

DEDICATORIAS

NANCY ESMERALDA VENTURA JIMÉNEZ

En primer lugar, doy gracias a Dios por la vida, la salud, como también por estar presente no solo en esta etapa tan importante, sino en todo momento ofreciéndome lo mejor y buscando lo mejor para mi persona.

Quiero dedicar esta tesis a mis padres, gracias por estar presente siempre.

A mis hermanos por apoyarme en los momentos difíciles.

A mis maestros quienes estuvieron enseñándome a lo largo de mi carrera profesional.

A la Lic. Elisa gracias por su apoyo para que esta tesis fuera posible.

A la UDS gracias por todo.

LESLI ESPERANZA TOMAS LOPEZ

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional

De igual forma, dedico esta tesis a mi madre que ha sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles.

A todas aquellas personas que hicieron posible este proyecto, gracias.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.3 OBJETIVOS	9
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	9
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
1.4 HIPÓTESIS	10
1.5 JUSTIFICACIÓN.....	10
1.6 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO.....	15
CAPÍTULO II	16
MARCO TEÓRICO	16
CAPÍTULO III	43
3. DISEÑO METODOLÓGICO	43
3.1.1 INVESTIGACION PURA	44
3.1.2 INVESTIGACIÓN APLICADA	44
3.2 TIPOS DE ESTUDIO	45
3.2.1 ESTUDIO CORRELACIONAL	45
3.2.2 ESTUDIO DESCRIPTIVO.....	45
3.2.3 ESTUDIO EXPLICATIVO	46
3.2.4 ESTUDIO EXPLORATORIO	46
3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	46
3.3.1 INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL	47
3.3.2 INVESTIGACIÓN NO EXPERIMENTAL	47
3.3.2.1 INVESTIGACIÓN TRANSVERSAL	48
3.3.2.2 INVESTIGACIÓN LONGITUDINAL	48
3.4 ENFOQUES	48
3.4.1 ENFOQUE CUALITATIVO	49

3.4.2 ENFOQUE CUANTITATIVO	49
3.4.3 ENFOQUE MIXTO	50
3.5 UNIVERSO O POBLACIÓN	51
3.5.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL	51
3.6 MUESTRA	52
3.6.1 TIPOS DE MUESTREO	52
3.6.1.1 PROBABILÍSTICO.....	52
3.6.1.1.1 ALEATORIO SIMPLE	53
3.6.1.1.2 ESTRATIFICADO.....	53
3.6.1.1.3 SISTEMÁTICO.....	53
3.6.1.1.4 POR CONGLOMERADO	54
3.6.1.2 NO PROBABILÍSTICO.....	54
3.6.1.2.1 MUESTREO POR CONVENIENCIA.....	54
3.6.1.2.2 MUESTREO POR CUOTAS.....	55
3.6.1.2.3 ACCIDENTAL O BOLA DE NIEVE.....	55
3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	55
3.7.1 OBSERVACIÓN	56
3.7.2 ENCUESTA.....	56
3.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	56
3.8.1 CUESTIONARIO	56
CAPITULO IV.....	64
RESULTADOS	64
4.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION.....	65
SUGERENCIAS	107
PROPUESTA.....	108
CONCLUSIONES	109
BIBLIOGRAFÍA.....	112
ANEXOS.....	117

INTRODUCCIÓN

Fundación de Gerencia Social y Beltrán (2006 p.2) argumenta:

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la organización mundial de la salud OMS como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.

Mora y Hernández (2015) mencionan:

En la actualidad, la población mundial es de 6090 millones, 17.5% son individuos entre 15 y 24 años de edad; de estos últimos, el 10% se embarazan, lo que equivale al 10% de todos los nacimientos en el mundo. Esto quiere decir que cada año, aproximadamente, 15 millones de mujeres de 15 a 19 años de edad dan a luz, y representa lo que se conoce como embarazo en la adolescencia. En lo que se refiere a México, en ese mismo grupo de edad se registran 400,000 nacimientos anuales, 20% en mujeres menores de 20 años.

El objetivo de esta investigación es prevenir los embarazos adolescentes.

Para un mejor entendimiento sobre el tema abarcamos cuatro capítulos:

En el capítulo I, se inició con el planteamiento del problema, es aquí donde se mencionaron diferentes autores para saber desde su punto de vista la opinión y argumentación de cada uno de ellos sobre el tema de uso de métodos

anticonceptivos para prevenir los embarazos no deseados; formulamos la pregunta de investigación; realizamos los objetivos (generales y específicos), las variables (dependientes e independientes), las hipótesis y por último la justificación.

El capítulo II, está conformado por el marco teórico, en donde se describe más afondo nuestra investigación, también las teorías de diferentes autores que abordan sobre el tema.

En el capítulo III, donde se habla de lo que es el diseño metodológico mencionando los tipos de estudios, los enfoques, la población y la muestra. Posteriormente los criterios de inclusión y exclusión, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, siguiendo con los materiales que se utilizaron, el procedimiento y finalmente el cuestionario.

En el capítulo IV, es donde finalmente se vació toda la información de la observación de campo y se realizaron las tablas y gráficas de cada encuesta, también se realizó lo que es análisis e interpretación.

Por último realizamos las sugerencias, la conclusión, la bibliografía y los anexos

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“PREVENCIÓN DE EMBARAZOS ADOLESCENTES”

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La presente investigación habla sobre el problema de los embarazos adolescentes. En la actualidad este problema ha ido aumentando y teniendo muchas consecuencias, debido a la falta de información del uso de estos métodos surgen los embarazos no deseados.

Como se sabe a esta edad de la adolescencia los embarazos son muy riesgosos tanto como para la madre como para el bebé, para la madre las consecuencias podrían ser la muerte y para el bebé las malformaciones y muerte.

Otra consecuencia del mal uso de los métodos son los abortos que pueden dejar secuelas en las madres o causarles la muerte. Una causa sería por el lugar donde viven dado que los padres no están relacionados con este tema por esa razón no platican con sus hijos de este tema y tampoco dejan que sus hijos se enteren por otros medios teniendo una vaga información.

Estas situaciones exponen a los adolescentes a mayores riesgos que se produzcan un embarazo no deseado o enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.

Otro problema es que de los (as) adolescentes tienen secuelas en sus proyecto de vida de tal manera que dejan sus estudios para poder sostener a su nueva Familia.

Algunas adolescentes siguen estudiando pero su rendimiento es muy bajo debido a que su embarazo a veces es riesgoso o tienen que atender a sus esposos, todos estos problemas se pueden prevenir por medio de talleres implementados en las escuelas, instituciones de salud y hogares principalmente.

Vilchis *et al* (2014) refieren que:

En un estudio, realizado en Perú, se menciona que la incidencia de embarazos, entre las adolescentes no-casadas entrevistadas, eran relativamente alto: 37%; y fue mayor en las zonas urbanas que en las rurales. Aproximadamente 47% de las entrevistadas informaron que habían tenido un aborto. Los niveles de conciencia de anticoncepción fueron altos con un 98.2% en hombres y 95.5% en mujeres, pero aun así se dedican a tener relaciones sexuales sin protección.

Vélez (2012) cita a La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) quienes afirman que:

Respecto a los embarazos no planeados: Todos los años en la región se producen 1,2 millones de embarazos no planeados (49% en adolescentes). La magnitud del embarazo adolescente puede ser apreciada de manera más precisa acudiendo a datos que muestran el porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas.

