos, en la población de mujeres adolescentes en control prenatal en el Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud, en el estudio "Análisis de embarazo en adolescentes, un enfoque mixto en la localidad de Tepeapulco, Hgo" durante el periodo junio 2012-junio 2013.

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS	EDAD	GESTA	MENARCA	IVSA	NO. DE PAREJAS	AÑOS TRANSCURRIDOS MENARCA-1ER COITO
<b>N</b>	94	94	94	94	87	89
<b>VALOR MINIMO</b>	13	1	9	11	1	1
<b>VALOR MAXIMO</b>	19	3	16	19	8	9
<b>MEDIA</b>	17.14	1.29	12.19	15.51	1.64	3.31
<b>MODA</b>	19	1	12	15	1	3
<b>MEDIANA</b>	17	1	12	15	1	2
<b>VARIANZA</b>	2.36	0.29	1.60	2.30	1.70	3.44
<b>DESVIACION ESTANDAR</b>	1.54	0.54	1.26	1.52	1.33	1.86
<b>RANGO ESTADISTICO</b>	6.00	2.00	7.00	8.00	8.00	8.00
<b>MEDIO RANGO</b>	22.50	2.50	17.00	20.50	5.50	5.50

FUENTE: Expedientes de mujeres en control prenatal del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud.

**Tabla Ib:** Distribución de variables cualitativas, en la población de mujeres adolescentes en control prenatal en el Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud, en el estudio “Análisis de embarazo en adolescentes, un enfoque mixto en la localidad de Tepeapulco, Hgo” durante el periodo junio 2012-junio 2013.

VARIABLES CUALITATIVAS	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACION	RELIGION	DH	METODO ANTICONCEPTIVO	CUAL	TIEMPO DE USO	HACINAMIENTO	PROMISCUIDAD	VIOLENCIA	TIPO DE VIOLENCIA	ALCOHOLISMO	TABAQUISMO
<b>FRECUENCIA</b>	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	14	94	94
<b>PROPORCIÓN</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	14.89%	100%	100%

FUENTE: Expedientes de mujeres en control prenatal del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud.

Respecto a la edad y con el objetivo de facilitar el análisis, se distribuyó por frecuencias en los que se incluyen a las mujeres del estudio (Tablall), iniciando en 13 años y finalizando en 19. Se observa que el 23.4% son mujeres en edad de 18 y 19 años (22 mujeres cada grupo de edad), seguida por la edad de 11 años (18 mujeres) que corresponde al 19.4%, continuando con un descenso del resto de las frecuencias en cuanto disminuyen los rangos siendo 13 años el último (2 mujeres) con un 2.12%, no encontrando mujeres embarazadas entre los 10 y 12 años.

Para las medidas de tendencia central para dicha variable se tiene en promedio las mujeres tuvieron al momento del estudio 17.14 años; mediana de 17 años y la edad que más se repitieron fue 18 años.

En cuanto a las medidas de dispersión de la variable edad, el rango estadístico es de 6 años, medio rango 15 años; el resultado de varianza 2.35, se desvían de 17.14 años, 1.53 unidades de la escala.

Se tiene evidencia que las mujeres menores de 16 años tienen mayor riesgo para tener fetos de bajo peso al nacer y presentar hipertensión inducida por el embarazo<sup>92</sup>, el 84% por ciento de las mujeres del estudio cuentan con dicha edad o son mayores.

**Tabla II.** Distribución de frecuencia de acuerdo a de edad (años cumplidos) en mujeres adolescentes en control prenatal en el Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud, en el “Análisis de embarazo en adolescentes, un enfoque mixto en la localidad de Tepeapulco, Hgo” durante el periodo junio 2012-junio 2013.

EDAD (EN AÑOS)	FRECUENCIA	FRECUENCIA ACUMULADA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA RELATIVA ACUMULADA	PORCENTAJE
13	2	2	0.02	0.02	2.13%
14	2	4	0.02	0.04	2.13%
15	11	15	0.12	0.16	11.70%
16	17	32	0.18	0.34	18.09%
17	18	50	0.19	0.53	19.15%
18	22	72	0.23	0.77	23.40%
19	22	94	0.23	1.00	23.40%

FUENTE: Expedientes de mujeres en control prenatal del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud.

En relación al estado civil (Tabla III), podemos apreciar que el 65.96% de las mujeres se encuentran en unión libre con sus parejas, el 25.53% son solteras y solo 8.51% refirió encontrarse casada. No se encontraron datos en la investigación de otros tipos unión. Lo cual no significa que 91.49% de las mujeres embarazadas en la adolescencia cuentan con una relación estable.

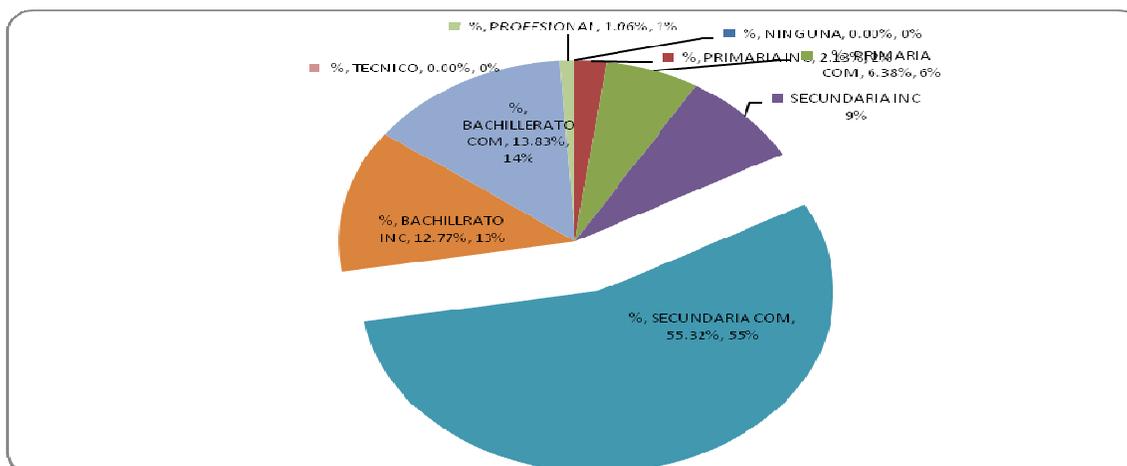
**Tabla III:** Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable estado civil en la población de mujeres adolescentes en control prenatal en el Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud, en el estudio “Análisis de embarazo en adolescente, un enfoque mixto en la localidad de Tepeapulco, Hgo” durante el periodo junio 2012-junio 2013.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC 95%	
SOLTERO	24	25.53%	25.35%	25.70%
CASADO	8	8.51%	8.33%	8.68%
UNION LIBRE	62	65.95%	65.78%	66.13%
TOTAL	94	100.00		

FUENTE: Expedientes de mujeres en control prenatal del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud.

El análisis realizado en la variable escolaridad muestra (Gráfica 1) que el 55.32% de las mujeres cuentan con educación secundaria completa, seguido del 26.95% correspondiente a bachillerato el cual se distribuye el 12.77% con bachillerato completo y el 13.83% con bachillerato incompleto; en orden decreciente la educación básica y solo una mujer que corresponde al 1.06% cuenta con educación profesional incompleta. Como se aprecia el mayor porcentaje se concentra en el nivel básico, lo que sugiere que las mujeres adolescentes que se embarazan cuentan con nivel secundaria concluido.

Gráfica 1. Distribución porcentual por escolaridad en mujeres adolescentes en control prenatal en el Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud, en el estudio "Análisis de embarazo en adolescentes, un enfoque mixto en la localidad de Tepeapulco, Hgo" durante el periodo junio 2012-junio 2013.



FUENTE: Expedientes de mujeres en control prenatal del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud.

En la variable ocupación (Tabla IV), los intervalos de confianza se encuentran fuera del valor nulo por lo que se concluye que los datos no se deben al azar se encontró que 76 mujeres las cuales corresponden al 80.85% son económicamente dependientes ya que refirieron dedicarse al hogar, el 11.7% refirieron estudiar al iniciar su control prenatal, una parte porcentual mínima que corresponde al 7.45% es empleada. Por tratarse de mujeres adolescentes se explica porque ninguna desarrolla actividades profesionales o técnicas.

**Tabla IV:** Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable ocupación en la población de mujeres adolescentes en control prenatal en el Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud, en el estudio “Análisis de embarazo en adolescentes, un enfoque mixto en la localidad de Tepeapulco, Hgo” durante el periodo junio 2012-junio 2013.

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC 95%	
ESTUDIANTE	11	11.70%	11.61%	11.79%
HOGAR	76	80.85%	80.76%	80.94%
EMPLEADA	7	7.45%	7.36%	7.54%
TOTAL	94	100%		

FUENTE: Expedientes de mujeres en control prenatal del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud.

En cuanto a la variable religión (Tabla V), el 90.43% de las mujeres profesan la religión católica, el 9.57% restante rinden culto a otras religiones denominándose en un orden de importancia creyente, cristiana y testigo de Jehová, los intervalos de confianza se encuentran fuera del valor nulo por lo que sus resultados no se deben al azar.

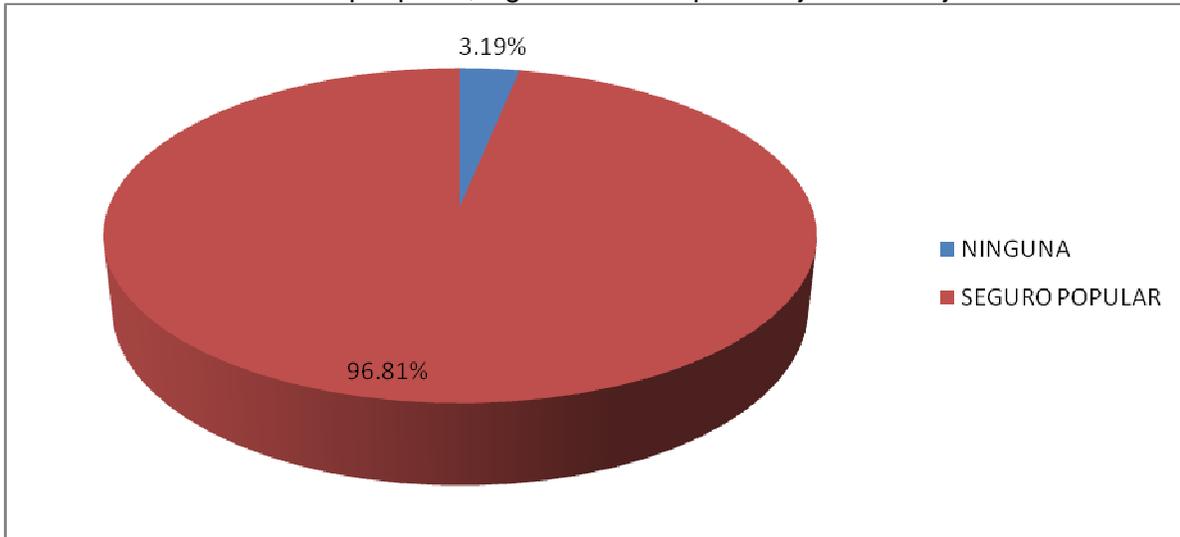
**Tabla V:** Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable religión en la población de mujeres adolescentes en control prenatal en el Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud, en el estudio “Análisis de embarazo en adolescentes, un enfoque mixto en la localidad de Tepeapulco, Hgo” durante el periodo junio 2012-junio 2013.

RELIGIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC 95%	
CATÓLICA	85	90.43%	90.29%	90.57%
CRISTIANA	3	3.19%	3.05%	3.33%
TESTIGOS DE JEHOVA	1	1.06%	0.92%	1.20%
CREYENTE	5	5.32%	5.18%	5.46%
TOTAL	94	100%		

FUENTE: Expedientes de mujeres en control prenatal del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud.

El 44% de la población residente en el municipio de Tepeapulco cuenta con seguro popular, considerando además que dentro de sus programas se encuentra la afiliación gratuita a toda mujer embarazada mediante el programa de Seguro Popular para una nueva generación, se obtuvo que 96.81% ( IC 95% 96.72%-96.80%) de las usuarias que acudieron a su control prenatal al centro de salud refirieron contar con derechohabencia (Gráfico 3), el total de las mismas cuentan con seguro popular, sin embargo el 3.19% (IC 95% 3.10%-3.28%) de las usuarias refirieron no contar con ningún tipo de seguridad social durante su control prenatal.

**Gráfico 2:** Distribución de porcentajes de la variable derechohabiencia en la población de mujeres adolescentes en control prenatal en el Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud, en el estudio “Análisis de embarazo en adolescentes, un enfoque mixto en la localidad en Tepeapulco, Hgo” durante el periodo junio 2012-junio 2013.



FUENTE: Expedientes de mujeres en control prenatal del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud.

Dentro de los antecedentes ginecobstétricos que son considerados como riesgo para embarazo en adolescente de acuerdo a la bibliografía antes expuesta, en relación a la variable menarca se distribuyeron las frecuencias con el fin de facilitar el análisis (Tabla VI), se inician en 9 y terminando en 15 años, se observa que el 32.98% correspondiente a 12 años de edad, continuando con 13 y 11 años, posteriormente las frecuencias continúan de forma decreciente.

La edad de menarca que se repitió con mayor frecuencia, fue 12 años, 50% por ciento de las mujeres se encuentra por encima de 12 años y resto por debajo. En promedio las usuarias tiene 12.19 años, así mismo se desvían de dicha edad 1.26 años. Se tiene un rango estadístico de 6; medio rango de 16.5, el resultado de varianza de 1.59.

El 3.19% de las mujeres presentaron menarca temprana y el 4.26% una tardía, el resto se encontraba dentro del rango general de acuerdo a la literatura entre 9 y 14 años.

**Tabla VI:** Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable menarca en la población de mujeres adolescentes en control prenatal en el Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud, en el estudio “Análisis de embarazo en adolescentes, un enfoque mixto en la localidad de Tepeapulco, Hgo” durante el periodo junio 2012-junio 2013.

<b>MENARCA (EDAD)</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>FRECUENCIA RELATIVA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>9</b>	3	0.03	3.19%
<b>10</b>	3	0.03	3.19%
<b>11</b>	20	0.21	21.28%
<b>12</b>	31	0.33	32.98%
<b>13</b>	25	0.27	26.60%
<b>14</b>	8	0.09	8.51%
<b>15</b>	4	0.04	4.26%
<b>TOTAL</b>	94		100.00%

FUENTE: Expedientes de mujeres en control prenatal del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud.

En lo referente al Inicio de Vida Sexual Activa de las mujeres en control prenatal (Tabla VII), se tiene como valor mínimo la edad de 11 años y máximo 19 años, tienen las edades con mayor frecuencia 15 y 16 años, obteniendo con mayor valor porcentual la edad de 15 años con un valor de 28.72%, seguida de 16 años con 21.28%; Después 17 años (17.92 %) y 14 años (15.02%) y en ese orden son las que muestran mayor frecuencia.

En promedio la edad de inicio de vida sexual activa son 15.5 años, el cincuenta por ciento de las mujeres se encuentra entre 15 años y resto por debajo, la edad más común de inicio son 15 años. Se desvían de 15.5, en promedio 1.5 años de la escala; el rango estadístico es de 8 años, rango medio de 20.5, y varianza de 2.29.

**Tabla VII:** Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable Inicio de Vida Sexual Activa (IVSA), en la población de mujeres adolescentes en control prenatal en el Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud, en el estudio “Análisis de embarazo en adolescentes, un enfoque mixto en la localidad de Tepeapulco, Hgo” durante el periodo junio 2012-junio 2013.

<b>IVSA (EDAD)</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>FRECUENCIA RELATIVA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>11</b>	1	0.01	1.06%
<b>12</b>	2	0.02	2.13%
<b>13</b>	4	0.04	4.26%
<b>14</b>	15	0.16	15.96%
<b>15</b>	27	0.29	28.72%
<b>16</b>	20	0.21	21.28%
<b>17</b>	16	0.17	17.02%
<b>18</b>	8	0.09	8.51%
<b>19</b>	1	0.01	1.06%
<b>TOTAL</b>	94		100%

FUENTE: Expedientes de mujeres en control prenatal del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud.

Para conocer los años transcurridos entre presentar la menarca y el inicio de vida sexual (Tabla VIII), se realizó la diferencia entre estas dos variables, posteriormente se distribuyeron por frecuencias; se obtuvo que el 77.65% de las mujeres tuvieron su primer coito dentro de los primeros cuatro años posterior a su menarca, en orden decreciente se distribuye a los 4 años (21.28%), 3 años (24.47%), 2 años (13.83%), 1 años (12.77%) y aquellas mujeres que no cumplieron un año corresponden al 5.32%. La atención se centra en el grupo de 3 años (53 mujeres). El resto de las frecuencias cuentan con resultados menores, en orden decreciente.

**Tabla VIII:** Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable Años transcurridos entre menarca e IVSA, en la población de mujeres adolescentes en control prenatal en el Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud, en el estudio “Análisis de embarazo en adolescentes, un enfoque mixto en la localidad de Tepeapulco, Hgo” durante el periodo junio 2012-junio 2013.