Vélez (2012) cita al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2006) quien reporta que:

Hay diversas razones para la materialización de embarazos no planificados; entre ellas la falta de conocimiento acerca de los hechos básicos de la reproducción y la falta de información con respecto a anticonceptivos, lo cual contribuye al fracaso de estos últimos. Asimismo, en este contexto se deben tomar en cuenta como causales importantes las características propias de la adolescencia, como la dificultad para prever, el pensamiento mágico, la dificultad para la toma de decisiones y las dificultades para comunicarse de manera asertiva y negociar. Algunos embarazos no planificados son consecuencia de violación, abuso sexual e incesto.

El Gobierno de la República, *et al* (2015) explican que:

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reportó en 2010 que 18% de la población mundial se encontraba en esta edad 88% vivían en países en desarrollo y 19% de las adolescentes en países en desarrollo han tenido un embarazo antes de los 18 años de edad. Según la OMS, alrededor de 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años dan a luz anualmente, lo que representa cerca del 11% de todos los nacimientos, de los cuales 95% ocurren en países en desarrollo y nueve de cada diez de estos nacimientos ocurren dentro de un matrimonio o unión.

Vilchis, *et al* (2014) menciona que:

Actualmente, en el Estado de México residen 3.5 millones de adolescentes, se estima que 90% ya tiene vida sexual activa, dentro de los aspectos de salud reproductiva de acuerdo con los resultados de la ENSANUT (Encuesta Nacional

de Salud y Nutrición), en el Estado de México, los adolescentes de 12 a 19 años el 87.8% conoce o a oído hablar de algún método para evitar el embarazo, 89% de las mujeres y 87% hombres conoce métodos anticonceptivos.

El Gobierno de la República, *et al* (2015) citan al Consejo Nacional de Población (CONAPO) quien estima que:

Actualmente el embarazo en adolescentes cobra cada vez mayor importancia debido a que las mujeres de 15 a 19 años de edad constituyen el grupo de mayor tamaño entre los grupos quinquenales de mujeres en edad fértil; y la disminución de la fecundidad en adolescentes es menor que en otros grupos de edad, tanto por su bajo uso de anticonceptivos (solamente 37.6% de las adolescentes empleó un método en su primera relación sexual y 45% usó uno en la última; en ambos casos, principalmente métodos con poca efectividad), como por el aumento en el porcentaje de la población adolescente que ha sido alguna vez sexualmente activa.

Ministerio de Sanidad (2012) argumenta que:

A nivel nacional se realizaron 112.390 interrupciones de embarazo en clínicas privadas. En Navarra el año 2013 se realizaron 720. El 40.3% fueron mujeres entre 27 y 35 años, el 34,6% entre 18 y 26 años, el 18,9% mayores de 35, y finalmente con menores porcentajes las menores de 18 años el 6,2%.

El Gobierno del Estado de Chiapas y el Instituto de Salud (2011) refieren que:

El programa de Planificación Familiar contribuye al crecimiento armónico de la población, evitando embarazos no planeados y no deseados con pleno respeto

a los derechos sexuales y reproductivos de la mujer y del hombre; así también, con la información pertinente, las parejas decidirán de manera libre el número y el espaciamiento de sus hijos de acuerdo a sus expectativas; de esta manera, se garantizó el uso de métodos anticonceptivos en 123,943 usuarias en edad fértil y 7,264 adolescentes y se lograron incorporar 32,607 nuevas usuarias en la adopción de algún método anticonceptivo y 69,121 usuarias de métodos temporales; beneficiando a 209,978 mujeres y 22,957 hombres de un total de 232,935 personas.

El Gobierno Federal *et al* (2012) menciona que:

El Índice Resumen de Ordenamiento (IRO) con nueve indicadores de impacto ubica a Chiapas en el 31º sitio del ranking estatal. Partiendo de la situación más favorable a la menos favorable, se ubica en el lugar 32º en prevalencia anticonceptiva; en el 26º en cuanto al porcentaje de las usuarias que inicia la anticoncepción en el posparto; en el 32º en la necesidad insatisfecha en el uso de anticonceptivos, global, de adolescentes y rural; en el 24º respecto a la probabilidad de tener el primer hijo en la adolescencia; en el 30º por su nivel de tasa de fecundidad en adolescentes; en el 32º por su tasa global de fecundidad; y en el 27º sitio por exhibir una cifra relativamente elevada de razón de mortalidad materna.

Alonso (2014) cita a Cortés quien refiere que:

Es frecuente que los adolescentes ignoren los riesgos y daños que pueden ocasionar las relaciones sexuales desordenadas, entre ellas el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual. Las principales consecuencias no deseables de las relaciones sexuales entre adolescentes, son las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados. Es importante estudiar la

actividad sexual de los adolescentes, para así enfatizar en los “Talleres de Educación Sexual”.

Gómez (2012) afirma que:

No existe un reconocimiento de la sexualidad juvenil. El comportamiento sexual de los/as jóvenes adquiere en esta sociedad un carácter prácticamente clandestino. La moral sexual dominante denota tal comportamiento como transgresivo. La falta de reconocimiento se manifiesta en la pertinaz negación de los recursos básicos necesarios para una integración positiva del sexo. La educación sexual entendida como necesidad de información y espacio de elaboración de las implicaciones sexuales en la convivencia.

Gómez (2012) cita a Eisen y Zellman (1986) quienes mencionan que:

Partiendo de la base de que el nivel de información está relacionado con las actitudes y creencias de una persona hacia el embarazo y la anticoncepción, intentaron hallar una correlación entre variables. Concluyeron que la seriedad y susceptibilidad percibida del embarazo eran predictores del conocimiento sexual total.

Gómez (2012) cita a Namerow (1987) quien argumenta que:

Haciendo un estudio sobre probabilidades reales y percibidas de embarazo en adolescentes, llegaron a la conclusión de que el comportamiento anticonceptivo adolescente parece estar más en función de la probabilidad que la persona perciba que de la probabilidad real.

Gómez (2012) cita a Meyerwitz y Malev (1973) quienes refieren que:

Identificaron como situaciones que pueden predisponer al embarazo, el conflicto entre la ilegitimidad de las relaciones sexuales en jóvenes y la tolerancia de la subcultura del/a adolescente, en relación a las situaciones de anomía. Nosotros interpretamos que el comportamiento sexual no es un comportamiento anómico per se, sino que, dada la ausencia de reconocimiento de éste, se asimila y correlaciona con comportamientos considerados anómicos.

Por todo lo planteado anteriormente, nos lleva a realizar la siguiente pregunta de investigación:

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo se puede prevenir los embarazos adolescentes?

¿Qué nivel de conocimientos poseen los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- * Prevenir los embarazos no deseados.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- * Observar si conocen todos los métodos anticonceptivos
- * Investigar si conocen el uso de los métodos anticonceptivos
- * Determinar de qué institución de salud han recibido la información
- * Establecer si la adolescente conoce los riesgos de un embarazo en la adolescencia
- * Analizar si conoce los cuidados de un bebé

1.4 HIPÓTESIS

- * A mayor prevención, menor riesgo de embarazos no deseados

1.5 JUSTIFICACIÓN

Esta investigación nace a partir de la gran necesidad de prevenir e informar a los adolescentes acerca del uso de los métodos anticonceptivos para prevenir los embarazos no deseados.

Es importante llevarlo a cabo porque en la actualidad el número de casos ha ido aumentando cada día más debido a que los adolescentes no tienen información adecuada o no conocen los métodos anticonceptivos, estas situaciones exponen a los adolescentes a mayor riesgo de embarazos no deseados.

Como enfermeros nos interesa estudiar este tema porque estamos para dar promoción y prevención, a los jóvenes y hacer que este problema social vaya disminuyendo, a través de pláticas y talleres a los jóvenes en la institución de salud a la que acudan, ir a dar pláticas a los alumnos en escuelas y ellos estén informados y no tengan problemas en un futuro. Esto debido que en la institución educativa la información es reducida.

Este estudio será de gran relevancia para los adolescentes porque así ellos tendrán el conocimiento necesario para evitar los embarazos y así poder concentrarse en sus estudios y tener una vida plena y no truncar sus estudios a muy temprana edad.

Principalmente afecta a los jóvenes como vemos en muchas comunidades niñas de tan solo 13-14 años ya son madres cuando deberían estar estudiando y preparándose para tener un mejor futuro. Muchas veces por tener problemas Familiares abortan y otras abortan porque su cuerpo no es apto para el desarrollo de un bebe porque aun la madre se está desarrollando para ser una mujer y no para ser madre.

Un embarazo a esta edad tiene muchas más consecuencias para la madre y su pareja porque tienen que madurar antes de lo normal. Nuestro propósito es reducir mediante la prevención por completo este problema y que los adolescentes tengan mayor precaución al tener relaciones y eviten los riesgos teniendo los conocimientos necesarios.

Maroto *et al* (1998) argumenta que estudiar los embarazos adolescentes es importante porque “es un problema demográfico, social, económico, educativo e ideológico”.

Vilchis, *et al* (2014) citan a La Organización Mundial de la Salud (OMS) quien argumenta que es oportuno estudiar esta etapa porque:

Es como la segunda década de la vida, es decir, la etapa que abarca edades entre los 10 y 19 años, etapa en la que muchos mueren de forma prematura principalmente por accidentes, suicidios, violencia y complicaciones relacionadas con el embarazo y otras enfermedades prevenibles.

Eslava y Rodríguez (2008) refieren que:

En el mundo se han implementado programas, leyes, acuerdos, etc. que buscan controlar la tasa de infecciones de transmisión sexual, embarazos, abortos y morbilidad materno-infantil. Los acuerdos internacionales de derechos humanos aprobados en los últimos quince años defienden la salud reproductiva y los derechos reproductivos de los adolescentes.

Eslava y Rodríguez (2008) mencionan que:

El embarazo adolescente es una situación preocupante por su incremento en el mundo; además, origina múltiples dificultades de tipo biológico, físico y social para los jóvenes padres y, por supuesto, para su hijo. Por ello, la planificación Familiar es una opción para disminuir esta problemática, pues se constituye en una herramienta que previene dificultades emocionales y físicas ante un

embarazo no deseado o ante el contagio de una infección de transmisión sexual; previene los problemas de morbilidad materna, fetal y neonatal; disminuye el índice de abortos, que generalmente se practican en condiciones muy bajas de seguridad; evita el deceso escolar; disminuye el maltrato y abandono infantil; entre otros.

Canaval *et al* (2006) dicen que es relevante estudiar a los adolescentes porque:

El grupo de los adolescentes es uno de los más vulnerables y expuestos a embarazos no deseados. Más temprana edad de la mujer, mayor riesgo de complicaciones en el embarazo. De allí la importancia de aportar al diseño de programas de promoción de la salud dirigidos a este grupo de población.

La Secretaría de salud, *et al* (2002) argumenta que:

El asesoramiento en un entorno confidencial puede ayudar mucho a un cliente a hacer una elección bien informada acerca de un método anticonceptivo. Las investigaciones han demostrado que el asesoramiento apropiado generalmente conduce a una mayor satisfacción del cliente.

Embarazarse a muy temprana edad trae muchas consecuencias según Rubarth (1994) citado por Della y Landoni (2003) quien argumenta que “la maternidad temprana suprime las etapas de maduración de la adolescente, trayendo consecuencias sociales como deserción escolar, dificultades económicas, falta de paternidad responsable por parte del progenitor del bebé y frustraciones sociales”.

Della y Landoni (2003) mencionan que:

Uno de los modos de prevenir es informar. La información que se les brinda a los adolescentes puede ser muy interesante; sin embargo en el momento de tomar decisiones la información no alcanza, porque debe ir acompañada de la educación que van recibiendo paulatinamente de la Familia y otros agentes: los medios de comunicación social, la escuela, la iglesia y los servicios de salud. Cada uno de ellos actúa de diversos modos, con influencia de distinto grado y con diferentes niveles de profundidad en la formación de la personalidad.

Según Elster y Lamb (1987) citado por Della y Landoni (2003) mencionan que:

El problema que se presenta para la niña-madre es que está transitando por el difícil camino de transformarse en una mujer adulta, y a la crisis de la adolescencia se le suma la crisis del embarazo, la que es una subcrisis provocada por la presencia de una vida en el vientre, que compromete a esta joven con una responsabilidad y madurez que no ha desarrollado totalmente.

Eslava y Rodríguez (2008) refieren:

Muchos de los que se encuentran en este período de la vida tienen actividad sexual, pero con frecuencia carecen de las facultades, los conocimientos o los medios para protegerse y de la oportunidad de orientar sus energías hacia esferas más productivas de sus propias vidas.

Un derecho imprescindible del adolescente es su salud y bienestar, y para esto es necesario dotarlo de aptitudes y crear oportunidades de educación y empleo que le permitan iniciar el camino hacia la solución de los problemas que afronta respecto a la salud reproductiva y sexual; uno de estos, el embarazo adolescente.

Sam *et al* (2014) refieren que:

La mortalidad materna también es un problema grave para las adolescentes. El embarazo en edades tempranas duplica las posibilidades de morir con respecto a las mujeres de 20 años o más; para las menores de 15 años el riesgo es cinco veces mayor.

Aguilar y Mayén (1999) argumentan que:

En México las mujeres en edad reproductiva de 15 a 19 años con vida sexual activa no usan anticonceptivos. Seis de cada diez adolescentes que regularon su fecundidad recurren a los métodos del ritmo y al retiro. El 34% de los adolescentes han utilizado un método anticonceptivo durante la primera relación sexual. Los índices de mortalidad materna entre mujeres de 15 a 19 años de edad son el doble de los correspondientes a las mujeres de 20 a 29 años.

1.6 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

La siguiente investigación se centra en el tema de embarazos adolescentes en la colonia Emiliano Zapata, municipio de Bella Vista Chiapas, fue elegido porque actualmente en esta colonia se ha observado presencia de embarazos adolescentes muy frecuentes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ADOLESCENCIA

Vilchis *et al* (2014) citan a La Organización Mundial de la Salud (OMS) quien define a la adolescencia como:

La segunda década de la vida, es decir, la etapa que abarca edades entre los 10 y 19 años, etapa en la que muchos mueren de forma prematura principalmente por accidentes, suicidios, violencia y complicaciones relacionadas con el embarazo y otras enfermedades prevenibles.

2.1.1 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

Ponce (2015) cita a la OMS (Organización Mundial de la Salud) quien argumenta que:

La adolescencia se divide en tres etapas:

2.1.1.1 ADOLESCENCIA TEMPRANA

10 a 13 años.

- * Pubertad: crecimiento rápido, caracteres sexuales secundarios, capacidad reproductiva.

- * Adaptación al cuerpo nuevo. Imagen corporal.

- * Comienza la separación de la Familia.
- * Interacción con pares del mismo sexo.
- * Atracción por sexo opuesto: primeros enamoramientos.
- * Familia: ambivalencia (afecto y rechazo; dependencia y autonomía), primeros conflictos y peleas, rebeldía y obstinación.
- * Impulsividad.
- * Cambios de humor.
- * Pensamiento concreto aún.