<b>Años transcurridos entre menarca e IVSA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>FRECUENCIA RELATIVA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>0</b>	5	0.05	5.32%
<b>1</b>	12	0.13	12.77%
<b>2</b>	13	0.14	13.83%
<b>3</b>	23	0.24	24.47%
<b>4</b>	20	0.21	21.28%
<b>5</b>	10	0.11	10.64%
<b>6</b>	6	0.06	6.38%
<b>7</b>	3	0.03	3.19%
<b>8</b>	1	0.01	1.06%
<b>9</b>	1	0.01	1.06%
<b>TOTAL</b>	94		100.00%

FUENTE: Expedientes de mujeres en control prenatal del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud.

En relación a la variable “número de parejas sexuales” (Tabla IX), se distribuyó por frecuencias, iniciando en 1 y terminando en 8 parejas, también se encuentra el criterio “NA” refiriéndose al termino no aplica, dando dicha acotación ya que no se contó con tal información en el expediente, desconociendo si es una omisión del médico o por parte de la usuaria.

El 60.64% de las usuarias refieren tener una pareja sexual, seguido de 2 y 3 parejas en orden de importancia. Solo en dos casos (2.13%) refirieron tener 8 parejas sexuales, de los expedientes que no presentaban tal información corresponde al 7.45%.

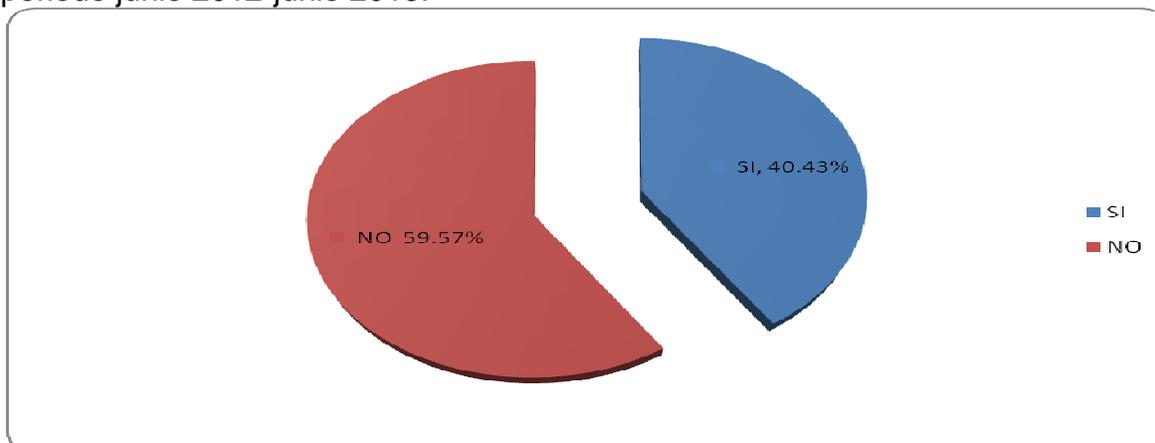
**Tabla IX:** Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable número de parejas sexuales, en la población de mujeres adolescentes en control prenatal en el Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud, en el estudio “Análisis de embarazo en adolescentes, un enfoque mixto en Tepeapulco, Hgo” durante el periodo junio 2012-junio 2013.

No. De parejas sexuales	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	PORCENTAJE
1	57	0.61	60.64%
2	18	0.19	19.15%
3	8	0.09	8.51%
4	1	0.01	1.06%
5	0	0.00	0.00%
6	1	0.01	1.06%
7	0	0.00	0.00%
8	2	0.02	2.13%
NA	7	0.07	7.45%
<b>total</b>	94		100%

FUENTE: Expedientes de mujeres en control prenatal del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud.

En cuanto al método anticonceptivo usado previo al embarazo (Gráfica 3), se apreció que la mayoría de las usuarias refiere no haber utilizado método alguno de anticoncepción previamente, correspondiendo al 59.57% (IC 95% 59.47%-59.67%), aquellas que afirmaron haber utilizado algún método son el 40.43% (IC 95% 40.30%-40.56%).

**Gráfica 3.** Distribución porcentual según uso de método de anticoncepción, en la población de mujeres adolescentes en control prenatal del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud, en el estudio “Análisis de embarazo en adolescentes, un enfoque mixto en la localidad de Tepeapulco, Hgo” durante el periodo junio 2012-junio 2013.



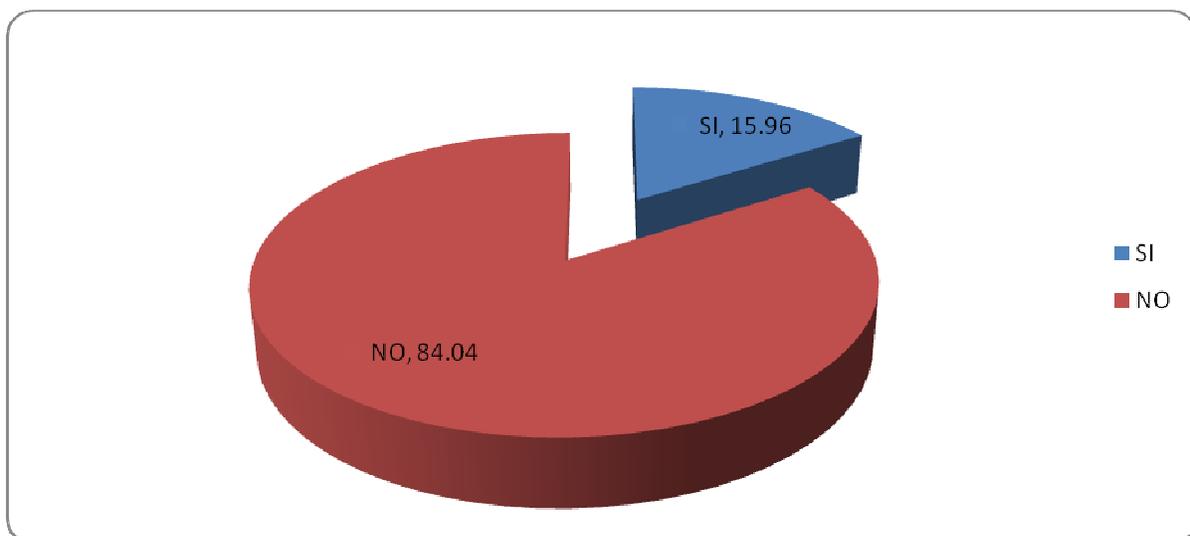
FUENTE: Expedientes de mujeres en control prenatal del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud.

En relación a los antecedentes personales patológicos registrados en el expediente se analizó si la usuaria tenía adicciones tales como alcoholismo y/o tabaquismo, de igual forma se indagó si presentaba algún tipo de violencia.

En la variable alcoholismo (Gráfica 4) el 84.04% (IC 95% 83.97%-84.11%) de las usuarias niega el consumo de alcohol al momento de iniciar su control prenatal, el 15.96% (15.89%-16.03%) afirmaron consumirlo, el total de dichas usuarias refirieron un consumo ocasional y con un puntaje en la encuesta de Audit de 0 a 3 sin riesgo. Los intervalos de confianza de ambos resultados con un valor de significancia al 95%, no abarcan el valor nulo por lo que se concluye que sus valores no se deben al azar.

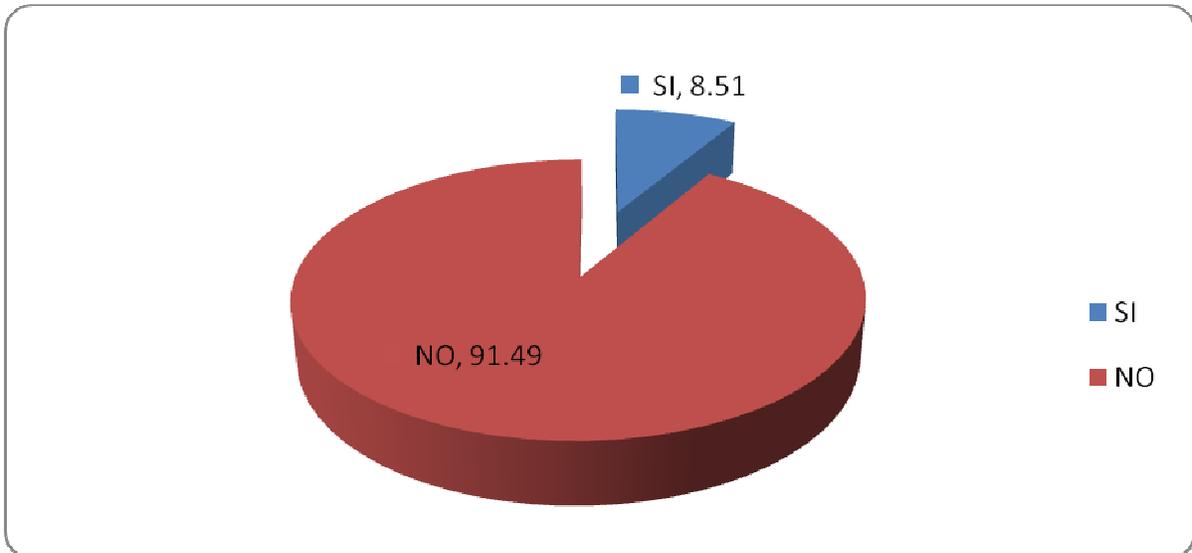
Otras de las adicciones es el Tabaquismo (Gráfica 5), se encontró que el 91.49% (IC 95% 91.43%-91.55%) de las usuarias niegan el consumo del tabaco al inicio de su control prenatal y un 8.51% afirman tenerlo. Las 8 mujeres que tienen uso tabáquico, registraron un puntaje de 0 a 4 puntos que corresponde a adicción baja, de acuerdo a la encuesta de Fagerström

**Gráfica 4.** Distribución porcentual según alcoholismo, en la población de mujeres adolescentes en control prenatal del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud, en el estudio “Análisis de embarazo en adolescentes, un enfoque mixto en la localidad de Tepeapulco, Hgo” durante el periodo junio 2012-junio 2013.



FUENTE: Expedientes de mujeres en control prenatal del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud.

**Gráfica 5.** Distribución porcentual según tabaquismo, en la población de mujeres adolescentes en control prenatal del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud, en el estudio “Análisis de embarazo en adolescentes, un enfoque mixto en la localidad de Tepeapulco, Hgo” durante el periodo junio 2012-junio 2013.

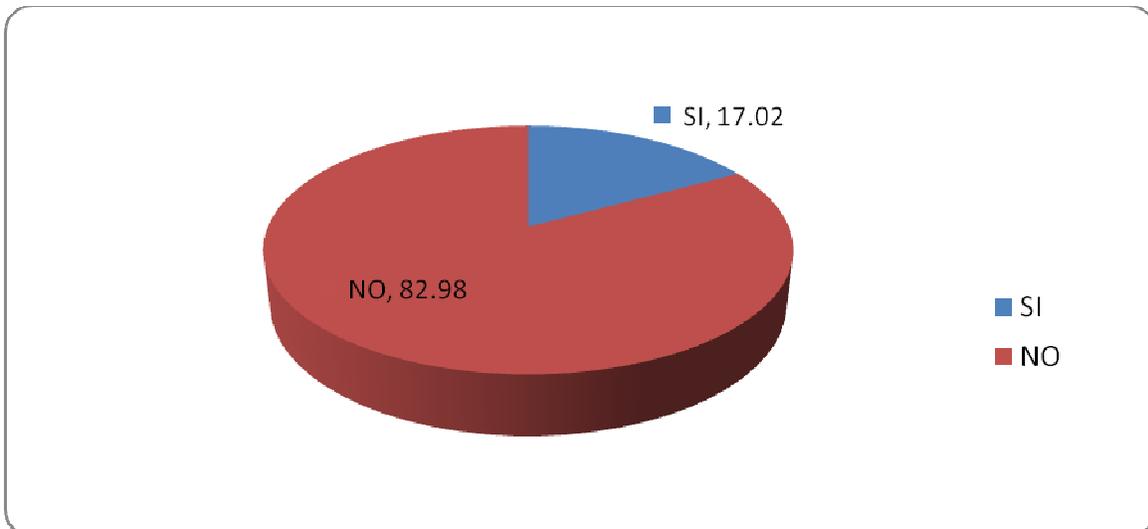


FUENTE: Expedientes de mujeres en control prenatal del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud.

Para conocer la violencia de las usuarias, se obtuvo la información mediante la encuesta que existe como parte del expediente clínico, la cual cuenta con 15 ítems abarcando los indicadores de violencia física, psicológica, sexual y abandono, al otorgar una respuesta afirmativa a cualquiera de ellos, es considerada positivo.

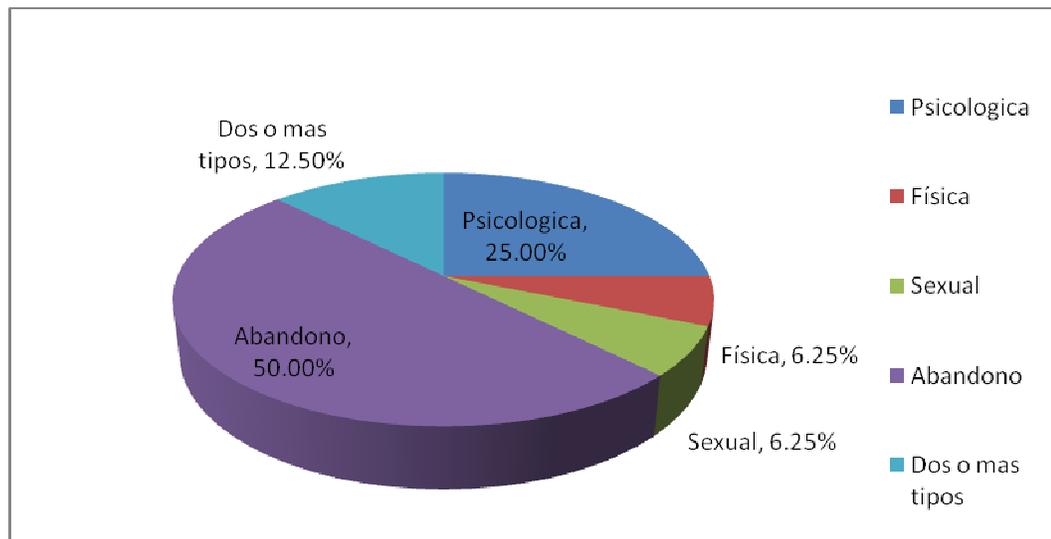
El 82.98% (IC 95% 82.90%-83.06%) de las mujeres, negaron sufrir cualquier tipo de violencia, sin embargo el 17.02% (IC 95% 16.94%-17.10%) que corresponde a 16 usuarias, afirmaron ser víctimas de esta (Gráfica 6). Para establecer el tipo de violencia que las que son víctimas dichas usuarias se registró los ítems positivos de acuerdo al indicador (Gráfica 7), el 50% de las mujeres presentaron violencia de abandono, seguida en 25% por violencia psicológica y en frecuencia decrecientes el 12.5% de la usuarias registro dos o más tipos de violencia y el 6.25% de las mujeres presentaron violencia física y sexual.

**Gráfica 6.** Distribución porcentual según violencia, en la población de mujeres adolescentes en control prenatal del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud, en el estudio “Análisis de embarazo en adolescentes, un enfoque mixto en la localidad de Tepeapulco, Hgo” durante el periodo junio 2012-junio 2013.



FUENTE: Expedientes de mujeres en control prenatal del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud.

**Gráfica 7.** Distribución porcentual según tipo de violencia, en la población de mujeres adolescentes en control prenatal del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud, en el estudio “Análisis de embarazo en adolescentes, un enfoque mixto en la localidad de Tepeapulco, Hgo” durante el periodo junio 2012-junio 2013.

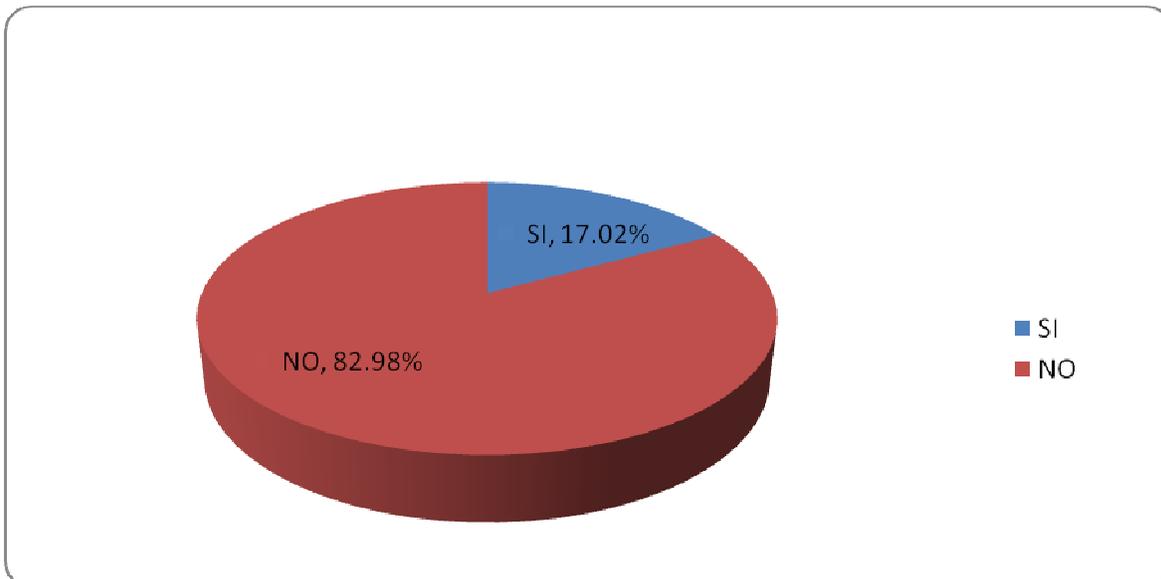


FUENTE: Expedientes de mujeres en control prenatal del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud.