2.1.1.2 ADOLESCENCIA MEDIA

- * 14 a 16 años
- * Se completan cambios puberales.
- * Intensa preocupación por la apariencia física.
- * Búsqueda de la propia identidad: diferente a la del adulto (lenguaje, ropa).
- * Aumenta distanciamiento con la Familia.
- * Grupo de amigos: mixtos. Amistad con mayor intimidad y grupos de pertenencia (positivos o negativos).
- * Proceso de Identidad de la personalidad y definición de la orientación sexual.
- * Primeros enamoramientos.

- * Aparición de conductas nuevas.
- * Fluctuaciones emocionales extremas.
- * Mayores conflictos con los padres y otros adultos: “caída de los ídolos”.
- * Cuestionamiento de las conductas y valores.
- * Hipercríticos de los adultos.
- * Pensamiento más abstracto e hipotético deductivo.
- * Desarrollo cognitivo: aumenta la capacidad de razonamiento y las exigencias escolares.
- * Aparición de las conductas de riesgo.
- * Egocentrismo.
- * Necesidad de mayor autonomía: Distanciamiento (libertad) vs.
- * Acompañamiento (límites y contención).

2.1.1.3 ADOLESCENCIA TARDÍA

- * 17 a 19 años.
- * Maduración biológica completa.
- * Aceptación de la imagen corporal.
- * Consolidación de la identidad: ¿quién soy? ¿Qué haré con mi vida?
- * Definición de la vocación y lo necesario para lograrlo.
- * Relaciones de pareja más estables.
- * Mayor capacidad de intimar en sus relaciones interpersonales: relaciones más maduras, los amigos influyen menos.
- * Identidad sexual estructurada.
- * Nivel de pensamiento adulto.
- * Familia: vuelven relaciones con los padres más cercanas, menos conflictos.
- * Formación escala de valores propios, desarrollo moral consolidado.

2.1.2 CAMBIOS EN LA ADOLESCENCIA

Lillo (2004) menciona que:

La adolescencia se inicia por unos cambios corporales que se recogen bajo el concepto de pubertad. Unos cambios neuroendocrinológicos que ponen en marcha unas modificaciones corporales que culminarán en la consolidación de un cuerpo adulto.

Estos cambios se pueden concretar en dos ámbitos:

- * Los cambios anatómico-estructurales consistentes en los desarrollos de los caracteres sexuales secundarios: tamaño, masa muscular, ósea.
- * Los cambios funcionales: se desarrolla la capacidad de procrear, de reproducción, iniciándose con la aparición del período menstrual y la primera emisión seminal.

Estos cambios tienen dos consecuencias de amplia resonancia emocional:

- * La pérdida del cuerpo infantil, que conlleva la necesidad de elaboración del duelo consiguiente.
- * La renovación y el estreno que supone la adquisición de un cuerpo nuevo, con posibilidades y funciones también nuevas.

Es decir, la pérdida de lo conocido, el cuerpo infantil, para pasar a estrenar un cuerpo nuevo que se desconoce y teme. Como ante cualquier cambio, frente a lo nuevo y desconocido, el adolescente puede reaccionar aferrándose al cuerpo infantil y los logros obtenidos porque es algo que ya conoce y domina, negando

el desarrollo y su crecimiento. Pero también puede reaccionar ante lo nuevo y que estrena: verificando, probando y comprobando su idoneidad a fin de poderse acomodar a las experiencias y posibilidades que el cuerpo proporciona.

2.2 EDUCACIÓN SEXUAL

El Gobierno de la República, *et al* (2015) citan a la UNFPA quien argumenta que:

Es importante que las intervenciones inicien temprano, a más tardar en la pre-adolescencia y que duren cuando menos dos años. Otras características destacadas por el UNFPA para la educación en sexualidad en el contexto escolar son: 1) fidelidad teórica; 2) servicios de salud vinculados a la escuela; 3) docentes capacitados; 4) inclusión de madres y padres y líderes comunitarios; 5) currículo integral que combine aspectos de SSR con competencias de negociación, aspectos vocacionales, trabajo o arte y educación; y 6) libertad para que el programa se adapte al sistema de valores y creencias de la comunidad.

Los programas de educación sexual, las estrategias de prevención de riesgo promueven la abstinencia y/o el retraso del inicio de la vida sexual, mientras que las de reducción de daño proveen información integral de sexualidad y género, cubriendo de manera extensa las opciones de anticoncepción y prevención de ITS, incluyendo cómo acceder a estas. La educación sexual que aborda de manera explícita los temas de anticoncepción y prevención de ITS, incluyendo VIH, desde un enfoque de reducción del daño tienen un mayor efecto que las que se limitan a promover la abstinencia, que generalmente no son efectivas.

2.3 SEXUALIDAD

Velázquez (s/f) cita a la OMS quien refiere que:

La sexualidad humana es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales.

2.4 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La Secretaría de Salud y Dirección General de Salud Reproductiva (2002) argumentan que:

Los métodos anticonceptivos son objetos, sustancias, y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja con el fin de evitar un embarazo no planeado.

Se clasifican en dos grandes grupos: métodos temporales y definitivos. Los temporales son aquellos cuyo efecto dura el tiempo que se les emplea. Si la pareja desea tener más hijos, la mujer puede embarazarse al suspender su uso. Los definitivos evitan el embarazo de manera permanente y se recurre a ellos cuando la pareja tiene la paridad satisfecha. El término paridad se refiere al número de hijos que cada pareja decide tener.

Métodos anticonceptivos temporales:

Hormonales

- * Orales (monofásicos, bifásicos y trifásicos)
- * Inyectables (mensuales, bimestrales y trimestrales)
- * implantes subdérmicos

Intrauterinos: (DIU)

- * No medicados (inertes)
- * Medicados (activos)
- * Hormonales: método endoceptivo que libera levonorgestrel (ING)

De barrera

- * Condón masculino y femenino
- * Espermicidas locales: óvulos, jaleas y espumas
- * Diafragma
- * Esponjas vaginales

Naturales:

- * Abstinencia periódica
- * Coito interrumpido
- * Ritmo o calendario
- * Temperatura basal
- * Moco cervical (Billings)

Métodos anticonceptivos permanentes o definitivos:

- * Oclusión tubarica bilateral (OTB) (en la mujer)
- * Vasectomía (en el hombre)

2.4.1 USO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

2.4.2 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES

2.4.2.1 ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

La Secretaría de Salud, La Dirección General de Salud Reproductiva (2002) mencionan que:

Los anticonceptivos hormonales son recursos anticonceptivos de tipo temporal que contienen hormonas esteroides sintéticas. Actualmente se encuentran disponibles en tres presentaciones: hormonales orales, hormonales inyectables y los implantes subdérmicos.

2.4.2.2 HORMONALES ORALES

La anticoncepción oral es una opción efectiva y segura para las mujeres que desean regular su fecundidad en forma temporal, y que están dispuestas a la toma adecuada del anticonceptivo. Es imprescindible que la mujer realice la toma diaria, porque si llega a ocurrir el olvido de ingesta de una sola tableta el método puede fallar. Es necesario informar a la usuaria que al suspender el método intencionada o accidentalmente el retorno a la fertilidad puede ser inmediato. En los paquetes de 21 tabletas o grageas se ingiere una diariamente durante 21 días consecutivos seguidos de siete días de descanso. Los ciclos subsecuentes deben iniciarse al concluir los 7 días de descanso. Para los paquetes de 28 tabletas o grageas se ingiere una diariamente durante 28.