En relación antecedentes personales no patológicos que se obtuvieron del expediente es hacinamiento y promiscuidad, los datos se obtuvieron de la historia clínica.

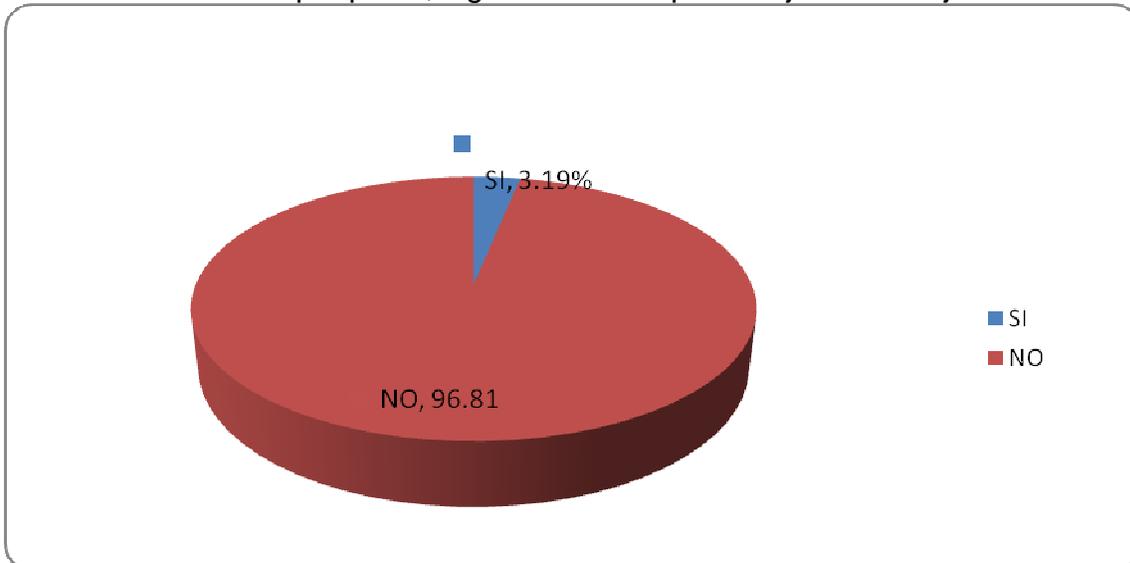
El hacinamiento implica la presencia de un gran número de personas o animales en un espacio reducido, el 82.98% (IC95% 82.90%-83.06%) de las mujeres adolescentes negó vivir bajo estas condiciones, el 17.02% (IC95% 16.94%-17.10%) presenta este tipo de convivencia (Gráfica 8). La promiscuidad entendida como compartir una habitación entre más de dos hombres y mujeres, afecta al 3.19% (IC 95% 3.15%-3.23%), el 96.81% (IC 95% 96.77%-96.85%) de las mujeres negaron presentar este tipo de condición (Gráfica 9). Como se aprecia con un nivel de significancia al 95% y con intervalos de confianza que no abarcan el valor nulo, se concluye que los resultados no se deben al azar.

**Gráfica 8.** Distribución porcentual según hacinamiento, en la población de mujeres adolescentes en control prenatal del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud, en el estudio “Análisis de embarazo en adolescentes, un enfoque mixto en la localidad de Tepeapulco, Hgo” durante el periodo junio 2012-junio 2013.



FUENTE: Expedientes de mujeres en control prenatal del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud.

**Gráfica 9.** Distribución porcentual según promiscuidad, en la población de mujeres adolescentes en control prenatal del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud, en el estudio “Análisis de embarazo en adolescentes, un enfoque mixto en la localidad de Tepeapulco, Hgo” durante el periodo junio 2012-junio 2013.



FUENTE: Expedientes de mujeres en control prenatal del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud.

El estado civil de las mujeres adolescentes embarazadas el 25.53% refirieron ser solteras y el 74.47% mantienen algún tipo de unión estable con sus parejas, teniendo una confianza al 95% con una diferencia de proporciones de  $-.4894$ , con intervalos de confianza que van de  $-.6148$  a  $-.3847$ , no abarcando el nivel 0, se concluye que ambas proporciones son diferentes.

El 55.32 % de las adolescentes embarazadas del estudio refieren haber concluido su escolaridad nivel secundaria, el 27.66% tiene nivel bachillerato o más, con un nivel de confianza al 95%, y diferencia de proporciones de  $.2766$  con intervalos de confianza que van de  $.1414$  a  $.4117$ , no abarcan el valor nulo por lo que las proporciones son diferentes.

De acuerdo a la ocupación que desempeñan el 80.85% de las mujeres refieren dedicarse al hogar y el 19.15% alguna otra actividad, con la confianza al 95% con una diferencia de proporciones de  $.6170$  con intervalos de confianza que recorren de  $.5045$  a  $.7294$  no abarcando el valor 0, se concluye que las dos proporciones son diferentes.

De las mujeres del estudio el 15.96% refiere tener consumo de alcohol y el 8.51% de tabaco, se tiene el nivel de confianza al 95% con una diferencia de proporciones de  $-.6914$ , cuyos intervalos de confianza van de  $-.7946$  a  $-.5881$ ,

ninguno abarca el valor nulo, por lo tanto las diferencias de proporciones son diferentes.

En la población de 94 mujeres embarazadas el 17.02% de las mujeres embarazadas viven bajo hacinamiento y el 3.19% refieren vivir en promiscuidad, con una diferencia de proporciones de  $-0.1488$ , con cuyos intervalos de confianza al 95% van de  $-0.2698$  a  $-0.0277$ , puesto que el intervalo no incluye el valor nulo se concluye que las dos proporciones son diferentes.

## ANÁLISIS BIVARIADO

Mediante el coeficiente de correlación de Pearson, mismo que nos permite utilizarse para medir el grado de relación de dos variables siempre y cuando ambas sean cuantitativas. Se realizó el análisis de las variables existentes en los expedientes clínicos de las mujeres embarazadas incluidas en la investigación (Tabla X).

**Tabla X.** Descripción de la población estudiada. Principales variables de interés incluidas en los expedientes clínicos en la población de mujeres adolescentes en control prenatal en el Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud, en el estudio Análisis de embarazo en adolescentes, un enfoque mixto en Tepeapulco, Hgo.", durante el periodo junio 2012-junio 2013.

EDAD	GESTAS	MENARCA	IVSA	NO. PAREJAS SEXUALES	AÑOS TRANSCURRIDOS
GESTAS		NS	0	NS	0.003
MENARCA	NS		NS	NS	NS
IVSA	0.004	NS		0.019	0
NO. PAREJAS	NS	NS	0.019		NS
AÑOS TRANSCURRIDOS	0.015	0	0.003	0.002	

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

NS: No Significante.

FUENTE: Expedientes de mujeres en control prenatal del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud.

En lo que respecta a la edad mostró una relación positiva con un nivel de significancia al 99% con las variables: Edad de IVSA (Inicio de Vida Sexual Activa), años transcurridos entre menarca y primer coito.

La edad de inicio de vida sexual activa (IVSA) resultó ser una variable altamente relacionada. De manera particular encontramos que con una significancia al 99% se relaciona positivamente, es decir mientras retarde el inicio de vida sexual aumentaran los años transcurridos entre menarquía y primer coito así como la edad de las mujeres. De igual manera mientras esta aumenta el número de embarazos disminuye. A un nivel de significancia al 95% reporto una relación positiva se observa que si se presenta a mayor edad se presentan un menor número de parejas sexuales.

En lo que respecta a los años transcurridos entre la menarca y el primer coito, se relacionó positivamente con el inicio de vida sexual activa, sin embargo si este aumenta, la menarquía y el número de parejas sexuales disminuye, ambas relaciones se encuentran con un nivel de significancia al 99%. De igual manera se apreció al 95% de significancia que entre más tiempo transcurrido entre la menarca y el primer coito, el número de embarazos disminuirá.

En relación a la variable menarca no se encontró relación estadísticamente significativa entre inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, número de gestas y tiempo transcurrido entre menarca y primer coito.

En relación a las mujeres embarazadas en edad adolescente el 15.94% refirieron consumir alcohol, de las cuales el 46.7% refiere también consumir tabaco. Estos datos indican que el riesgo de consumir tabaco, cuando se consume alcohol es 68.25 veces mayor probabilidad en relación con las mujeres que no consumen alcohol (RM 68.25, IC 95% 7.42-627.16, Tabla XI). Se concluye que si hay relación entre el consumo de alcoholismo y consumo de tabaquismo (Puesto que 5.74 es mayor que 3.84,  $p < .005$ ).

**Tabla X.** Descripción de las variables alcoholismo y tabaquismo en la población de mujeres adolescentes en control prenatal en el Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud, en el estudio “Análisis de embarazo en adolescentes, un enfoque mixto en Tepeapulco, Hgo.”, durante el periodo junio 2012- junio 2013.

	TABAQUISMO		TOTAL
	SI	NO	
ALCOHOLISMO	46.7%	53.3%	15.94%

FUENTE: Expedientes de mujeres en control prenatal del Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud.

# RESULTADOS INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

**Cuadro 1. Análisis del discurso de estudiantes de sexto año de nivel primaria.**

Categorías "La percepción del alumno"	Respuestas de los entrevistados.	Análisis del discurso
<p><b>Conocimiento del tema</b></p> <p>1. ¿Durante el curso haz visto temas de educación sexual? Si ___ no ___</p> <p>2. ¿Pláticame de educación sexual?</p> <p>3. ¿Pláticame como lo vieron con su maestra (o).</p> <p><b>El valor de la responsabilidad.</b></p> <p>4. ¿Qué piensas del embarazo en la adolescencia?</p>	<p><i>Entrevista 1.-Género femenino, sexto año de primaria.</i> 1.-Sí, 2.-<i>(Suspira... sonríe tímidamente, un silencio breve y empieza hablar). Pues así nomás lo que nos dijo la maestra que... que pues las personas crecen y que por ejemplo a los hombres les pasa el sueño húmedo y a las mujeres la menstruación... que este primero es la adolescencia, la pubertad y todo eso... y nada más.</i> 3.- <i>Mi maestro amm... mi maestra, me las dio en quinto, aja pues me los dan así, nos hablaba de la reproducción y nos hablaba de cómo iban creciendo. Los temas vistos son "Aparato sexual femenino y masculino y la reproducción" No con el libro y con el pizarrón y tareas de exposiciones y maquetas. Sobre el aparato reproductor. mmm como una semana.</i> 4.-<i>Bueno yo digo que no está bien. Por qué... es como si un niño cuidara a otro niño, porque todavía no están bien maduros para cuidar a un niño, porque ellos necesitan, porque ellos no saben nada.</i></p> <p><i>Entrevista 2.- Género femenino sexto año de primaria; 1.-si, 2.- Ósea cuando se reproduce alguien, lo que les pasa a las mujeres a los hombres, etcétera. ¿Qué les pasa? ¿Mande? Bueno cuando este...ósea... (Entra al aula la maestra de la alumna, silencio largo) ya se me está olvidando. ¿Es tu maestra? si... cuando... las mujeres están en su menstruación, los hombres en la eyaculación, sobre los sueños mojados o húmedos, algo así.</i> 3.- <i>Pues así en los libros, "leyemos", nos dejan trabajos de eso, explicamos todo. Pues así leyendo libros, no se va explicando, leíamos grupalmente.</i> 4.- <i>Pues que está mal porque todavía no se reproducen bien.</i></p> <p><i>Entrevista 3. Género masculino 1.-Mmm si una vez en quinto año. 2.-Es que estábamos viendo lo que dijiste pero nos puso en el pizarrón y nos enseñaron los aparatos de los hombres y de las mujeres, los cual nosotros tenemos diferentes aparatos que de las mujeres. Nosotros en vez de tener menstruación tenemos eyaculación y nosotros tenemos diferentes aparatos y nosotros cuando tenemos la eyaculación creo que es cuando ya empezamos a producir el semen y... nada más- Nos fue explicando cómo íbamos ir desarrollándonos, por decir que nosotros íbamos hacer más grandes, nos iban a salir pelos en unas partes íntimas de nosotros a las mujeres les iban ir creciendo los pechos y que nos iban a empezar ya en la adolescencia a oler partes más como lo que tenemos aquí y ya nos tenemos que estar tratando con desodorantes o ya los pies, nos tenemos que echar polvo. (Silencio largo)... es que ya no me acuerdo, es que como nos enseñó mucho aparte de eso, también de los riesgos y todo eso.</i> 4.- <i>(Silencio largo)... yo pienso que sería muy bueno para las mujeres porque ya tendrían algo con que preocuparse más por ellas, como por sus hijos y ya no nomas estar pensando en ellas. Como una de mis amigas llamada Estela. No, es que como piensa mucho en ella y dice que cuando ella se llegue a embarazar cuando tenga a su hijo lo va a matar. Porque aja porque nomas piensa ella, piensa que es la más inteligente de todo nuestro salón, dice que cuando se llegue a embarazar va a matar a su hijo, porque no lo va a querer. Al igual que una prima que yo tengo, bueno no una prima una conocida, la violaron y también tuvo a su hijo y como no lo quería lo mato y siguió su vida como arreglándose un montón y pues y engañando a los demás.</i></p> <p><i>Entrevista 4.-Género masculino. 1.Mmm en libros de ciencias naturales. 2.-Mmm bueno la educación sexual se basa en que ni una persona te puede obligar a lo que quiera, como tú tienes tus derechos, solo pues si ya tener relaciones sexuales, ya debe de ser obviamente de grande. Porque aquí en México incluso se ha dado mucho de que violan a las niñas o incluso hasta a los niños en México. 3.-Ah bueno nos enseñó que ya de grandes, ya podemos ser ¿cómo se llama? La sexualidad, pero ahorita de niños tenemos una carrera, tenemos que cumplir y a base no nos tenemos que dejar de ningún adulto o cualquier persona que nos haga cosas malas. ¿Cómo? Ah no pues venia en el libro nos los explico a todos de manera pues clara se podría decir. Unos días, eso fue en quinto, hicimos unos... ¿Cómo se llama? Expusimos incluso de esos temas, la vimos cómo una semana de todo eso, bueno incluso las materias que nos tocaban. Bueno nos enseñó así que no nos debemos de dejar de nadie y que igual para usar la protección, que es muy importante porque de después de eso da cáncer o de plano como fumar que también del tabaco nos dijo que así cuando tengamos relaciones sexuales pero ya de grandes el tabaco puede dañar a nuestro bebe o así. Maestra mmm este sí. Pues agradable con todos era, si a esa maestra si la quisimos mucho. Si era "comprensible" con nosotros, si hacíamos una cosa mal o algo, nos decía no pues está mal por eso y todo eso, no hagan esto porque de grandes les puede perjudicar, o como, o nos decía ¿a poco no quieren llegar hacer un doctorado? Y nosotros decíamos no pues sí. No pues una parte si está bien, lo que nos enseñan y todo eso para lleguemos no sea ya nomás de grandes bueno no sabríamos como ni nada, igual para cuidarnos. 4.-No pues si es un caso muy grave porque no terminan ni su carrera ni nada, como mi hermana tiene 20 años, pero ya tiene una hija una bebe de un año, pero pues llego hasta el CBTIs y ya iba en carrera de administración de empresas, y si pues todos la apoyamos, sobre todo. Porque de por si ella ya no quería seguir estudiando, pero le decían ténsalo porque si no esto y lo otro y si está muy bien, pero algunos casos nomas las embarazan y arruinaron prácticamente su vida las señoritas.</i></p>	<p><i>El discurso de la persona a la que se entrevistó confirma que existe riesgo, para el embarazo en adolescente, presenta escaso conocimiento sobre educación sexual. muy poco tiempo lo vieron en clase, por una semana y la forma en como vio estos temas denotan educación tradicional, de alguna manera en su discurso denota que por su edad y su escaso conocimiento respecto al embarazo, el valor de la responsabilidad respecto al embarazo en la adolescencia.</i></p> <p><i>El aprendizaje al que aspiran los alumnos en este nivel está supeditado al modelo tradicional, la exposición del profesor o profesora, las tareas, las lecturas y al parecer según su narrativa por lecturas realizadas a nivel grupal.</i></p> <p><i>La entrevista 3 denota que por medio de este tipo de trabajo de investigación podrían detectarse casos que requieren atención inmediata de salud mental.</i></p> <p><i>El entrevistado número 4, confirma que los métodos pedagógicos son tradicionales, pero deja entrever que si es posible visualizar el valor que le da al embarazo en la adolescencia, ya que puede impactar en la persona, pone ejemplos de dejar truncada la carrera y cambiar de estilo y calidad de vida.</i></p>

**Fuente directa: Entrevista a profundidad aplicada en presencia de un Segundo observador en una primaria de Tepeapulco, Hidalgo.**

**Cuadro 2. Análisis del discurso de estudiantes de 1 a 3 años de nivel secundaria.**

Categorías "La percepción del alumno"	Respuestas de los entrevistados.	Análisis del discurso
<p><b>Conocimiento del tema</b></p> <p>1. ¿Durante el curso haz visto temas de educación sexual? Si ___ no ___</p> <p>2. ¿Platicame de educación sexual?</p> <p>3. ¿Platicame como lo vieron con su maestra (o).</p> <p><b>El valor de la responsabilidad.</b></p> <p>4. ¿Qué piensas del embarazo en la adolescencia?</p>	<p><i>Entrevista 1. Género femenino, 1° de secundaria. 1.-Mmm... en la primaria solamente cuando nos hablaban sobre ciencias, pero no. Si en la primaria cuando hablaba la maestra de ciencias. Hablaba ciencias, bueno...2.- Mmm ¿cómo? ¿Sexual? Pues como es que no entendí, sexual...¿Sobre sexualidad? Bueno sexualidad, bueno lo que yo entendí en la primaria era cuando las partes sexuales... este... bueno... am... tenían relaciones sexuales, bueno no tener relaciones sexuales, cosas íntimas. 3.-Ah... porque... cuando llegábamos a un tema de la sexualidad, la maestra nos explicaba sobre la sexualidad y ... bueno... la sexualidad del hombre y la sexualidad de la mujer... y que riesgos... eh... que provocaba eso. 4.-Pues que se está frecuentando más porque en... ahora en la actualidad... bueno hay más adolescentes... bueno hay más chavas adolescentes... bueno yo digo que ahorita ya hay más mujeres embarazadas... bueno de catorce, quince años.</i></p> <p><i>Entrevista 2. Género femenino, 2° de secundaria. 1.-Si 2.-Lo que a mí me enseñaron es que... la sexualidad es... es un ... ¿Cómo se llama?...a mí me hablaron sobre las enfermedades que pueden transmitir la transmisión sexual, igual me hablaron de la sexualidad, que era la sexualidad, que se podían embarazar las niñas... mmm... por no cuidarse... mmm... este... es que me pongo nerviosa... sobre varios temas. 3.-Este por libros, por pláticas, el profe nos daba pláticas, que era la sexualidad, todo eso. 4.-Que está mal, para eso te tienes que cuidar</i></p> <p><i>Entrevista 3. Género femenino, 3° de secundaria 1.- Si a veces. 2.-Mmm pues este tenemos que tener cuidado que cuando no hay que tenerlos muy jóvenes por que corremos peligros por no tener cuidados, podemos conseguir ¿Cómo se llama? Enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA que es el más reconocido o varias mas también de que ¿Cómo se llama? De que cuando somos muy chicos como a nuestra edad cometemos...este... ¿Cómo se llama? Problemas y podremos salir embarazadas y así. 3.-Este... pues luego vemos en las materias nos van enseñando como por decir cómo se van formulando todo eso y algo así. Como se van formulando las cosas por decir si no usas protección puedes enfermarte o tener un embarazo no deseado, pero ¿Cómo se llama? Nos explican los maestros. Mmm pues nos explica que ahorita a esta edad no se da mucho lo de los embarazos no deseados así muchas enfermedades nos platican de lo que puede pasar, este si se puede contagiar también el SIDA por no protegerse y se puede contagiar muy rápido, algo así, así nos explican. Aja carteles también, nos dejan investigaciones también sobre los... igual aquí hicimos este entre todo el grupo enfermedades de transmisión sexual, explicamos también nosotros los alumnos explicamos. 4.-Pues que ahorita no estamos preparados para cuidar a los bebés a destiempo... ¿Cómo se llama? De convivir con los demás y saber, aprender más para que cuando seamos mayores, pues si deseamos o tengamos hijos, tengamos algunas ¿Cómo se llama? Opciones como cuidar y todo es.</i></p> <p><i>Entrevista 4. Género Masculino, 1° de secundaria. 1.-Si 2.-Apenas vamos a ver, todavía no. ¿Y en la primaria? Si 2.-Me explicaban sin morbo así, normal. Si ¿Cómo qué? 3.-Pues tenemos que cuidar los hombres para no poder embarazar a una mujer y no tener una enfermedad, también nos enseñaron las partes de su cuerpo de la mujer, el pene, los ovarios, nada más. 4.-Ta mal, porque ahorita no tenemos la suficiente edad para poder ya ser papa y poder mantener una familia.</i></p> <p><i>Entrevista 5. Género masculino, 2° de secundaria. 1.-Si 2.-Ah ohm, me han enseñado sobre el embarazo, sobre lo importante que es usar condón, enfermedades... entre otros... y nada más, es lo que he oído. 3.-Me los enseñaron por libro, por video, no por video va así como el esperma se va al ovulo se forma él bebe y todo eso, también sé que es importante usar condón porque puedes atraer un montón de enfermedades como el SIDA, la gonorrea, el herpes, entre otros y que si quieres asegurar a no tener una enfermedad que nunca lo hagas, pero es decisión misma. 4.-Ah ohm pues yo pienso que nada más es algo natural, que pasa todos los días... y que el embarazo voy a tratar de prevenir a mi edad, que los voy hacer entre años veinte y treinta, pero voy a tratar de evitar lo más posible.</i></p>	<p><i>El discurso confirma que existe riesgo, para el embarazo en adolescente, presentan escaso conocimiento sobre educación sexual. Si vieron los temas, y se dan cuenta de que es un problema el embarazo en adolescente. Denotan educación tradicional, que se tienen que cuidar, en su discurso hay nerviosismo, aunque el entrevistado 3 señala que los profesores dicen que no hay muchos embarazos en adolescentes, que existen riesgos de adquirir SIDA, los profesores trabajan con clase expositiva, incluso los alumnos exponen los temas de ETS. Dicen que ahorita no están preparados para cuidar a bebés, "cambiar de rol" que en la primaria se les explica sin morbo, que se tienen que cuidar para para no embarazar a las mujeres, de alguna manera en su discurso denota que por su edad y su escaso conocimiento respecto al embarazo, el valor de la responsabilidad respecto al embarazo en la adolescencia. Ya que pueden embarazar o adquirir una enfermedad de transmisión sexual. El aprendizaje está supeditado al modelo tradicional, El entrevistado número 5, confirma que los métodos pedagógicos son tradicionales, que pueden adquirir una ETS. pero deja entrever que si es posible visualizar el valor que le da al embarazo en la adolescencia, ya que puede impactar en la persona. Finalmente parece que el valor de la responsabilidad para embarazo en adolescente, de este entrevistado 5 es tambaleante, natural pasa todos los días, va a tratar de cuidarse, evitarlo lo más posible.</i></p>

Fuente directa: Entrevista a profundidad aplicada en presencia de un Segundo observador en una primaria de Tepeapulco, Hidalgo.

**Cuadro 3. Análisis del discurso de profesores de 6° grado de nivel primaria.**

Categorías "Enfoque pedagógico del docente"	Respuestas de los entrevistados.	Análisis del discurso
<p><b>Método de enseñanza tradicional.</b></p> <p>1. ¿Durante el curso haz visto temas de educación sexual? Si ___no ___</p> <p>2.- ¿Platicame de educación sexual?</p> <p><b>El método de enseñanza constructivista.</b></p> <p>3. ¿Platicame como lo vieron con su maestra (o).</p> <p>4. ¿Qué piensas del embarazo en la adolescencia?</p>	<p>Entrevista 1. Género masculino, profesor de 6° de p rimaria.</p> <p>1.-Si tenía yo tercero, ahora tengo Sexto. Mm eh sí. Sí, si nos lo marca el programa sí.</p> <p>2.-Para mí la educación sexual, es este hablarles a los niños como funcionan nuestros órganos reproductores, la higiene que debe de tener, eh como debemos cuidarlos y otra cosa hablarles sobre los problemas que ocasionan cuando por descuido o por otra cosa las niñas pueden o los niños, bueno principalmente las niñas pueden salir embarazadas y los problemas que los niños pueden tener sobre de eso, mmju así a grandes rasgos.</p> <p>3.-Bueno antes que nada hay que concientizar a los niños de que es algo normal, de que todos los, todas las personas, todos los seres humanos los tenemos. Entonces primero hay que hacerle conciencia a los niños de que lo que vamos hacer no es cosa del otro mundo, porque desgraciadamente los niños traen todavía el tabú, que se eh... lo obtienen en sus casas. Bueno, de acuerdo al programa empezamos a ver primero las partes de lo que eh es el aparato reproductor masculino, del aparato reproductor femenino, y ya después se va uno ahí enca... este... le vuelvo a repetir, soy muy repetitivo sobre el programa... nos basamos. Desgraciadamente muchas veces investigamos más, pero los padres de familia son los que nos ponen un tope, este que no deben de ver esto ahí sí, sucesivamente. Pero lo que damos de sexualidad nos enfocamos en nuestros planes y programas de estudio ¿qué es? Pues vemos el aparato este... reproductivo de la mujer del hombre, las enfermedades de... contagio sexual eh... los embarazos no deseados, eso es lo que viene principalmente en nuestros libros y sobre de eso nos enfocamos.</p> <p>4.-Yo creo que los medios de comunicación están tan abiertos, que en lugar de hacerles un favor, que... se cuide, que tengan más comunicación; yo creo que a propósito lo quieren experimentar. Los medios de comunicación si no están bien cimentados los valores dentro de la casa pues... van a cometer ese pequeño error. Yo creo que lo más fácil es rescatar esos valores que hay dentro de la casa. Sabemos que ahora la situación está muy difícil que tanto papa como mama tienen que trabajar, pero yo creo que debemos de darle ese espacio a nuestro alumno o a nuestros hijos de decir... de rescatar esos valores, de platicar con ellos, que... que problemas puede ocasionar... hasta donde eh... como le diré (pausa larga)... mmm lo que pueden ocasionar en su vida en su vida personal, en su vida profesional porque cuantas truncan su carrera ahí, si estamos hablando de bachillerato, si estamos hablando de primaria cuantas desertan...que es ahorita los casos donde hay más en secundaria y en bachillerato, no se diga de universidad.</p>	<p>El discurso del profesor que se entrevistó confirma que existe riesgo, para el embarazo en adolescente, presenta escaso conocimiento sobre educación sexual. Muy poco tiempo lo vieron en clase, por una semana y la forma en como vio estos temas denotan educación tradicional, de alguna manera en su discurso denota que por su edad y su escaso conocimiento respecto al embarazo, denota el valor de la responsabilidad respecto al embarazo en la adolescencia.</p> <p>El aprendizaje para los alumnos en este nivel está supeditado al modelo tradicional, la exposición del profesor o profesora, las tareas, las lecturas y al parecer según su narrativa por lecturas realizadas a nivel grupal.</p> <p>El entrevistado número 4, señala que los medios de comunicación pueden impactar negativamente, que los valores cimientos de los valores son en casa, que por el trabajo los padres no platican con sus hijos, pero deja entrever que si es posible visualizar el valor que le da al embarazo en la adolescencia, ya que puede impactar en la persona, pone ejemplos de dejar truncada la carrera y cambiar de estilo y calidad de vida.</p>

Fuente directa: Entrevista a profundidad aplicada en presencia de un Segundo observador en una primaria de Tepeapulco, Hidalgo.

## Cuadro 4. Análisis del discurso de profesores de 6° grado de nivel primaria.

Categorías "Enfoque pedagógico del docente"	Respuestas de los entrevistados.	Análisis del discurso
<p><b>Método de enseñanza tradicional.</b></p> <p>1. ¿Durante el curso haz visto temas de educación sexual? Si ___ no ___</p> <p>2.- ¿Platicame de educación sexual?</p> <p><b>El método de enseñanza constructivista.</b></p> <p>3. ¿Platicame como lo vieron con su maestra (o).</p> <p>4.- ¿Qué piensas del embarazo en la adolescencia?</p>	<p>Entrevista 2. Género femenino, 6° de primaria.</p> <p>1.-Si los vemos durante todo el ciclo escolar, en diferentes materias, ahorita empezamos con la materia de cívica y ética este... empezamos con algunos temas de eso y eso que unas semanas de clases apenas. Pero también se ve mucho esos temas en ciencias naturales y en español cuando vemos los temas que les interesan a los alumnos como para realizar alguna encuesta, algún cuestionario que se tenga que tratar son los temas de interés de los niños.</p> <p>2.-Bueno, eh cuando yo era pequeña, no recuerdo que en la escuela, en la primaria más que nada se me haya dado algún tema así como educación sexual. Y creo que eso lo hemos aprendido, lo he aprendido a lo largo, aparte de la vida, ya hoy más que nada dando clases, frente de los niños. Nosotros tratamos de educarlos acerca de la sexualidad, principalmente dándoles a conocer los temas para que no sean tabús para ellos. Ellos se dejan llevar mucho por lo que dice la gente y muchas veces no es lo correcto ¿no?, este o por lo que dicen los amigos, por eso tratamos de investigar o de tomarnos algunos materiales de ayuda para que ellos estén enfocados y sepan realmente como serían o como son las cosas en cuanto a la sexualidad, eh los libros nos abarcan algunos temas que muchas veces ellos se interesan más afondo, que muchas veces tenemos que investigar un poquito más, pero los temas de educación sexual que a nivel primaria que ellos están interesados, a lo mejor son muy básicos, eh yo tengo un niño en el bachillerato y ya sus preguntas acerca de educación sexual son un poco diferentes que manejo con los niños de quinto y sexto, regularmente me dan quinto y sexto. Entonces la educación que se les trata de dar a ellos es respecto también a las dudas preguntas o comentarios que también ellos tienen en su casa.</p> <p>3.-Bueno muchas veces partimos de preguntas de ellos, ¿sí? Para abrir el tema eh este empezamos dándoles el título, vamos hablar de la menstruación por ejemplo y o y empiezan las dudas que les gustaría saber acerca del tema, entonces empieza una lluvia de ideas que anotamos en el pizarrón y los niños van anotando en sus libretas para posteriormente investigar acerca de eso y ya llegar a los conceptos que nos maneja el libro de cierta manera ¿no? Eh este en muchos libros vienen muchas actividades que son más que nada de investigación y entonces también nos abre una apertura para llegar al tema que ellos quieren tratar, eh siempre que manejamos los temas de sexualidad empezamos con que son temas muy importantes así como todos, pero que ante todo tienen que tener mucho respeto, porque hay muchos niños que al empezar hablar de sexo de sexualidad de lo toman como tema de burla, les da risa, ven algún esquema en el libro de un niño desnudo o de una niña desnuda y empiezan jijiji jajaja, entonces en mi caso siempre que voy a ver un tema de eso, ósea recuerden que todos merecemos respeto, nuestros cuerpos merecen respeto, debemos respetar el tema que vamos a tratar es igual importante, es mejor estar informado, bien informados que mal informados antes de abarcar esos ese tipo de temas porque le digo que si se da en esta escuela en especial que lo niños no se tienden a irse por otros por otros lados cuando se ve cuando se ven esos tipos de temas, entonces si es importante hemos tratado de conseguir conferencias también y este muchos niños si vienen con ideas diferentes de su casa, entonces a veces si me ponen un límite, yo recuerdo mucho hace dos años que tuve sexto también, que vinieron a darles una conferencia del centro de salud acerca de los métodos anticonceptivos y la doctora la enfermera que vino les trajo condones y les dijo "ábranos, siéntanos pregunten" y en ese entonces no se tendría veinticinco niños este de los cuales unos quince no se atrevieron ni abrir el preservativo ¿no? Entonces ya después pues este algunos comentarios me decía la enfermera no los podemos obligar, nosotros se les da la instrucción pero pues si no ellos ponen hasta donde ¿no? No pues que iba a decir su mama de que viera o tuviera un condón, entonces sí mucho viene también de casa ¿no? Entonces también necesitaríamos tener ese tipo de clases a lo mejor con los papas, para que nos ayudarían un poquito abrir esos temas con los niños. (No dió su opinión respecto al embarazo en la adolescencia)</p>	<p>El discurso de la persona a la que se entrevistó confirma que existe riesgo, para el embarazo en adolescente, presenta escaso conocimiento sobre educación sexual. Muy poco tiempo lo vieron en clase, por una semana y la forma en como vio estos temas denotan educación tradicional, de alguna manera en su discurso denota que por su edad y su escaso conocimiento respecto al embarazo, el valor de la responsabilidad respecto al embarazo en la adolescencia.</p> <p>El aprendizaje al que aspiran los alumnos en este nivel está supeditado al modelo tradicional, la exposición del profesor o profesora, las tareas, las lecturas y al parecer según su narrativa por lecturas realizadas a nivel grupal.</p> <p>Señala el respeto par ver estos temas, ha invitado a conferencistas, algunos alumnos no se atreven a abrir un condón, es que eso viene de casa.</p> <p>Necesitamos tener ese tipo de clases con los papas, para que nos ayuden a abrir un poquito esos temas.</p> <p>No dió a conocer su punto de vista respecto al embarazo en adolescente.</p>

Fuente directa: Entrevista a profundidad aplicada en presencia de un segundo observador en una primaria de Tepeapulco, Hidalgo.