2.4.3 ANTICONCEPCIÓN HORMONAL POSTCOITO O MÉTODO DE EMERGENCIA

Es aquella empleada por la mujer para prevenir el embarazo no planeado en los casos de falla en el uso de un método anticonceptivo regular, en una relación sexual no protegida, cuando el método ha fallado (rotura de condón por ej.), cuando el método no se ha utilizado correctamente y en caso de agresión sexual. El régimen hormonal estándar consiste en la administración de 200 microgramos de etinilestradiol más 1.0 miligramo de levonorgestrel, dividido en dos dosis idénticas con intervalo de 12 horas entre cada toma. Otro régimen consiste en la administración de 1.5 miligramos de levonorgestrel sin estrógeno adicional dividida también en 2 dosis idénticas con un intervalo de 12 horas.

2.4.4 HORMONALES INYECTABLES

Los anticonceptivos hormonales inyectables son métodos temporales de larga acción. Si se usan de manera adecuada, se ubican entre los métodos reversibles más efectivos actualmente disponibles. Dos grupos: Formulaciones que sólo contienen progestina. Las formulaciones más utilizadas contienen: enantato de noretisterona, como el Noristerat que contiene 200 mg y brinda protección anticonceptiva durante dos meses; y el acetato de medroxiprogesterona (Depoprovera) a la dosis de 150 mg cada 3 meses. Formulaciones combinadas que contienen tanto una progestina como un estrógeno, que brindan protección anticonceptiva por un mes.

2.4.5 MÉTODO HORMONAL SUBDÉRMICO

Es un método anticonceptivo temporal de acción prolongada compuesto por seis cápsulas de material plástico (dimetilpolisiloxano), cada una contiene 36 mg de

levonorgestrel (progestina), su inserción es subdérmica y actúa a través de un sistema de liberación continua y gradual de la sustancia hormonal (progestina). Este método anticonceptivo está indicado en las adolescentes, es una opción en aquellas que deseen un método de larga duración. Actualmente se encuentran en fase introductoria y tiene una duración de 2 años.

2.4.6 DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

Los dispositivos intrauterinos son artefactos que se colocan dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos que brindan protección temporal. Debido a su alta efectividad y conveniencia en su uso, este método ha tenido una gran aceptabilidad entre las mujeres. Indicado para mujeres nulíparas, incluso adolescentes.

2.4.7 MÉTODOS DE BARRERA Y ESPERMICIDAS

Los métodos de barrera son recursos anticonceptivos de uso temporal que interfieren la fecundación de manera mecánica o química, impiden el paso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina, disminuyen el encuentro del óvulo con los espermatozoides. Son accesibles y fáciles de obtener, sin embargo los/las adolescentes requieren de información del modo de empleo y práctica en su empleo para garantizar el uso correcto. En cada relación sexual, se coloca el espermicida en la parte profunda de la vagina y se espera un tiempo de 5-20 minutos para su desintegración dentro de ésta y posteriormente se indica la penetración. Si transcurre más de una hora desde su inserción hasta la relación sexual, es necesaria una segunda dosis del espermicida. Su uso puede producir inflamación local en personas sensibles a los ingredientes de la formulación.

2.4.7.1 CONDÓN MASCULINO

El condón masculino es uno de los anticonceptivos más antiguos y representa el método de barrera más usado en el ámbito mundial. El condón masculino es una bolsa o funda que se aplica para cubrir al pene en erección y así evitar el paso de espermatozoides y microorganismos al aparato reproductor femenino. También evita que los líquidos y microorganismos de la mujer tengan contacto con el pene. Actualmente la mayoría se fabrican de látex y algunos se acompañan de una sustancia espermaticida como el nonoxinol 9 y el octocinol.

El condón masculino es un buen recurso preventivo para embarazo y las enfermedades de transmisión sexual, siempre y cuando los adolescentes lo utilicen de forma correcta y consistente. Las ventajas que tienen el condón es que permite la participación de pareja, es de fácil disponibilidad, no requiere de prescripción, sin embargo sí de asesoría sobre su uso correcto.

El prestador de servicios debe mencionar que si se usan simultáneamente dos recursos anticonceptivos, por ejemplo pastillas anticonceptivas y condón, el porcentaje de efectividad aumenta considerablemente.

2.4.7.2 CONDÓN FEMENINO

Consiste en una funda de plástico suave que se ajusta holgadamente en la vagina, cuenta con un anillo flexible en cada extremo. Un anillo se encuentra en el extremo cerrado de la funda y sirve para insertarlo y fijarlo en el cuello uterino. El anillo exterior forma el borde del dispositivo y permanece fuera de la vagina después de la inserción, con lo cual protege los labios y perineo y la base del

pene durante el coito. Este diseño reduce el potencial de transferencia de organismos infecciosos entre los compañeros sexuales.

El condón puede ser insertado hasta 8 horas antes del coito. Es necesario emplear un nuevo condón en cada relación sexual.

2.4.8 MÉTODOS NATURALES O DE ABSTINENCIA PERIÓDICA

Los llamados métodos naturales o de abstinencia periódica constituyen una opción para las mujeres que desean regular su fertilidad en forma temporal, y que no han aceptado utilizar un método anticonceptivo contemporáneo de alta efectividad. Estos métodos están fundamentados en el conocimiento de la pareja de los periodos fértiles e infértiles de la mujer, y requieren de una gran motivación y participación activa de la pareja.

El uso de estos métodos requiere de una capacitación a la pareja para la identificación de los cambios en la secreción de moco cervical, la temperatura basal y otros signos asociados al periodo fértil. Los métodos naturales más usados son los siguientes: el calendario, la temperatura basal y el moco cervical. En éstos la tasa de embarazos es muy elevada comparada con otros recursos anticonceptivos. Por lo tanto, la efectividad anticonceptiva de estos métodos es baja.

2.4.8.1 MÉTODOS PERMANENTES

Consiste en técnicas quirúrgicas que evitan el embarazo en forma permanente. Se tienen como opciones la oclusión tubaria bilateral para la mujer y la vasectomía para el hombre.

2.4.9 EMBARAZO

Gutiérrez (2010) cita a la OMS (2007) quien argumenta que “el embarazo en una mujer es un proceso fisiológico que ocurre desde la implantación del huevo fecundado y termina cuando ocurre el parto”.

2.5 EMBARAZO ADOLESCENTE

Gamboa, Valdés (2013) refieren que es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia.

2.5.1 CAUSAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Gamboa, Valdés (2013) mencionan que:

Ya como una problemática social, entre las causas del embarazo en la adolescencia, que en general manejan tanto las dependencias que están atendiendo este fenómeno social, así como los diversos estudios que al respecto se han hecho se encuentran las siguientes:

- * El matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer;
- * La práctica de las relaciones sexuales de los jóvenes sin métodos anticonceptivos.
- * La presión de los compañeros, que alientan a los adolescentes a tener relaciones sexuales.

- * El consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, producen una reducción en la inhibición, que puede estimular la actividad sexual no deseada.
- * Carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos y el no tener un fácil acceso a su adquisición.
- * La falta de una buena educación sexual.

2.5.2 CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Gamboa, Valdés (2013) argumentan que:

A su vez, respecto a las consecuencias y efectos negativos que se derivan de un embarazo temprano, como es el caso de las adolescentes los diversos autores y dependencias coinciden en que estos efectos repercuten principalmente en tres aspectos:

2.5.2.1 DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO:

- * La joven corre el riesgo de experimentar anemia, preeclampsia, complicaciones en el parto y enfermedades de transmisión sexual, así como un alto riesgo de mortalidad propia durante el embarazo.
- * Los bebés de madres adolescentes tienen una alta tasa de mortalidad al igual que pueden experimentar malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral. Estos niños experimentan muchos más problemas de conductas y funcionamiento intelectual disminuido.

2.5.2.2 DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOLÓGICO:

- * La reacción depresiva de la adolescente en curso de su embarazo puede ser tan fuerte que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio, teniendo en cuenta que esta es la segunda causa de muerte en esta edad después de los accidentes. El embarazo y los problemas que este puede traer, el drama sentimental de una separación, el aislamiento, el pánico, pueden ser fácilmente considerados como “factores suicidógenos circunstanciales”.
- * La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. En ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia; los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo; las dificultades personales o Familiares que traen consigo el embarazo, las que originan ciertas reacciones, reales o simplemente temidas, del entorno, la inquietud de un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que se han de tomar; es vacío afectivo.

2.5.2.3 VISTO DESDE EL CONTEXTO SOCIAL DESTACAN:

- * Las escasas oportunidades de proseguir con su escolarización.
- * Las dificultades para su inserción en el mercado de trabajo.
- * Su desarrollo social y cultural.
- * La formación de una Familia y su estabilidad.

2.5.3 PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS

La Organización Mundial de la Salud Y la UNFPA (Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas) (2012) dicen que:

2.5.3.1. PROHIBIR EL MATRIMONIO TEMPRANO

En muchos países la ley no prohíbe el matrimonio antes de los 18 años de edad, y cuando lo hacen, estas leyes no se cumplen. Los responsables de políticas deben aprobar e implementar leyes que prohíban el matrimonio de jóvenes menores de 18 años.

2.5.3.1.1 MANTENER A LAS NIÑAS EN LA ESCUELA

En el mundo de hoy hay más niñas asistiendo a la escuela que nunca antes en la historia. La educación de las niñas tiene efectos positivos sobre su salud, la salud de sus hijos y la de sus comunidades. Asimismo, las niñas que asisten a la escuela tienen menos probabilidad de casarse a una edad temprana. Lamentablemente, la tasa de matriculación cae abruptamente luego del quinto o sexto año de escolarización. Los responsables de política pública deben aumentar las oportunidades educativas formales y no formales de las niñas tanto a nivel primario como secundario.

2.5.3.1.2 INFLUIR SOBRE LAS NORMAS CULTURALES QUE RESPALDAN EL MATRIMONIO TEMPRANO

En algunas partes del mundo se espera que las niñas se casen y comiencen a tener hijos en la adolescencia temprana o media, mucho antes de que tengan condiciones físicas y mentales como para hacerlo. Los padres se ven presionados a casar a sus hijas muy jóvenes ya sea por las normas y tradiciones vigentes o debido a dificultades económicas. Los líderes de la comunidad deben trabajar con todos los interesados para cuestionar y cambiar estas normas.

2.5.3.2. APOYAR LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Los embarazos precoces se dan como resultado de una combinación de normas sociales, tradiciones y limitantes económicas. Paralelamente, sigue habiendo una resistencia a la educación sexual. Los responsables de políticas tienen que dar un respaldo fuerte y visible a los esfuerzos realizados por evitar el embarazo precoz. En particular, deben asegurar que se establezcan programas de educación sexual integral, así como servicios de consejería y acceso a métodos anticonceptivos.

2.5.4.2.1 EDUCAR A LOS NIÑOS Y NIÑAS SOBRE LA SEXUALIDAD

Muchas adolescentes comienzan su actividad sexual antes de saber cómo evitar los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual. La presión de grupo y la presión por adaptarse a ciertos estereotipos aumentan su probabilidad de tener actividad sexual precoz y sin protección. Para evitar el embarazo precoz es preciso implementar ampliamente los programas de educación sexual basados en un currículo. Estos programas deben desarrollar

habilidades para la vida, brindar respaldo para manejar los pensamientos, sentimientos y experiencias que acompañan la madurez sexual, y deben además vincularse con servicios de consejería y anticoncepción.

2.5.4.2.2 CONSEGUIR EL APOYO DE LA COMUNIDAD PARA EVITAR EL EMBARAZO PRECÓZ

En algunos lugares la actividad sexual premarital no se reconoce y la gente se resiste a discutir maneras eficaces para abordar el tema. Debe realizarse un esfuerzo para involucrar y comprometer a las Familias y las comunidades en las estrategias para evitar los embarazos precoces y las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH.

2.5.4.3 AUMENTAR EL USO DE ANTICONCEPCIÓN

2.5.4.3.1 LEGISLAR EL ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LOS SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN

En muchos lugares, las leyes y políticas impiden la entrega de anticonceptivos a las adolescentes solteras o más jóvenes. Los responsables de políticas deben intervenir para permitir que todas las adolescentes puedan obtener anticonceptivos.

2.5.4.3.2 REDUCIR EL COSTO DE LOS ANTICONCEPTIVOS PARA LAS ADOLESCENTES

Las limitaciones financieras pueden incidir negativamente en el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes más pobres. Para aumentar su

utilización, los responsables de políticas deben considerar reducir el costo financiero de los anticonceptivos para las adolescentes.

2.5.4.3.3 EDUCAR A LAS Y LOS ADOLESCENTES SOBRE EL USO DE ANTICONCEPTIVOS

Tal vez los adolescentes no sepan dónde conseguir anticonceptivos y cómo usarlos correctamente. Los esfuerzos por brindar información exacta sobre anticoncepción deben ir de la mano de la educación sexual.

2.5.4.3.4 CREAR RESPALDO COMUNITARIO PARA LA ENTREGA DE ANTICONCEPTIVOS A LAS Y LOS ADOLESCENTES

Existe cierta resistencia a suministrar anticonceptivos a las adolescentes, especialmente a las jóvenes que no están casadas. Debe procurarse involucrar a los miembros de la comunidad y obtener su apoyo para que se entregue anticonceptivos a esa población.

2.5.4.3.5 POSIBILITAR A LAS Y LOS ADOLESCENTES EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN

Es frecuente que las adolescentes no se acerquen a los servicios de anticoncepción porque temen el estigma social o ser juzgadas por el personal de los centros de salud. La provisión de servicios debe ser amigable y responder a las necesidades de las adolescentes.

2.5.4.4 REDUCIR LAS RELACIONES SEXUALES BAJO COACCIÓN

2.5.4.4.1 PROHIBIR LAS RELACIONES SEXUALES FORZADAS

En muchos lugares, las fuerzas del orden no persiguen activamente a quienes cometen faltas de coacción sexual y a menudo es difícil para la víctima buscar justicia. Los responsables de políticas deben formular y aplicar leyes que prohíban las relaciones sexuales bajo coacción y castigar a los culpables. Las víctimas y sus Familias deben sentirse seguras y respaldadas al presentarse ante las autoridades y reclamar justicia.

2.5.4.4.2 EMPODERAR A LAS NIÑAS PARA QUE SE RESISTAN A LAS RELACIONES SEXUALES FORZADAS

Las adolescentes pueden sentirse impotentes frente a la coacción sexual. Es necesario empoderarlas para que se protejan a sí mismas, y para que pidan y obtengan asistencia eficaz. Los programas que fortalecen la autoestima, desarrollan habilidades para la vida, y mejoran los vínculos con las redes y apoyos sociales pueden ayudar a las adolescentes a oponerse a las relaciones sexuales no deseadas.

2.5.4.4.3 INFLUIR SOBRE LAS NORMAS SOCIALES QUE CONDONAN LAS RELACIONES SEXUALES BAJO COACCIÓN

En muchas partes del mundo las normas sociales prevalentes condonan la violencia y la coerción sexual. Los esfuerzos por empoderar a las adolescentes deben acompañarse de esfuerzos por cuestionar y modificar las normas que condonan el sexo bajo coacción, especialmente las normas de género. Invitar a los varones a cuestionar las normas y prácticas de género

Los varones pueden ver la violencia de género y la coacción sexual como algo normal. Deben ser convocados a desarrollar una mirada crítica sobre los efectos negativos de esas actitudes sobre las niñas, mujeres, Familias y comunidades. Esto podría persuadirlos a cambiar sus actitudes y a abstenerse de comportamientos violentos y coercitivos.