## Cuadro 5. Análisis del discurso de profesores de 5° grado de nivel primaria.

Categorías “Enfoque pedagógico del docente”	Respuestas de los entrevistados.	Análisis del discurso
<p><b>Método de enseñanza tradicional.</b></p> <p>1. ¿Durante el curso haz visto temas de educación sexual? Si _____ no _____</p> <p>2. ¿Platicame de educación sexual?</p> <p><b>El método de enseñanza constructivista.</b></p> <p>3. ¿Platicame como lo vieron con su maestra (o).</p> <p>4. ¿Qué piensas del embarazo en la adolescencia?</p>	<p>Entrevista 3. Género masculino, profesor de 5° de nivel primaria.</p> <p>1.-Si, si hemos visto.</p> <p>2.-Referente a lo que platico con los niños o lo que punto de vista nada más. Para mí la educación sexual es este primero el, la relación que existe entre nuestros caracteres sexuales ¿sí?, la relación sexual puede este yo creo que la puedo definir como una exploración que desde hace muchos años la estamos realizando nosotros como seres humanos ¿no? La educación sexual se debe de aportar desde el vínculo familiar, porque efectivamente yo que doy clases los niños lo toman a veces como morbo, cuando debe ser algo natural porque es nuestro cuerpo, es nuestra esencia ¿no? Entonces este, siento que en ese ámbito la educación sexual debe de, de, de primero educar a los papas si más que nada para que ellos platicuen de este tema, que para nosotros lo platicamos de una manera muy natural ¿sí? Pero a veces no falta el niño que lo ve así como este, algo morbosoz ¿no?, y yo siento que ese es el problema que habido ahorita en educación sexual, por eso muchos embarazos prematuros,, hijos no deseados, porque a pesar de que hay mucha información muchos se quejan de la educación sexual aparece en los medios de comunicación, en comerciales, en televisiones, en los libros que hay mucha información, se espantan o se pregunta el por qué hay embarazos no deseados o crecimiento de enfermedades venéreas ¿no? ¿Porque? Porque no existe la comunicación entre padres e hijos, que es lo fundamental para mí porque hay más confianza. Pero si debe de haber una educación sexual educando primero a los padres que existen o que conozcan cómo hablar el tema con sus hijos, abordarle y nosotros nada más darles una, una, este, muestra de cómo seguir ese tipo de educación. Yo digo que para mí en educación sexual es lo básico ¿no? En primarias ¿no? Y mi punto de vista en educación sexual, creemos con una sexualidad desde niños ¿no? de que estamos este en el vientre de nuestra madre ya ahí ya tenemos, ya tenemos ahí nuestro sexo definido, entonces ya ahí ya empieza el crecimiento de educación sexual, conforme a nuestra vida ¿no? Ya es cuestión de cómo lo tomemos cada quien ¿sí?</p> <p>3.-El tema a nosotros como profesores nos da una este, una planeación para abordar el tema, ejemplos. Pero yo siento que a veces este, depende de cómo uno lo de, que sensibilidad tengas para poderlo dar por que, si de repente les hablas de sus partes sexuales a los niños de una forma este tajante, este no lo van a entender una, dos se van a este a tomar como morbo, como agresión ¿no? Incluso no nada más ellos ¿no? Yo creo que los papas, yo creo que es una revolución de los libros de texto, para mi positiva, este porque a veces los papas son los que se espantan más, que los niños ¿no?, por el tabú que existe verlos, ver la educación sexual dentro de los libros. Entonces yo lo doy de una manera natural, natural trato de poner esquemas, de poner dibujos. Que ellos mismos, porque ellos mismos, este ya traen el conocimiento, solo es cuestión de irlos afinando en qué sentido, porque ellos desde chiquitos se exploran ¿no? Entonces ya sabes de sus partes íntimas que es lo que tienen que es lo que no tienen. Definir su sexo si son hombres o son mujeres, pero este si hay este, yo abordo el tema con naturalidad con esquemas con ejemplos, con el significado de cada una de sus partes de su, su cuerpo ¿no? sexualmente hablando ¿sí? Oiga, y cuál sería el modelo pedagógico ideal, Yo creo que desde preescolar, desde preescolar se tiene que ver el pro y el contra, lo bonito que es la sexualidad, verlo como algo natural ¿sí? Y hacer talleres para padres de familia, si porque hay mucho tabú ¿sí? Mucho tabú en ese, en ese sentido. Entonces para mí sería preparar a los padres de familia, crear libros para padres de familia, de cómo educar a sus hijos en la sexualidad ¿sí? Y el problema que podría tener más bien las consecuencias ¿sí? Que podría tener de no educar a nuestros hijos de lo que es una verdadera educación sexual como consecuencia que bueno que quede en un embarazo no deseado ¿no? Como le dicen, pero pues tenemos él dice, enfermedades venéreas totalmente ¿no? Hepatitis ósea causan mucha a muerte no. Por tener precisamente una sexualidad sin prevención ¿sí? Entonces yo digo que el modelo sería educar, hacer un libro especialmente para padres ya sea que aquí estuvieran involucrados sexólogos, doctores, este pediatras ¿sí? Toda la gama que maneja la medicina en cuestión de las etapas del ser humano para poder junto con pedagogos, maestros de educación básica para poder hacer un buen libro y se reparta gratuitamente a los padres de familia ¿no? Y obviamente los libros de texto que manejan eso, pero pues yo digo que desde preescolar se tiene que atacar ese sentido.</p> <p>4.-Es lo que comentaba, vuelvo a reiterar mi postura es en que es una falta de comunicación referente en el vínculo familiar, si porque si hay medios, en la televisión ya aparecen preservativos lo que era hace muchos años no había, ya son más los comerciales de preservativo, los métodos de anticonceptivos ya son bastantes, ya hay muchas maneras de poder evitar un embarazo este el problema es que los papas no tienen esa comunicación tan abierta, como deben de tenerla con los hijos para explicarles el, hablar de educación sexual y evitar un embarazo no deseado que es lo que actualmente estamos viendo en nuestra sociedad ¿no?, niñas no espantan quince años, dieciséis años embarazadas totalmente y uno se pregunta si hay tanta información ya en los libros de texto, en las bibliotecas, este en los medios de comunicación porque ese problema social que este salgan embarazadas cuando no lo desean. Entonces yo digo que el problema está en casa, si el poder hablar con nuestros hijos de sexualidad abiertamente ¿no?, llegar de que saber cuándo empieza su pubertad, en que momentos hablar con ellos tanto de higiene, como este de cuidados, si en sus partes íntimas y también lo que provoca cuando empieza a madurar tanto sexualmente como mentalmente, yo les digo a los alumnos y esto deberían decirlo los papas, una cosa es que tu cuerpo esté preparado fisiológica... o físicamente más bien cuando empiezan las mujeres a temprana edad a menstruar ¿sí? Y los hombres generar ya espermatozoides ¿no? Entonces una cosa es que el cuerpo este físicamente y apto para dar esos cambios la menstruación, poder tener espermatozoides, bueno y la mente, son dos cosas diferentes, una cosa es el cuerpo y otra cosa la mente. Que hay que buscar más adelante, enseñar a los alumnos a equilibrar ¿sí? Los cambios físicos que tienen con la mente, porque se embarazan a los quince años y están jugando al papa y a la mama, cuando su mente esta en otra situación ¿no?, no están preparados para ser padres. Entonces su meta obviamente es estudiar, jugar todavía, entonces yo digo que si hay que buscar el equilibrio y explicarles la diferencia entre físicamente preparados ya para poder procreara poder tener la mente para poder ser padres jóvenes eso más que nada. Yo creo que ese es el problema la falta de comunicación entre padres e hijos ¿no? Porque a veces se van por otro lado buscan la comunicación con los amigos, con las amigas es falsa totalmente ¿no?</p>	<p>El discurso de la persona a la que se entrevistó confirma que estos temas deben tener su origen desde el vínculo familiar.</p> <p>La forma en como vió estos temas denotan educación tradicional, de alguna manera en su discurso denota que es un tema importante.</p> <p>Aunque en su discurso denota dudar en cada uno de sus comentarios, aunque podría ser una muletilla, pero de cualquier manera no es alentador para enseñar estos temas con este aspecto que refleja duda.</p> <p>Nunca señala el método pedagógico, cual es o como se llama, evade la pregunta y sigue con aspectos generales. Busca incluir de manera importante a los padres de familia y a personal, se refiere al modelo a educar, hacer un libro por un equipo de padres, sexólogos, doctores y profesores.</p> <p>No se explica con tanta información que se embaracen, el problema está en casa, físicamente están preparados, pero no mentalmente, yo creo que ese problema es por falta de comunicación entre padres e hijos ¿no?</p> <p>Buscan comunicación con amigos, amigas, es falsa totalmente.</p>

Fuente directa: Entrevista a profundidad aplicada en presencia de un segundo observador en una primaria de Tepeapulco, Hidalgo.

**Cuadro 6. Análisis del discurso de profesores de nivel secundaria.**

Categorías “Enfoque pedagógico del docente”	Respuestas de los entrevistados.	Análisis del discurso
<p><b>Método de enseñanza tradicional.</b></p> <p>1. ¿Durante el curso haz visto temas de educación sexual? Si ___ no ___</p> <p>2.- ¿Platicame de educación sexual?</p> <p><b>El método de enseñanza constructivista.</b></p> <p>3. ¿Platicame como lo vieron con su maestra (o).</p> <p>4.- ¿Qué piensas del embarazo en la adolescencia?</p>	<p><i>Entrevista 1. Género femenino 3 de secundaria</i></p> <p>1.-Si pero más enfocado en primer año. Mmm pues métodos anticonceptivos ¿qué más? Mmm lo que es así adolescencia se ve desde primero y en segundo y tercero es ver métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual mmju a grandes rasgos.</p> <p>2.-¿De educación sexual? Hijoles! Este...mmm... pues es un tema muy importante pero ahora vemos en la actualidad que los jóvenes rebasan más lo que es la sexualidad, como ya a estas alturas ya, es mas ya hasta la practican ellos ¿no? Y este y hablarles de ese tema, no es para ellos novedoso, pero este, pero como que les interesa y a veces decimos que lo prohibido es lo que más nos gusta hacer ¿o? y como que a ellos eso es lo que les llama más la atención los chicos mmju.</p> <p>3.-¿Cómo? Como les enseño, bueno por medio de carteles, bueno explicando cada uno de los métodos, si puedo les traigo para que ellos los conozcan, los palpen, los vean y este y de esa manera o mediante videos y este incluso nos han apoyado sector salud este con platicas y trayendo algunas de ellos, algunos anticonceptivos.</p> <p><b>¿Y cuál método pedagógico considera usted que sería el ideal para enseñar este tipo de temas en los adolescentes?</b></p> <p>¿Qué material? ¿Qué método pedagógico? ¿Qué enfoque pedagógico? Pues más que nada el explicativo ¿no? Ellos y también que lo conozcan, explicarles y que lo conozcan cuál es su función como es, mmju. <b>¿Cómo es el explicativo?</b> Pues por medio de los carteles. Aja, que yo les explique, en algunas ocasiones se les ha pedido que investiguen ellos, en el internet hay más información de ello.</p> <p>4.-Híjole este, pues es un problema ¿no? En las chicas que a veces, pues que comenten ese error en embarazarse a temprana edad que para ellos es truncar su vida y este pero bueno el hecho de esta región yo me he dado cuenta de que, muchas chicas salen así, por muchos problemas que hay en su casa, aquí hay mucha desintegración familiar, y como que a veces piensan que esa es la mejor salida irse con el muchacho o un embarazo y que se las tenga que llevar, y a veces lamentablemente no es así, porque ni les cumplen ni nada. Que ahora en la actualidad ya nadie quiere un compromiso formal, y pues las adolescentes si comenten esos errores.</p>	<p><i>El discurso de la persona a la que se entrevistó confirma que existe riesgo, para el embarazo en adolescente, presenta escaso conocimiento sobre educación sexual. Ahora los jóvenes rebasan lo que es la sexualidad, lo prohibido es lo que más nos gusta hacer, en su dinámica enseña de manera más real, que palpen los anticonceptivos, pero en cuanto al método pedagógico, denota el método tradicional; confirma que es el método explicativo.</i></p> <p><i>Confirma por medio de cartes, que yo les explique.</i></p> <p><i>al parecer según su narrativa por lecturas realizadas en internet, ahí hay más información.</i></p> <p><i>Las chicas cometen ese error en embarazarse a temprana edad, que para ellos es truncar su vida.</i></p> <p><i>La desintegración familiar, a veces piensan que la mejor salida es irse con el muchacho o un embarazo y que se las tenga que llevar, nadie quiere un compromiso así y confirma:</i></p> <p><i>Las adolescentes si cometen esos errores.</i></p>

**Fuente directa: Entrevista a profundidad aplicada en presencia de un segundo observador en una secundaria de Tepeapulco, Hidalgo.**

**Cuadro 7. Análisis del discurso de profesores de nivel secundaria.**

Categorías “Enfoque pedagógico del docente”	Respuestas de los entrevistados.	Análisis del discurso
<p><b>Método de enseñanza tradicional.</b></p> <p>1. ¿Durante el curso haz visto temas de educación sexual? Si ___no___</p> <p>2.- ¿Platicame de educación sexual?</p> <p><b>El método de enseñanza constructivista.</b></p> <p>3. ¿Platicame como lo vieron con su maestra (o).</p> <p>4.- ¿Qué piensas del embarazo en la adolescencia?</p>	<p>Entrevista 2. Género masculino, profesor de 2º de secundaria.</p> <p>1.-Es de manera general ¿no?</p> <p>2.-Educación sexual así no tenemos, que diga la clase de educación sexual, tenemos, vemos ciertos nada más, que nos manda la guía que nos manda el programa. ¿Cómo creo? Bueno pues tenemos un plan de programa que nos dice claramente cómo debemos de abordar, por ejemplo este, abordar de acuerdo al tema si vamos a ver hoy aparato reproductor masculino vemos eso ¿no? Sus funciones, eh ¿cómo le llaman? Órganos internos, órganos externos todo eso.</p> <p>3.-Vemos de acuerdo al libro, ellos llevan un libro y como les acabo de decir en el libro viene explicado también, este... viene por temas, viene también información cívica y ética se relaciona mucho con ciencias y español, ciencias por que se ven las ¿Cómo le llaman? Las cualidades físicas del ser humano, todo eso. Y en cívica vemos temas de actualidad, por ejemplo abordan el noviazgo también, este abordan también que no deben tener relaciones a temprana edad, este y temas parecidos. Pues yo hago mis planeaciones y este... a través de pláticas, de hecho aquí vienen ustedes a dar (refiriéndose al centro de salud) nos apoyamos con el centro de salud eh! Que en cierta época también vienen a darles ese tipo de pláticas. ¿Usted es doctora no? (interroga a la entrevistadora quien afirma), ustedes vienen a darnos ese tipo de pláticas, nos apoyamos con ustedes. (Interrompe) un doctor claro!! <b>Para hablar de educación sexual ¿un profesor o un médico?</b></p> <p>Yo creo que ambos ¿no?, este los maestros tenemos esa obligación si nos dan los temas tenemos que exponerlos este a los alumnos, dejarles trabajo no se a ellos para que investiguen, pero si nos tenemos que apoyar de un médico también ¿Por qué no?, en este caso de aquí del centro de salud ¿no? Hay gente especialista en el tema, no! Quiero decir que no somos especialista nosotros pero nos podemos apoyar en los doctores por ejemplo en este caso. Y nos apoyamos de hechos, los programas del centro de salud vienen y nos dicen una conferencia, y pues adelante no y nos hablan de esos temas, además los alumnos en este época, en esta edad preguntan mucho también tenemos que abordarlos ¿no?</p> <p><b>¿Cuál sería el método pedagógico más importante para dar educación sexual?</b></p> <p>Pedagógico, pues sería que aparte de dejar investigar a los alumnos pues nosotros mismos este... enseñarles a través de pláticas, conferencias de nosotros, de los maestros.</p> <p>4.-¿Del embarazo en la adolescencia? Pues que es un problema grave ¿no? En la actualidad y e da más no sé si en las comunidades o en el área urbana, este pero es por desinformación, la mal información, ya sea que tienen problemas en su casa, o que en su escuela nunca se tocan esos temas ¿no? O los alumnos con los papas, los hijos con los papas. Y es un problema que se ha dado muy fuerte ¿no? Nos hemos enterado de varios casos. Incluso el año pasado en los Cides, una alumna salió embarazada.</p>	<p>El discurso de la persona a la que se entrevistó confirma que existe riesgo, para el embarazo en adolescente, presenta escaso conocimiento sobre educación sexual.</p> <p>Y en temas en clase, de acuerdo al programa, estos temas denotan educación tradicional, sigue al pie el programa.</p> <p>Incluye al doctor para que venga a explicar esos temas, dice que ambos, nos apoyamos entre ambos, vienen del centro de salud a darnos conferencias.</p> <p>El método pedagógico es de dejar investigar a los alumnos, pláticas, conferencias.</p> <p>El embarazo en adolescente es un problema grave, la mala información, , problemas en su casa, o que nunca se toca esos temas en su escuela</p> <p>Es un problema muy fuerte, se han dado casos de embarazo.</p>

Fuente directa: Entrevista a profundidad aplicada en presencia de un segundo observador en una secundaria de Tepeapulco, Hidalgo.