2.6 FAMILIA

Osorio y Álvarez (2004) citan a Zurro (1999) quien define que la “Familia se entiende la unidad biopsicosocial, integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable y que viven en un mismo hogar”.

2.6.1 TIPOLOGÍA FAMILIAR

Osorio y Álvarez (2004) mencionan que los tipos de Familia se divide en:

2.6.1.1 FAMILIA EXTENSA

Está constituida por más de dos generaciones en el hogar de los abuelos.

2.6.1.2 FAMILIA NUCLEAR ÍNTEGRA

Son matrimonios casados en primeras nupcias y con hijos biológicos.

2.6.1.3 FAMILIA NUCLEAR AMPLIADA

Familias en que se incluye a otras personas, que pueden tener algún tipo de vínculo consanguíneo (madre, tíos, sobrinos) no tener vínculo de consanguinidad alguno, como es en el caso de las empleadas domésticas, o alguna persona que esté de visita en casa. Pero son importantes, porque pueden ser causa de conflictos o problemas Familiares o, en algunas ocasiones, de apoyo positivo o recurso Familiar.

2.6.1.4 FAMILIA MONOPARENTAL

Es aquella en que un solo cónyuge esta con la responsabilidad total de la crianza y convivencia de los hijos.

2.6.1.5 FAMILIA RECONSTITUIDA.

Es una Familia en la que dos personas deciden tener una relación formal de pareja y forman una nueva Familia, pero como requisito al menos uno de ellos incorpora un hijo de una relación anterior.

2.6.1.6 PAREJA CONYUGAL

La constituye la pareja, no incluye otros Familiares.

2.6.1.7 FAMILIAS NUCLEARES

Un núcleo central formado por la pareja conyugal e hijos; por la madre e hijo (s); por el padre e hijo (s), puede darse o no la presencia de otros parientes.

2.6.1.8 FAMILIAS EXTENDIDAS

Una pareja conyugal con hijos o sin ellos y otros parientes que convivan en forma conjunta.

2.6.1.9 TIPOS DE FAMILIAS SEGÚN LAS ETAPAS DEL CICLO DE VIDA FAMILIAR.

Esta clasificación de la Familia se hace tomando en cuenta a los hijos de la madre en una Familia. Es de suma importancia, pues dependiendo de la edad de los hijos, se puede establecer cuáles son los abordajes que corresponden como prioritarios.

- * Familias en la etapa inicial: hijo mayor entre 0 y 5 años de edad.
- * Familias en la etapa intermedia: hijo mayor entre 6 y 12 años de edad.
- * Familias en la etapa intermedia tardía: hijo mayor entre 13 y 19 años de edad.
- * Familias en la etapa final: hijo mayor tiene 20 años o más.

2.6.2 ROLES DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

Osorio y Álvarez (2004) citan a Mendalie (1987) y Cristensen (2004) quienes refieren que:

La realización de papeles complementarios entre los padres o la persona que desarrolla el cuidado principal de los hijos es fundamental para el desarrollo de los roles tradicionales de los miembros dentro del núcleo Familiar. En muchas culturas, el papel proveedor, protector y educador de los niños ha dejado de estar ligado, exclusivamente al marido pero todavía se considera deseable que cada uno de los padres cumpla con su respectivo papel. El de la madre-esposa debe ser primordialmente expresivo de afectividad, mientras que el padre-esposo desempeñara el papel instrumental.

A medida que transcurre el tiempo es natural que se produzcan modificaciones o intercambios de papeles entre los esposos; no obstante, existe cierta evidencia de que esto puede producir efectos nocivos en los niños (excepto cuando ocurren temporalmente, durante emergencias o crisis), que serán más graves aún si alguno de los padres no desempeña satisfactoriamente su papel.

Durante la industrialización entre los años 1800 y 1900; la noción de lo que era la socialización de los niños cambió dramáticamente. La infancia se constituyó a través de las nociones de las esferas íntimas y privadas de la Familia y las ideas acerca de la importancia de la educación de los hijos". La reforma de la importancia que ha tomado la educación en el desarrollo intelectual de los niños y jóvenes, son algunos de los factores que les han concedido la oportunidad a los hijos de opinar en el hogar y sus decisiones, y de adquirir derechos activos dentro de la Familia y la sociedad.

2.6.3 TRABAJOS CON FAMILIA EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

Osorio y Álvarez (2004) mencionan que:

Los equipos de salud tienen la gran responsabilidad de ofrecer los recursos más favorables, tanto materiales como intelectuales, a las Familias que sirven. Las variaciones entre un núcleo Familiar y otros, son completamente independientes, debido a que cada una es diferente de la otra. La dinámica dentro de la Familia, su estrato social, su lugar de residencia, y los recursos humanos que están a su disposición son distintos y diversos.

El equipo trabaja desde muchas disciplinas para ofrecerles a sus usuarios la oportunidad de un programa colectivo favorable para las necesidades de los participantes de la Familia. Lo anterior, siempre respetando la dinámica de la Familia. Tendrán prioridad aquellas Familias que sean consideradas como frágiles y vulnerables. Por ejemplo aquellas cuyos miembros son adultos de la tercera edad que viven solos. Otras personas prioritarias pueden ser mujeres jóvenes, de baja escolaridad y estrato socioeconómico bajo, que son solteras y tienen hijos que mantener sin ningún apoyo económico. En Familias en que hay una persona que tiene una enfermedad terminal, degenerativa o incurable, y que no tienen recursos económicos o Familiares de apoyo, constituye también una prioridad.

2.7 LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Osorio y Álvarez (2004) citan a Mejía (1991) quien considera como:

Promoción de la salud, todos los conocimientos y aptitudes que se transmiten a la población con la finalidad de que adopten conductas saludables. Esta

información se puede transmitir con “actitudes educativas, preventivas y de curación, no solo en el centro u hospital, sino en los demás nichos ecológicos (casa, escuela, vecindario, etc.). La Familia debe ser reconocida como el punto inicial de la promoción de la salud, “esta es el grupo social primario sobre el cual se basan la mayoría de las agrupaciones sociales. La constitución genética, los comportamientos, y las actitudes constructivas y destructivas, las muchas enfermedades comunicables, nutricionales y de toda índole tienen su origen en la Familia. También los aspectos culturales, económicos, educacionales tienen su asiento en la Familia.

Por esto hay que trabajar en forma directa con los miembros de la Familia en la promoción de estilos de vida saludables, que favorezcan los hábitos de dieta, ejercicio, condiciones de vivienda, trabajo y Familia, para disminuir los riesgos que atentan explícitamente contra los integrantes de ese núcleo social.

Esas intervenciones pueden ser de tipo individual, Familiar o colectivo (integrando otros miembros de la sociedad, como sucede en las charlas que ofrecen profesionales en salud en las iglesias, o utilizando medios como la radio o la televisión). A su vez siempre debe existir una estrategia pertinente para que la promoción de la salud a la Familia se incluya a la hora en se diseñen y establezcan programas donde la Familia y la comunidad son participantes tanto como emisores, así como receptores de los conocimientos bio-psico-sociales que se intenten promover. La exposición de estilos de vida saludables y conductas que favorecen la prevención de enfermedades de toda índole requiere del apoyo de grupos Familiares, sociales, y estatales entre otros. La participación social y el adiestramiento de los miembros de las Familias son fundamentales para que se trasmitan y se difundan esos conocimientos.