**Cuadro 8. Análisis del discurso de profesionales de la salud vinculados con promoción de la salud.**

Categorías “Enfoque pedagógico del docente”	Respuestas de los entrevistados.	Análisis del discurso
<p><b>Método de enseñanza tradicional.</b></p> <p>1. ¿Durante el curso haz visto temas de educación sexual? Si ___ no ___</p> <p>2.- ¿Platicame de educación sexual?</p> <p><b>El método de enseñanza constructivista.</b></p> <p>3. ¿Platicame como lo vieron con su maestra (o).</p> <p>4.- ¿Qué piensas del embarazo en la adolescencia?</p>	<p><i>Entrevista 1. Género femenino, médico promotor de la salud.</i></p> <p>1.-Si</p> <p>2.-Bueno, yo sé de estos temas porque desde que iba en la escuela los vemos es así como nos vamos familiarizando, además a que a mí me gusta mucho la gine, entonces estos temas van muy relacionados. Cuando nos daban los cursos sobre métodos de planificación familiar, reforzamos estos conocimientos que van enfocados a prevenir embarazos no planeados o infecciones.</p> <p>¿Ha recibido cursos sobre educación sexual por parte de su centro de trabajo?</p> <p>Si, hace como un año.</p> <p>3.-Pues con el material que aquí tenemos... los rota folios, presentaciones pero esas la debemos que preparar. Vamos a las escuelas y se les explica sobre los métodos de planificación familiar principalmente, pero aquí si necesitamos el apoyo de los maestros o de ustedes, porque luego vamos y no nos hacen caso los niños, o están platicando, yo creo que si vamos a grupos reducidos sería mejor. Pues yo desconozco de eso, nosotros nos piden dar el tema en la escuela y ocupamos el material que tenemos, pero creo que si es importante que los maestros nos apoyen con esto.</p> <p>4.-Que pueden ser muchos factores lo que puede provocarlo, desde violencia en el hogar, adicciones o no saber usar los métodos de planificación familiar, se puede prevenir, pero depende de los jóvenes tomar esta decisión.</p> <p><i>Entrevista 2. Género femenino, medico promotor de la salud.</i></p> <p>1.-Si</p> <p>2.-Considero que es un tema importante dentro de la promoción y prevención, que es nuestra principal función en una unidad de primer nivel como la nuestra. Pero que tenemos de tener la información correcta y actualizada, para poder transmitir a la población a nuestro cargo ya que tenemos adolescentes, mujeres y hombres de todas las edades. Eh, en un centro de salud la educación sexual se basa en la salud reproductiva como planificar embarazos y evitar infecciones de transmisión sexual. Esta información se debe de adecuar a la población que va dirigida ya que es muy diferente en alumnos de primaria, secundaria o bachillerato, a amas de casa de la población de oportunidades, así como a las mujeres en puerperio. Tenemos que ser enfáticos en el beneficio del método de planificación familiar y concientizar a la población del porqué. Ya que ellos identificando esto será más fácil su aceptación. ¿Ha recibido cursos sobre educación sexual por parte de su centro de trabajo? Mmm sí... en este año.</p> <p>3.-Más que un curso, son platicas que trato de preparar con láminas en power point por que considero que visualmente los niños aprenden más, trato de ser muy didáctica en mis presentaciones y antes de iniciar la ponencia dar un encuadre, también hago una pequeña evaluación mediante preguntas para conocer si dominan el tema, hago preguntas también durante la ponencia para saber si me están entendiendo y trato de hacer talleres para reforzar los conocimientos. No conozco como tal los modelos pedagógicos que se deberían utilizar para exponer los temas de educación sexual... mmm pero hace un año recibí un curso de facilitadores, donde nos enseñaron técnicas para preparar temas, los cuales uso al exponer, creo que me sirven ya que al realizar la evaluación final los resultados son satisfactorios. Yo creo que las escuelas deberían compartir su plan de estudio para que cuando demos el tema, se los demos de acuerdo a la edad y conocimiento que tienen los niños, ya que podemos impactar con la información que les demos.</p> <p>4.-Pues creo que es una ventana de oportunidad de la promoción de los servicios de salud, el hecho de que existan embarazos en niñas y mujeres adolescentes es un indicador que algo está mal en la educación. Un embarazo a temprana edad sabemos que tiene múltiples factores de riesgo que ponen la vida del binomio, es por eso que tenemos que intensificar las acciones de educación en este grupo de edad, para que tengan las herramientas necesarias para planear la paternidad.</p>	<p><i>El discurso de la persona a la que se entrevistó confirma que si se imparten estos cursos.</i></p> <p><i>Le gusta los temas, la ginecología, reforzamos conocimientos enfocados a prevenir embarazos no planeados o infecciones.</i></p> <p><i>Usa rota folios, presentaciones, en las escuelas explica métodos de planificación familiar principalmente, pero con apoyo de maestro, luego no hacen caso los niños, grupos reducidos sería mejor, es importante el apoyo de los maestros.</i></p> <p><i>Esto denota que el personal de salud es experto en sus temas, pero no en cómo trabajarlos, pierde el control del grupo si no está el profesor, denota aprendizaje de estos temas por medio de educación tradicional.</i></p> <p><i>el valor de la responsabilidad respecto al embarazo en la adolescencia. Es manifiesto por parte del médico.</i></p> <p><i>Entre las causas del embarzo en adolescente, la violencia intrafamiliar, escaso conocimiento de métodos de planificación familiar.</i></p> <p><i>Si han recibido cursos, pero al parecer son desde la pedagogía tradicional con presentaciones entre otros.</i></p> <p><i>El embarazo en la adolescente es un indicador de que algo anda mal en la educación,</i></p> <p><i>Son múltiples factores de riesgo para el embarazo en adolescente y es por eso que se tiene que intensificar las acciones de educación.</i></p>

Fuente directa: Entrevista a profundidad aplicada en presencia de un segundo observador en el centro de salud de Tepeapulco, Hidalgo.

**Cuadro 9. Análisis del discurso de adolescente embarazada.**

Categorías "Percepción del embarazo por la adolescente"	Respuestas de los entrevistados.	Análisis del discurso
<p><b>Causas por las que se embarazo.</b></p> <p>1. ¿En la escuela viste temas de educación sexual? Si ___ no ___</p> <p>2.- ¿Platicame de educación sexual?</p> <p>3. ¿Platicame como vieron con su maestra (o).</p> <p><b>Su percepción. Estilo y calidad de vida posterior al embarazo.</b></p> <p>4.-¿Qué piensas del embarazo en la adolescencia?</p> <p>5.-Platicame de tu experiencia con el embarazo, ¿Cómo ha impactado en tu vida cotidiana?</p>	<p>Entrevista 1, adolescente embarazada. (Se encontraba acompañada de su mama, al momento de la entrevista). Tiene 16 años de edad, estudio hasta segundo de secundaria, no termino la secundaria. <b>1. Si, 2. Además de la escuela, ¿en algún otro lugar te enseñaron temas de educación sexual? No. Me puedes platicar tú, ¿Qué es lo que sabes sobre educación sexual? Ahh (suspira). Lo que sepas, (Ríe... Silencio). Me refiero si conoces sobre métodos de planificación familiar, las diferencias del cuerpo, lo que sepas. Pues sobre las diferencias del cuerpo. 3. (Silencio largo)... primero por parte los libros... así en los libro. 4. ¿Bueno... pues (risa)... bueno para mí, yo siento que es algo que debemos de... (No termina la oración). 5. ¿Actualmente como es tu vida con el embarazo? Normal, ha cambiado un poquito pero ha sido normal. No ha usado alguna vez algún método de planificación familiar, aunque conoce el condón.</b></p> <p><b>¿Por qué ha cambiado?</b></p> <p><i>Mmm porque a veces, como ahorita, tengo la pancita y no puedo hacer nada. Pero cuando no la tenía hacia muchas cosas. Mmm (risas)... interviene la madre: "ya no puedes ir a las canchas"... bueno ya no puedo salir.</i></p>	<p><i>El discurso de la adolescente embarazada es muy limitado, esto puede ser derivado de la presencia de la madre, si vio estos temas cuando estudio, hasta segundo de secundaria, establece momentos de silencio y respuestas limitadas, su conocimiento respecto educación sexual muy deficiente, señala no utilizar métodos anticonceptivos, aunque dice conocer el condón. Los contenidos los vio en la escuela desde el libro, no señala la metodología por parte del personal docente, pero denota educación fundamentada en la pedagogía tradicional.</i></p> <p><i>Respecto a su vida cotidiana dice que es normal, aunque parece que estar embarazada le limita para hacer otras cosas, donde la pancita no le estorba, sin señal que tipo de cosas. Señala la madre: "ya no puedes ir a las canchas"... bueno ya no puedo salir.</i></p>

Fuente directa: Entrevista a profundidad aplicada en presencia de un segundo observador en el centro de salud de Tepeapulco, Hidalgo.

**Cuadro 10. Análisis del discurso de adolescente embarazada.**

Categorías "Percepción del embarazo por la adolescente"	Respuestas de los entrevistados.	Análisis del discurso
<p><b>Causas por las que se embarazo.</b></p> <p>1. ¿En la escuela viste temas de educación sexual? Si ___ no ___</p> <p>2.- ¿Platicame de educación sexual?</p> <p>3. ¿Platicame como vieron con su maestra (o).</p> <p><b>Su percepción. Estilo y calidad de vida posterior al embarazo.</b></p> <p>4.- ¿Qué piensas del embarazo en la adolescencia?</p> <p>5.-Platicame de tu experiencia con el embarazo, ¿Cómo ha impactado en tu vida cotidiana?</p>	<p>Entrevista 2. 19 años de edad, se embarazo por primera vez a los 15 años, en su vida escolar <b>¿vio temas de educación sexual? Si, en la secundaria</b></p> <p><b>¿Cómo le dieron esos temas sus maestros? Pues si como prevenir embarazos, este llevar una vida sexual pues hora si cuidadosamente ¿no? ... y... pues nada más, creo que sí. 2. ¿Usted que me podría decir sobre educación sexual? Mmm ¿que conozco? ¿Cómo? Hay como se dice, ¿Cómo? Este pues métodos anticonceptivos ¿no?, nada más con los métodos anticonceptivos, solo eso. ¿Usted cómo percibe actualmente su vida, después del embarazo? Como</b></p> <p><b>¿Cambio su vida? Si, por que ya tengo más obligaciones por mis niños. ¿Cuál fue la causa por la que usted se embarazo? Pues podría decir que un descuido, un descuido no fue planeado, pero, pues no me arrepiento de mi hija. Y su estilo de vida ¿Cómo es actualmente con estos embarazos? Pues yo creo que una vida buena, mmm no sé, una vida buena. ¿Ha cambiado, ha mejorado actualmente su vida, como califica usted su calidad de vida actualmente? Mmm pues ha mejorado, bueno ahorita que me embarace ha mejorado un poco más y este la considera buena.</b></p>	<p><i>El discurso de la adolescente embarazada es señala que su primer embarazo fue a los 15 años, muy limitado respecto a cómo vio los temas con sus maestros, señala de métodos para prevenir, pero se embarazo a los 15 años, no conoce bien los métodos anticonceptivos. respuestas limitadas, denota educación fundamentada en la pedagogía tradicional.</i></p> <p><i>Su percepción señala cambio de rol, por las obligaciones a sus hijos, la causa un descuido, no planeado, pero no se arrepiente de su hija.</i></p> <p><i>Respecto a su vida cotidiana dice que ha mejorado. Considera el cambio como bueno.</i></p>

Fuente directa: Entrevista a profundidad aplicada en presencia de un segundo observador en el centro de salud de Tepeapulco, Hidalgo.

**Cuadro 11. Análisis del discurso de adolescente embarazada.**

Categorías "Percepción del embarazo por la adolescente"	Respuestas de los entrevistados.	Análisis del discurso
<p><b>Causas por las que se embarazo.</b></p> <p>1. ¿En la escuela viste temas de educación sexual? Si___no___</p> <p>2.- ¿Platícame de educación sexual?</p> <p>3. ¿Platícame como vieron con su maestra (o).</p> <p><b>Su percepción. Estilo y calidad de vida posterior al embarazo.</b></p> <p>4.- ¿Qué piensas del embarazo en la adolescencia?</p> <p>5.-Platícame de tu experiencia con el embarazo, ¿Cómo ha impactado en tu vida cotidiana?</p>	<p>Entrevista 3. 19 años, 4 embarazos; el primero lo tuvo a los 12 años, un parto, un aborto y dos cesarazos <b>¿Usted ha recibido temas sobre educación sexual?</b> Algunos, en la escuela, <b>¿Qué temas le enseñaron en la escuela?</b> Mmm sobre los preservativos, como usarlos y eso. <b>¿Usted que sabe sobre educación sexual?</b> Pues no mucho (ríe). Mmm pues para que sirven los preservativos y todo eso. <b>¿Usted por qué se embarazo?</b> Pues... ahora sí porque me junte chica y no sa... no tenía ni yo la idea de cómo cuidarme. <b>¿Usted qué piensa del embarazo en la adolescencia?</b> Pues... que a la vez es muy difícil para nosotros, porque no sabemos mucho igual. Pues si es tarde (ríe). <b>¿Ha cambiado tu estilo de vida después del embarazo, de tu primer embarazo?</b> Sí, Pues en que uno piensa un poquito más, ósea de cómo debemos de llevarlos nuestro ritmo de vida y pues si cambia mucho. <b>¿Cómo es tu calidad de vida, después de tu primer embarazo actualmente?</b> Pues algo, como se diría, un poquito más difícil porque tengo que ver a mis bebes y eso, sería eso un poquito como que más así, más responsabilidad para mí. Pues a lo mejor antes era mejor porque estaba sola, podía trabajar, podía estudiar. Ahora es un poco más difícil, porque tengo responsabilidad con mis bebes, y tengo que cuidarlos, pero tampoco esta tan mal (ríe), tampoco esta tan mal.</p>	<p>El discurso de la adolescente embarazada señala que se embarazo a los 12 años, 4 embarazos. Escasa escolaridad, respecto a cómo vio los temas con sus maestros, señala como usar los preservativos, respuestas limitadas respecto a la educación escolar, denota educación fundamentada en la pedagogía tradicional. Se embarazo porque se juntó y no sabía de cómo cuidarse, percibe como difícil el embarazo por no saber mucho</p> <p>Su percepción señala cambio de rol, por las obligaciones a sus hijos, Respecto a su vida cotidiana dice que antes de sus embarazos era mejor su vida, tampoco es tan mal.</p>

Fuente directa: Entrevista a profundidad aplicada en presencia de un segundo observador en el centro de salud de Tepeapulco, Hidalgo.

### **XIII. PROPUESTA DE SOLUCIÓN**

Son variadas las acciones que se pueden emplear para reducir el embarazo en las mujeres adolescentes en los centros salud de la Secretaría de salud. A continuación serán mencionadas algunas de las más relevantes:

Son áreas de oportunidad de la organización:

- a) Diseñar métodos de trabajo entre personal de salud y maestros para la adecuada impartición de temas.
- b) Definir las misiones y funciones de las personas que proporcionan información de educación sexual.
- c) Capacitar al personal docente sobre educación sexual para lograr impartir los temas en su totalidad.

Áreas de oportunidad del personal de salud.

- a) Definir sus funciones y misión en los talleres impartidos sobre educación sexual en las escuelas.
- b) Conocer las necesidades de la población adolescente de responsabilidad.

Áreas de oportunidad para control prenatal:

- a) Integrar al expediente clínico un interrogatorio de antecedentes ginecoobstetricos homogenizados para el personal de salud.
- b) Integrar al expediente clínico interrogatorio de adicciones, considerando el tiempo de uso y abandono.
- c) Integrar y homogenizar criterios sobre conocimiento y capacitación sobre métodos de anticoncepción a la usuaria.
- d) Integrar al expediente causas del embarazo de la adolescente.
- e) Otorgar una atención integral para la prevención de embarazos subsecuentes no deseados.

## XIV. DISCUSIÓN

El embarazo adolescente y los problemas relacionados con este se han hecho visibles hace más de una década en la agenda internacional de los temas de salud reproductiva. En nuestro país, el tema del embarazo adolescente se ha vuelto uno de los asuntos fundamentales de las políticas de población; desde distintas perspectivas se habla sobre el volumen de población adolescente, sobre su ritmo de crecimiento y reproducción, así como del riesgo biopsicosocial que implica la maternidad adolescente.

Resulta importante mencionar que existe bibliografía amplia sobre el tema así como normatividad impuesta y las políticas para la atención de embarazo en adolescente. Este estudio describe los antecedentes personales patológicos, no patológicos y obstétricos asociados con el embarazo en adolescentes en la localidad de Tepeapulco. El presente trabajo incluye variables (edad promedio de las embarazadas, menarquia, inicio de vida sexual activa, estado civil) que se presentaron de manera semejante a lo mencionado en otros estudios<sup>74,75,76</sup>. Se ha publicado una investigación por Granados Alcántara previamente sobre los factores que determinan el embarazo en adolescentes en la misma localidad.

Las mujeres que acudieron a su control prenatal en el centro de salud Tepeapulco, se observa que el 23.4% son mujeres embarazadas adolescentes, tienen una edad de 18 y 19 años, seguida por la edad de 11 años que corresponde al 19.4%, continuando con un descenso del resto de las frecuencias en cuanto disminuyen los rangos siendo 13 años el último (2 mujeres) con un 2.12%, no encontrando mujeres embarazadas entre los 10 y 12 años, con un promedio de 17.14 años. Los grupos de edad de la localidad son iguales, a los reportados por Acosta V<sup>77</sup>, quien registra la edad promedio de las adolescentes fue de 17.19 años; la edad de las adolescentes embarazadas fue de 17.48 años.

El estado civil más frecuente en las mujeres en un 65.96% tiene una unión libre con sus parejas, el 25.53% son solteras y solo 8.51% refirió encontrarse casada, El estudio por ser observacional, debido al análisis solo representa frecuencias.. Esta información concuerda con Zamora-Lares en 2013<sup>78</sup> que en su grupo de casos y controles realizado en México, señala que en el grupo A constituido por 202 mujeres (61%) y en el grupo B 171 (51.8%). Estaban casadas solo 35 (11%) del grupo A contra 110 (33.3) del grupo B, con una  $p < 0.001$ . En el estudio realizado en la localidad por Granados 2006, cambia radicalmente la forma nupcialidad de las jóvenes ya que se halla que el 47.5% de las mujeres adolescentes se encuentra casada en relación al 8.51% de nuestro estudio, rubro que cambia al 65.96% de las usuarias se encuentra en unión libre contra el 17.5%

del estudio previo; algo que se ha mantenido es el estado civil soltera con un nivel porcentual de 32.5%.

En cuanto a la religión que profesan las mujeres el 90.43% son católicas, el 9.57% restante rinden culto a otras, 5.32% denominándose creyente sin especificar, un 3.19% cristiana y solo 1 mujer es testigo de Jehová lo que corresponde en un 1.06%. Granados Alcántara quien realiza una investigación en la localidad en 2006, coincide en que la religión que más profesa la población es la católica.

Respecto a la variable escolaridad Acosta en 2012 demuestra que hay asociación entre el riesgo de embarazo y la escolaridad ( $RM = 2.66$ ,  $IC\ 95\ \% = 0.97-7.29$ ) se describe en el presente estudio que el 55.32% de las mujeres cuentan con educación secundaria completa, seguido del 26.95% correspondiente a bachillerato; en orden decreciente la educación básica y solo el 1.06% con educación profesional incompleta. Granados en 2006, comenta que el mayor porcentaje se centra en el nivel básico, teniendo la mayor proporción en el nivel secundaria el 40%, en comparación con nuestro estudio, se incrementa en una doble proporción tanto el nivel preparatoria como profesional.

Referente a la variable ocupación, Valdés Dacal<sup>79</sup> reporta en su artículo un 87,1 % de amas de casa, Alonso U<sup>80</sup> en su estudio predominaron las amas de casa en el grupo de embarazadas adolescentes con el 82,2 %, con valores muy significativos. Zamora-Lares refiere que las pacientes del grupo A: se dedicaron al hogar 55.7%, 23.9% eran estudiantes y 20.3% empleadas. Mientras que las del grupo B fueron las siguientes: 63.9%, empleadas 31.5% y solo 4.5%. Así, El grupo de casos de la última investigación muestra una similitud con los de la presente, donde se halló que el 80.85% se dedican al hogar, el 11.7% son estudiantes y el 7.45% es empleada.

La variable menarca es múltiplemente mencionada en las diversas investigaciones sobre embarazo en adolescente, refieren una estrecha relación entre las adolescentes que se embarazan antes de los 5 años posteriores a la menarquía,<sup>81</sup> tal como Carreón<sup>82</sup> en 2004 presento la estratificación por edad revelando que las adolescentes embarazadas de 14 a 15 años fueron las menos afectadas, habían presentado la menarquía entre los 10 y 12 años. Acosta en 2012 donde el inicio de la menarca antes de los 12 años ( $RM = 3.09$ ,  $IC\ 95\ \% = 1.28- 7.45$ ). En la población estudiada la media fue 12.19 años de edad.

En cuanto al inicio de la vida sexual activa, se obtuvo que el 28.72 % de las mujeres la presentan a los 15 años, siendo este el nivel porcentual mayor. Carreón

en 2004 menciona que las mujeres menos afectadas con un embarazo son aquellas con Inicio de vida sexual activa entre los 16 y 19 años (85.6%) Alfonso en 2005 según la edad de inicio de las relaciones sexuales y criterios de satisfacción, encuentra un predominio de inicio de las relaciones sexuales en las edades de 15 a 19 años, con un 64 % y un nivel de satisfacción de 60,5 %. Cutie<sup>83</sup> en 2005 por su parte, muestra que el 46.9% de las mujeres comenzaron sus relaciones sexuales antes de los 15 años.

En relación a los años transcurridos entre la menarquia y el inicio de vida sexual, cada vez ocurre en estadios de la vida más tempranos. Obtuvimos que las mujeres adolescentes incluidas en el estudio tuvieron su primera relación con una media de 3 años.

De acuerdo a la variable de uso de método anticonceptivo; Cutie aprecia como el 64,2% de los adolescentes tuvo su primera relación sexual sin protección anticonceptiva. De la Mora<sup>84</sup> refiere que el 64,2% de los adolescentes tuvo su primera relación sexual sin protección anticonceptiva. De acuerdo de los resultados comentados, el 59.57% (IC 95% 59.47%-59.67%), refiere no haber utilizado método alguno.

En cuanto a las adicciones presentes en el expediente clínico de las usuarias, el alcoholismo y tabaquismo se comentó anteriormente que el 15.96% (15.89%-16.03%) afirmaron consumir alcohol y un 8.51% afirman tener consumo positivo del tabaco. En este sentido Zamora-Lares en su estudio las mujeres que fumaban antes del embarazo, correspondía a 75 (22.7%) del grupo A y a 60 (18.1%) del grupo B,  $p=0.14$ . De éstas continuaron fumando durante el embarazo 24 mujeres del grupo A y 13 mujeres del grupo B,  $p=0.06$ . Y las pacientes que ingerían alcohol antes del embarazo fueron 13% del grupo A y 9.6% del grupo B (43 vs 32),  $p=0.17$ . De estas continuaron ingiriendo alcohol durante el embarazo 9 del grupo A contra 7 del grupo B,  $p=0.61$ .

Carreón 2004 Los factores que mostraron una fuerte asociación con el embarazo en adolescentes fueron: el hacinamiento RM  $\chi^2 15.54$ , IC95% 4.26-67.10. En cuanto al hacinamiento, el 17% de las mujeres adolescentes embarazadas refirieron vivir en hacinamiento, de las cuales el 100% refirieron también vivir en promiscuidad.

En cuanto al enfoque cualitativo esta investigación cualitativa se ha desarrollado para conocer y comprender el proceso de enfrentar un embarazo en la adolescencia y hace uso de los procedimientos metodológicos, ya que la educación deficiente fundamentada en el modelo pedagógico tradicional no

permite que el o la adolescente, piense y se cuestione respecto a la responsabilidad de iniciar vida sexual activa precoz, esto hace necesario que los profesores de los niveles terminal de primaria y durante la educación secundaria, sean capacitados ya desde el enfoque socio-constructivista, es menester señalar que desde las estructuras de la educación para el país se enfoque desde esta perspectiva de la educación escolar.

Una educación sexual desde los informantes clave es deficiente y esta podría representar e incrementar los factores de riesgo para presentar embarazos en mujeres adolescentes en la población de Tepeapulco, Hgo.

## **XV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Evitar que se produzca un embarazo en la adolescencia no es tarea fácil, depende tanto del propio adolescente como de su entorno. Se debería poner mayor énfasis en la promoción de la utilización de métodos anticonceptivos para la prevención de dos aspectos fundamentales que son el embarazo no deseado, como así también las enfermedades de transmisión sexual, entidades muy relacionadas entre sí. Dicha tarea depende tanto de la esfera social al cual el joven pertenece como a su propia familia. Una vez producido el embarazo es importante realizar un control precoz y adecuado a fin de evitar las complicaciones que trae aparejado tanto para la madre como para el hijo.

Independientemente de la participación del sector salud en la prevención del embarazo en adolescente y de la educación escolar, este continua presentándose, derivado de la deficiente educación escolar fundamentada en la pedagogía tradicional en la que han sido formados y se requiere de la capacitación desde el enfoque socio-constructivista para impactar en este problema de salud pública desde los niveles terminal de primaria y educación secundaria.

Se sugiere como prevención al embarazo en adolescente lo siguiente:

1. La educación y el acceso a los métodos de planificación familiar.
2. El maestro intervenga sobre los temas de educación sexual de acuerdo a la edad del adolescente.
3. Capacitación desde el enfoque socio-constructivista.
4. Dialogo efectivo entre sector salud y sector educativo.
5. Intervención en escuelas por personal de salud.
6. Tiempo adecuado de intervención por el sector salud en las escuelas.
7. Integrar un expediente clínico de acuerdo a la edad para identificar factores de riesgo por grupo etario.

## **XVI. ASPECTOS ÉTICOS Y BIOSEGURIDAD.**

De acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud ésta investigación se clasifica sin riesgo pues se emplearán técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Basado en el Artículo 15 y 16 hacen referencia de que se mantendrá el anonimato, confidencialidad y solo para cuando se requiere su identificación se solicitara autorización, según Artículo 17 fracción 1 y 18.

De acuerdo al código de Núremberg de 1947. El tribunal Internacional de Núremberg referente a los experimentos médicos permitidos, el consentimiento informado es esencial.

Basado en la Norma Oficial Mexicana PROY- NOM 012-SSA- 2007 en su apartado 6 específica sobre la autorización y seguimiento de una investigación en seres humanos.

En el informe Belmont en su punto 1 y 2 hace mención respecto a las personas que se encuentran en algún proyecto de investigación, beneficencia, voluntariedad de la persona.

La Declaración de Helsinki, de la Asociación Medica Mundial en su punto número 10, apartado B, menciona que los participantes a los que se les realice las encuestas deben estar protegidos de su salud, vida, privacidad y dignidad<sup>85,51</sup>.

## **XVII. DATOS DE INSTITUCION SOLICITANTE Y PARTICIPANTE**

### **A. Institución Solicitante.**

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias de la Salud, Posgrado de la Maestría en Ciencias de la Salud con énfasis en Salud Publica.

### **B. Organizaciones participantes:**

Centro de Salud Tepeapulco de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo, en el municipio de Tepeapulco, Escuela Primaria y Telesecundaria No. 59.

### **Alumno de la Maestría en Ciencias de la Salud, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo:**

Maricarmen Rivera Gómez, Candidato a Maestra en Ciencias de la Salud.

### **Director de Tesis:**

DCSP. Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma

### **Co-director de Tesis:**

DC. Sergio Muñoz Juárez

### **Asesores Metodológicos:**

MSP. Juan Carlos Paz Bautista

DCA. Patricia Vázquez Alvarado

## XVIII. BIBLIOGRAFÍA

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS acerca de los jóvenes y la Salud para Todos en el año 2000. Ginebra: OMS; 2006. Serie de Informes Técnicos: 731.

<sup>2</sup> Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. Salud Pública Méx. 1997; Vol. 39(2):137-143.

<sup>3</sup> Ulanowicz MG, Parra KE, Wendler GE, Monzon LT. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Posgrado de la VIa. Catedra de Medicina. 2006; 153; 13-17.

<sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud. Temas en Salud [Sede Web], Factores de riesgo [1 pantalla]. Ginebra; 2013 [acceso 17 de julio 2013]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/)

<sup>5</sup> Shaffer D. Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia. 7ª ed. México: Cengage Learning Latín América 2007.

<sup>6</sup> Sánchez R, Restrepo JA. Maternidad y Paternidad en la adolescencia. Colombia: Ed Editextos; 1998

<sup>7</sup> Andere E. "El Modelo Educativo en México" en México Sigue en Riesgo: Monumental Reto de la Educación. México: Editorial Planeta; 2006.

<sup>8</sup> Barros T, Barreto D, Pérez F, Santander R, Yépez E, Abad-Franch F, et al. Un Modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA en adolescentes. Washington D.C. Rev Panam Salud Pública. 2001; 10 (2).

<sup>9</sup> Jauregui ML. Maternidad temprana, pobreza y educación. Taller sobre embarazo en adolescentes. Kingston, Jamaica. 2000; 1 (16): 3-7.

<sup>10</sup> Schnart PF. Teenage pregnancy: Ours responsibility. New York: Ed. Scientific; 1995.

- 
- <sup>11</sup> Bishop D. Teenage pregnancy – An Adolescent Health Issue in Australia. *Nuritinga electronic journal of nursing*. 2007; 8: 1-9
- <sup>12</sup> Oliva A, Serra L, Vallejo R. Patrones de comportamiento sexual y contraceptivo en la adolescencia. *Infancia y Aprendizaje*. 1997; 77: 19-34.
- <sup>13</sup> Chen CK, Ward C, Williams K, Abdullah A. Investigating risk factor affecting teenage pregnancy rates in the United States. *European International Journal of Science and Technology*. 2013: 2(2).
- <sup>14</sup> Salvatierra L, Aracena M, Ramírez P, Reyes L, Yovane C, Orozco A, et al. Autoconcepto y proyecto de vida: Percepciones de adolescentes embarazadas de un sector periférico de Santiago, participantes de un programa de educación para la salud. *Revista de Psicología*. 2005; 16:141-152.
- <sup>15</sup> Montero A, González E. Principales Consideraciones Bioéticas en la atención en salud sexual y reproductiva en adolescentes. *Rev Chil Obstet*. 2010; 75(4): 272 – 277.
- <sup>16</sup> Moreno S, León Canelón M, Becerra L. Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a educación sexual, en adolescentes escolarizados. *Espacio Abierto* 2006; 15: 787-803. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12215405>. Fecha de consulta: 20 de agosto de 2013.
- <sup>17</sup> Ceballos G, Campos-Arias A. Relaciones sexuales en adolescentes estudiantes de tres colegios privados de Santa Marta, Colombia: factores asociados. *Med UNAB*. 2005; 8:171-175
- <sup>18</sup> Vázquez M, Argote LA, Castillo E, Mejía ME, Tunjo R, Villagrán ME. Educación en derechos sexuales y reproductivos: una perspectiva integral con adolescentes escolarizados. *Colombia Medica*. 2005 36, 3(2).
- <sup>19</sup> Rojas D, Alarcón MH, Calderón P. Vivencia del embarazo en adolescentes en una institución de protección en Colombia. *Index Enferm*. 2010; 19 (2).
- <sup>20</sup> Mukodsi M, Hernández A, Columbie W. El enfoque de riesgo por patología en Atención Primaria de Salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2003; (19) 6.

- 
- <sup>21</sup> Marín L, Reyes Z. Conducta Sexual, Embarazo y Aborto en la adolescencia u enfoque integral de promoción de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2003; 29(2):183-87
- <sup>22</sup> Santana F, Ovies G, Verdeja OL, Fleitas R. Características de la primera relación sexual en adolescentes escolares de Ciudad de La Habana. Rev Cubana Salud Pública. 2006; 32(3).
- <sup>23</sup> Díaz A, Aliño M, Velasco A, Rodríguez A, Rodríguez V. Sexualidad y reproducción en adolescentes. Rev Cubana Obstet. 2008; 34(3).
- <sup>24</sup> Alarcón R, Coello J, Cabrera J. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Rev Cub. 2009; 25: 1-2.
- <sup>25</sup> Caballero-Hoyos, Villaseñor-Sierra A. subculturas Sexuales y Grado de riesgo de adquisición del VIH en adolescentes de un barrio marginado. Salud Pública Mex.1996; 38: 276-279.
- <sup>26</sup> Torres P, Walker D, Gutiérrez JP, Bertozzi S. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. Salud Publica Mex 2006; 48 (3): 308-316.
- <sup>27</sup> Gallegos E, Villarruel A, Loveland C, Ronis D. Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes un ensayo aleatorizado y controlado. Salud Pública Mex. 2008; 50: 59-66.
- <sup>28</sup> González-Garza C, Rojas-Martínez R, Hernández-Serrato M, Olaiz-Fernández G. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. Salud Publica de México. 2005; 47 (3).
- <sup>29</sup> Sánchez A. Embarazo en adolescentes caso del Hospital Obstétrico de Pachuca. [Tesis de licenciatura]. Pachuca: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2005
- <sup>30</sup> Ortiz RM, Serrano T. Salud y sexualidad en el estado de Hidalgo. Pachuca: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2010.
- <sup>31</sup> Dorland Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina. 28a ed. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1997.

---

<sup>32</sup> Diccionario de la Lengua Española [Sede Web]. Estados Unidos: El editor; 2006 [acceso 17 de julio 2013]. Wordreference: Definiciones [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.wordreference.com/ptes/estado%20civil>.

<sup>33</sup> Diccionario de la Lengua Española [Sede Web]. Estados Unidos: El editor; 2006 [acceso 17 de julio 2013]. Wordreference: Definiciones [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.wordreference.com/espt/escolaridad>.

<sup>34</sup> Diccionario de la Lengua Española [Sede Web]. Estados Unidos: El editor; 2006 [acceso 17 de julio 2013]. Wordreference: Definiciones [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/ocupaci%C3%B3n>.

<sup>35</sup> Censo de Población y Vivienda 2010, Glosario [Sede Web]. México; 2006 [acceso 15 de julio 2013]. [22 pantallas]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/154/download/2198>.

<sup>36</sup> Fundación Iberoamericana de Telemedicina [Sede Web]. Buenos Aires; 2000 [acceso 13 de agosto 2013]. Glosario [1 pantalla], Disponible en: <http://www.paginamedica.com/glosario.asp?letra=M>

<sup>37</sup> Hernández G, Jaramillo C. La educación sexual de la primera infancia, Guía para madres, padres y profesorado de Educación Infantil. España: Ministerio de educación, cultura y deporte; 2003: 51.

<sup>38</sup> Diccionario de la Lengua Española [Sede Web]. Estados Unidos: El editor; 2006 [acceso 17 de julio 2013]. Wordreference: Definiciones [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/pareja%20sexual>.

<sup>39</sup> Diccionario de la Lengua Española [Sede Web]. Estados Unidos: El editor; 2006 [acceso 17 de julio 2013]. Wordreference: Definiciones [1 pantalla]. Disponible en <http://www.wordreference.com/definicion/gestas>.

<sup>40</sup> Diccionario de la Lengua Española [Sede Web]. Estados Unidos: El editor; 2006 [acceso 17 de julio 2013]. Wordreference: Definiciones [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/hacinamiento>.

<sup>41</sup> Diccionario de la Lengua Española [Sede Web]. Estados Unidos: El editor; 2006 [acceso 17 de julio 2013]. Wordreference: Definiciones [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/violencia>.

- 
- <sup>42</sup> México. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Diario Oficial de la Federación (abril 16 2009).
- <sup>43</sup> México. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Diario Oficial de la Federación (abril 12 2000).
- <sup>44</sup> Santos-Preciado JL, Villa-Barragán JP, García-Avilés MA, León-Álvarez GL, Quezada-Bolaños S, Tapia-Conyer R. La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. Salud Pública Mex. 2003; 45 (1): S140-S152.
- <sup>45</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censos y conteos de Población y vivienda. Censo de Población y vivienda INEGI 2010. México: INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2013.
- <sup>46</sup> Villa-TL. Detección de necesidades de salud en las y los adolescentes. México, D.F. IPAS, 2002
- <sup>47</sup> Secretaría de Desarrollo Social. Instituto Nacional de la Juventud. Estimaciones de la SES con base en la Encuesta Nacional de la Juventud, 2010. México: IMJUVE Instituto Mexicano de la Juventud; 2013.
- <sup>48</sup> Secretaría de Desarrollo Social. Instituto Nacional de la Juventud. Encuesta Nacional de Juventud Nacional 2010. México: IMJUVE Instituto Mexicano de la Juventud; 2013.
- <sup>49</sup> Secretaría de Desarrollo Social. Instituto Nacional de la Juventud. Encuesta Nacional de Juventud Hidalgo, 2010. México: IMJUVE Instituto Mexicano de la Juventud; 2013.
- <sup>50</sup> World Health Organization (2006). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. Geneva: OMS; 2002: 28–31.
- <sup>51</sup> Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Resultados 2012. 1ª. Ed. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.
- <sup>52</sup> Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Resultados 2006. 1ª. Ed. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.

---

<sup>53</sup> Vignoli J. Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción. Santiago de Chile: Organización Iberoamericana de la Juventud; 2007 p39-42.

<sup>54</sup> Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de posgrado de la de la VI cátedra de Medicina. 2001; 107:11-23.

<sup>55</sup> Singh GK. Trends and differentials in adolescent and young adult mortality in the United States, 1950 through 1993. American Journal of Public Health 1996; 86: 560-564.

<sup>56</sup> Burgos P, Contreras M, Klassen F. Embarazo en la población adolescente. Experiencia en el Hospital Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles y Hospitales tipo IV de la provincia de Bío-Bío. Resúmenes IV Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología Infanto-juvenil 2002; 30.

<sup>57</sup> Chen C, Ward C, Williams K, Abdullah A. Risk Factors Affecting Teenage Pregnancy Rates in the United States. European International Journal of Science and Technology 2013; 2 (2): 41-51.

<sup>58</sup> Camacho C, Camacho G, Gaviria P, Lision I, Molina A, Ortiz L. Embarazo en la Adolescencia. Albacete 1994-1995. Revista de enfermería. 1996; 6:1-8.

<sup>59</sup> Guttmacher A. Into a New World: Young Women's Sexual and reproductions lives, New York, NY: The Institute 1998.

<sup>60</sup> Laffita A, Ariosa JM, Cutié JR. Adolescencia e interrupciones de embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2004; 30(1).

<sup>61</sup> Vigil De Gracia P, Arias T, Lezcano G. Embarazo en adolescentes en la República de Panamá. Revista Obstetricia Ginecología Venezuela. 2007; 67 (2): 73-77.

<sup>62</sup> Díaz A, Sanhueza RP, Yaksic BN. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Revista Chilena Obstetricia Ginecología. 2002; 67 (6): 481-487.

<sup>63</sup> Minchon M, Oliva M, Domínguez S. Intervención de enfermería ante a los embarazos no deseados. Revista Enfermería Global. 2008; 7(1): 12.

---

<sup>64</sup> Borbón O. Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescente. *Revista Ciencia y Enfermería*. 2011; 17 (1): 19-25.

<sup>65</sup> Rojas DC, Alarcón MH, Calderón B. Vivencia del embarazo en adolescentes en una institución de protección en Colombia. *Revista Index Enferm*. 2010; 19 (2-3): 129-133.

<sup>66</sup> Molina M, Ferrada C, Pérez R, Cid L, Casanueva V, García A. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Rev Méd Chile*. 2004; 132 (1): 65-70.

<sup>67</sup> Neto X, Marques M, Rocha J. Problemas vividos por las adolescentes durante la gestación. *Revista Enfermería Global*. 2008 febrero; 7 (12): 1-12.

<sup>68</sup> Domínguez A, Herazo Y. Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. *Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia*. 2009; 6 (2): 141-147.

<sup>69</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas. Programa del UNFPA en México 2008-2012. México: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2010.

<sup>70</sup> Castrejón Diez J. El Sistema Educativo Mexicano. *Rev Perfiles Educativos, UNAM* 1983; 2 (21): 48-56. México.

<sup>71</sup> Secretaría de Educación Pública. Subsecretaría de Educación Básica. Planes y Programas de Estudio de los niveles de Educación Preescolar, Educación Primaria y Secundaria. México; 2011.

<sup>72</sup> Shutt A, Maddaleno. *Salud Sexual y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes en las Américas: Implicaciones en Programas y Políticas*. Washington, DC: OPS; 2003.

<sup>73</sup> Secretaría de Salud. *Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes*. 2ª. Ed. México: Secretaría de Salud; 2002.

<sup>74</sup> García-Baltasar ME, Figueroa-Perea JG. *Practica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la ciudad de México*. *Salud Pública Mex*. 1992; 34: 413-426.

---

<sup>75</sup> Urmenta A, Echeverría M, Martín L. Las madres adolescentes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2000; 23(1).

<sup>76</sup> García-Baltasar ME, Figueroa-Perea JG, Reyes-Zapata H, Brindis C, Pérez-Palacios G. Características reproductivas en adolescentes y jóvenes de la ciudad de México. *Salud Pública Mex*. 1993; 35(6): 682-691.

<sup>77</sup> Acosta M, Cárdenas VM. El embarazo en adolescentes, factores socioculturales. *Rev med Inst Mex Seguro Soc*. 2012; 50 (4): 371-374.

<sup>78</sup> Zamora-Lares AN, Panduro-Barón JG, Pérez-Molina JJ, Quezada-Figuera NA, González J, Fajarda S. Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno perinatales. *Revista Médica*. 2012; 4(4):233-238.

<sup>79</sup> Valdés S, Essien J, Bardales J, Saavedra D, Bardales E. Embarazo en la adolescencia, incidencia, riesgos y complicaciones. *Rev. Cubana Obstet Ginecol*. 2002; 28(2).

<sup>80</sup> Alonso RM, Campo A, González A, Rodríguez B, Medina L. Embarazo en la adolescencia: algunos factores biopsicosociales. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2005; 21: 5-6.

<sup>81</sup> Peláez J. Adolescente embarazada: Características y riesgos. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 1997; 23(1):13-7.

<sup>82</sup> Carreón J, Mendoza H, Pérez C, Gil I, Soler E, González R. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. *Archivos en medicina familiar*. 2004; 6 (3): 70-73.

<sup>83</sup> Cutie JR, Laffita A, Marvelis T. Primera relación sexual en adolescentes cubanos. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2005; 70(2): 83-86.

<sup>84</sup> De la Mora M. Uso de Métodos Anticonceptivos en relación con la información sexual en una muestra de adolescentes embarazadas. *Psicología y Salud*. 2005; 15 (1); 45-56.

<sup>85</sup> Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud; URL <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compr/rlgsmis.html> (acceso 24 de Junio de 2013).

---

## **XIX. ANEXOS**

*Anexo. 1 Guía de entrevista para análisis del discurso mediante el enfoque etnometodológico.*

***A alumnos hombres y mujeres.***

**Durante el curso haz visto temas de educación sexual. Si \_\_\_\_ no \_\_\_\_**

**Pláticame de educación sexual.**

**Pláticame como lo vieron con su maestra (o).**

**Que piensas del embarazo en la adolescencia.**

***Al docente, maestra (o)***

**Durante el curso ha visto temas de educación sexual con los alumnos. Si \_\_\_\_ no \_\_\_\_**

**Platíqueme de educación sexual.**

**Platíqueme como enseña esos temas a los alumnos**

***Al personal de salud***

**Imparten cursos de educación sexual en las escuelas, si \_\_\_\_ no \_\_\_\_**

**Platíqueme como imparten esos cursos a los alumnos.**

***A las mujeres embarazadas***

**Has visto temas de educación sexual con los alumnos. Si \_\_\_\_ no \_\_\_\_**

**Pláticame de educación sexual.**

**Pláticame como lo vieron con su maestra (o).**

**Que piensas del embarazo en la adolescencia.**

**Pláticame de tu experiencia con el embarazo.**

---

Anexo 2. Carta de consentimiento informado Coordinación Municipal.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Tepeapulco, Hidalgo. A \_\_\_\_

DR. ANDRES CARRANZA SEVILLA  
COORDINADOR MEDICO MUNICIPAL TEPEAPULCO

Por medio del presente autorizo participar en el protocolo de investigación titulado **“Análisis de embarazo en adolescentes, un enfoque mixto en la localidad de Tepeapulco, Hidalgo”**.

Cuyo objetivo es determinar los factores de riesgo para embarazo en adolescente y cuál ha sido el impacto de las estrategias educativas y de salud pública en la localidad de Tepeapulco, Hidalgo

Reconozco que los procedimientos de la investigación descritos en la carta adjunta me han sido explicados y que se ha respondido satisfactoriamente a las preguntas realizadas. De igual manera entiendo que tengo derecho a plantear ahora y en el futuro cualquier pregunta sobre el modelo de intervención, la investigación o los métodos utilizados.

He sido advertido de la participación del personal de salud del centro de salud en el estudio. Comprendo las ventajas y desventajas que pudieran existir. Se me ha asegurado que la información generada será guardada de forma confidencial y que de ninguna información será publicada, incluyendo la identidad del centro de salud, el personal médico ni los pacientes sin mi permiso.

Entiendo que los entrevistados serán libres de retirarse en cualquier momento del estudio, si alguno de los participantes en este estudio no participa o se retira en cualquier momento, la calidad de las atenciones de las que se puede beneficiar, lo mismo que cualquier otro miembro de la escuela no se verá afectada, así como tampoco su situación escolar.

Doy el consentimiento para que incluyan al personal del centro de salud en el estudio.

Atentamente

Coordinador Médico Municipal

Testigo nombre y firma

Testigo nombre y firma

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Anexo 3. Carta de consentimiento informado Directores de Centros Escolares.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Tepeapulco, Hidalgo. A \_\_\_\_\_

LIC.

DIRECTOR DE CENTRO ESCOLAR

Por medio del presente autorizo participar en el protocolo de investigación titulado **“Análisis de embarazo en adolescentes, un enfoque mixto en la localidad de Tepeapulco, Hidalgo”**.

Cuyo objetivo es determinar los factores de riesgo para embarazo en adolescente y cuál ha sido el impacto de las estrategias educativas y de salud pública en la localidad de Tepeapulco, Hidalgo

Reconozco que los procedimientos de la investigación descritos en la carta adjunta me han sido explicados y que se ha respondido satisfactoriamente a las preguntas realizadas. De igual manera entiendo que tengo derecho a plantear ahora y en el futuro cualquier pregunta sobre el modelo de intervención, la investigación o los métodos utilizados.

He sido advertido de la participación de los alumnos de la escuela en el estudio así como de los maestros. Comprendo las ventajas y desventajas que pudieran existir. Se me ha asegurado que la información generada será guardada de forma confidencial y que de ninguna información será publicada, incluyendo la identidad de la escuela de los estudiantes o profesores sin mi permiso.

Entiendo que los entrevistados serán libres de retirarse en cualquier momento del estudio, si alguno de los participantes en este estudio no participa o se retira en cualquier momento, la calidad de las atenciones de las que se puede beneficiar, lo mismo que cualquier otro miembro de la escuela no se verá afectada, así como tampoco su situación escolar.

Doy el consentimiento para que incluyan a los alumnos de la escuela en el estudio.

Atentamente

Director de centro escolar

Testigo nombre y firma

Testigo nombre y firma

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

## Anexo. 4 Hoja de información al participante.

### HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Le invitamos a participar en un estudio clínico titulado “**Análisis de embarazo en adolescentes, un enfoque mixto en la localidad de Tepeapulco, Hidalgo**” que se lleva a cabo en cooperación con la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo y la Coordinación Municipal de Tepeapulco de los Servicios de Salud de Hidalgo por los DCSP Jesús Carlos Ruvacalba Ledezma y la Dra. Maricarmen Rivera Gómez con número de teléfono 771 130 66 99.

Tendrá la oportunidad de hablar con el investigador para aclarar todas sus dudas y si decide no participar en el estudio, esto no afectará de ninguna manera a la calidad de sus cuidados médicos futuros. Sin embargo, si decide participar, le rogamos que cumpla dentro de lo posible las instrucciones recibidas.

#### **Objetivos del estudio**

Determinar los factores de riesgo para embarazo en adolescente y cuál ha sido el impacto de las estrategias educativas y de salud pública en la localidad de Tepeapulco, Hidalgo

#### **Actividades del estudio**

Durante el estudio únicamente deberá responder de forma clara, verdadera y completa las preguntas que le realizará un encuestador previamente identificado para tal fin. Le suplicamos contestar con honestidad, pues la realización de este trabajo depende de la veracidad de los datos.

#### **Realización del estudio**

La duración del estudio será de 4 semanas donde se realizaran encuestas al personal docente, alumnos, personal médico y mujeres adolescentes embarazadas hasta lograr contar con el número de participantes necesarios para la presente investigación misma que deberán responder la totalidad de las preguntas formuladas. Solo podrán ser parte de dicho estudio participantes residentes y trabajadores de la localidad de Tepeapulco.

#### **Posibles riesgos**

Únicamente una ligera tensión o ansiedad al responder algunas preguntas específicas, sin que esto signifique peligro para su salud en lo absoluto.

#### **Posibles beneficios**

Conocer cuál ha sido la educación sexual que han recibido los adolescentes y como ha impactado esta para prevenir embarazos.

Conocer cuál es el método de enseñanza que utilizan los maestros y médicos sobre educación sexual en los adolescentes.

#### **Participación voluntaria**

Puede retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que ofrecer explicación alguna sobre sus razones para hacerlo, aunque se ruega encarecidamente que exponga cualquier problema que surja a lo largo del estudio. El abandono del estudio no condicionara en absoluto los cuidados médicos que precise en el futuro. Igualmente, el entrevistador podrá decidir que abandone el estudio si surgiera algún inconveniente.

#### **Confidencialidad**

Todos los datos referentes a su participación en el estudio se almacenaran mediante una grabadora de voz, así como registro y análisis en una computadora, sin mención expresa de su nombre, de acuerdo con las leyes vigentes nacionales e internacionales relacionadas. Se contempla la posibilidad de que personal autorizado de las autoridades sanitarias realicen una auditoria del estudio para comprobar que se está realizando de forma correcta desde el punto de vista ético y científico, siempre dentro de la más estricta confidencialidad.

#### **Información adicional**

Sin más por el momento me pongo a sus órdenes y le reitero mis atenciones para cualquier duda que se genere, para lo cual estaré disponible en el teléfono ya mencionado, al inicio, durante o al final del estudio.