2.8 LA PREVENCIÓN

2.8.1 PREVENCIÓN PRIMARIA:

Osorio y Álvarez (2004) mencionan que:

Son todas las actividades Familiares dirigidas al mantenimiento de la salud de sus miembros. Algunas relativas a la prevención primaria incluyen:

- * Estilo de vida saludable
- * Información nutricional y dietas.
- * Actividades recreativas.
- * Hábitos de higiene y autocuidado.
- * Evitar conductas adictivas.
- * Protección contra la enfermedad
- * El mantenimiento de la salud, que puede lograrse con inmunizaciones y actividades de prevención.
- * Educación Familiar en temas como sexualidad, matrimonio, anticoncepción, control prenatal, cuidado de los niños, prevención de accidentes, cuidados del adulto mayor, etc.

2.8.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA:

El equipo de salud y los miembros del núcleo Familiar tienen la importante tarea de supervisar que los tratamientos médicos sean cumplidos a cabalidad y que las recomendaciones proporcionadas sean acatadas por los pacientes. Esto se logra también con la utilización de grupos de apoyo o actividades de información educativa sobre las patologías de los pacientes, para optimizar los conocimientos sobre su enfermedad, su tratamiento, y la prevención de secuelas en las enfermedades crónicas.

CAPÍTULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

De acuerdo a Cortes e Iglesias (2004) la Metodología es “la ciencia que nos enseña a dirigir determinado proceso de manera eficiente y eficaz para alcanzar los resultados deseados y tiene como objetivo darnos la estrategia a seguir en el proceso”.

La Metodología de la Investigación (M.I.) o Metodología de la Investigación Científica es aquella ciencia que provee al investigador de una serie de conceptos, principios y leyes que le permiten encauzar de un modo eficiente y tendiente a la excelencia el proceso de la investigación científica.

El objeto de estudio de la M.I. Lo podemos definir como el proceso de Investigación Científica, el cual está conformado por toda una serie de pasos lógicamente estructurados y relacionados entre sí.

Este estudio se hace sobre la base de un conjunto de características y de sus relaciones y leyes.

La Investigación Científica surge de la necesidad del hombre de dar solución a los problemas más acuciantes de la vida cotidiana, de conocer la naturaleza que lo rodea y transformarla en función de satisfacer sus intereses y necesidades. El carácter de la investigación científica es creativo e innovador aplicando lo último del conocimiento científico.

3.1 FORMAS DE INVESTIGACIÓN

La investigación “Prevención de embarazos adolescentes” es aplicada debido a que la investigación se llevará a la práctica por medio de encuestas para la comprobación de hipótesis.

3.1.1 INVESTIGACION PURA

(Tamayo, 1999) menciona: Recibe también el nombre de pura y fundamental, tiene como fin la búsqueda del progreso científico, mediante el acrecentamiento de los conocimientos teóricos, sin interesarse directamente en sus posibles aplicaciones o consecuencias prácticas; es de orden formal y busca las generalizaciones con vista al desarrollo de una teoría basada en principios y leyes (p.129).

3.1.2 INVESTIGACIÓN APLICADA

(Bunge, 1969) afirma: La investigación aplicada busca o perfecciona recursos de aplicación del conocimiento ya obtenido mediante la investigación pura, y, por tanto, no busca la verdad, como la investigación pura, sino la utilidad. En otras palabras, se trata aquí de investigar las maneras en que el saber científico producido por la investigación pura puede implementarse o aplicarse en la realidad para obtener un resultado práctico (p.683).

3.2 TIPOS DE ESTUDIO

La investigación es de tipo descriptiva ya que especificaremos el nivel de conocimientos que poseen los adolescentes en cuanto a los embarazos adolescentes.

3.2.1 ESTUDIO CORRELACIONAL

Cortés e Iglesias (2004) mencionan: Los estudios correlacionales tienen como propósito evaluar la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables. La utilidad principal de los estudios correlacionales cuantitativos es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas.

3.2.2 ESTUDIO DESCRIPTIVO

Cortés e Iglesias (2004) señalan: Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Describen situaciones, eventos o hechos, recolectando datos sobre una serie de cuestiones y se efectúan mediciones sobre ellas, buscan especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice.

3.2.3 ESTUDIO EXPLICATIVO

Sampieri, Fernández y Baptista (2006) reafirman: Los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; es decir, están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta, o porque se relacionan dos o más variables.

3.2.4 ESTUDIO EXPLORATORIO

Sampieri, Fernández y Baptista (2006) explican: Los estudios exploratorios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que tan solo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas.

3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente tema “Prevención de embarazos adolescentes”, es una investigación de tipo no experimental, específicamente de corte transversal, debido a que la violencia política en razón de género es un fenómeno que ha existido a través de los años y que con el paso del tiempo ha aumentado, en esta investigación se estudiará el suceso ya existente sin manipular variables; es de corte transversal debido a que se estudiará el acontecimiento una sola ocasión.

3.3.1 INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL

Malagar, (2008) Considera: En este método los tratamientos de la variable independiente han sido manipulados por el investigador-X- por lo que se tiene el mayor control y evidencia de la causa y efecto. (p. 149).

Sampieri (2006) señala: En los experimentos se diseñan pruebas en las cuales se inducen cambios es decir se manipulan las variables que intervienen en un proceso o sistema deliberadamente (supuestas causas), de manera que sea posible observar, identificar y analizar las causas en la respuesta obtenida. En un experimento, el investigador construye deliberadamente una situación a la que son expuestos varios individuos. Esta situación consiste en recibir un tratamiento, condición o estímulo bajo determinadas circunstancias, para después analizar los efectos de la exposición o aplicación de dicho tratamiento o condición. Por decirlo de alguna manera, en un experimento se ‘construye’ una realidad.

3.3.2 INVESTIGACIÓN NO EXPERIMENTAL

Malagar, (2008) refiere: En este método, existe un grupo de sujetos a los cuales se realiza una prueba-O- de medición de la variable dependiente, pero los tratamientos de la variable independiente-X- no fueron manipulados o controlados por el investigador. También se denomina investigación ex - post - facto. (p.149).

Sampieri (2006) indica: La investigación no experimental es la que no manipula deliberadamente las variables a estudiar. Lo que hace este tipo de investigación es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto actual, para después

analizarlo. En un estudio no experimental no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes.

3.3.2.1 INVESTIGACIÓN TRANSVERSAL

(Sampieri, 2010), menciona: Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede. (p.151)

3.3.2.2 INVESTIGACIÓN LONGITUDINAL

(Sampieri, 2010), señala que: Son estudios que recaban datos en diferentes puntos del tiempo, para realizar inferencias acerca de la evolución, sus causas y sus efectos. (p.158)

3.4 ENFOQUES

Toda investigación necesita contar con enfoques que orienten su realización, que permitan diseñar y/o elegir los instrumentos que nos servirán para la recolección de los datos y las características que éstos deben tener.

La investigación es de enfoque mixto debido a que combinamos el enfoque cuantitativo con el cualitativo.

3.4.1 ENFOQUE CUALITATIVO

(Patton 1980,1990), menciona que: Los datos cualitativos como descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones. Por lo expresado en los párrafos anteriores, el investigador cualitativo utiliza técnicas para recolectar datos como la observación no estructurada, entrevistas abiertas, revisión de documentos, discusión en grupo, evaluación de experiencias personales, registro de historias de vida, interacción e introspección con grupos o comunidades. (P. 326)

A su vez Fernández y Pertegás (2004), reafirman que: La investigación cualitativa evita la cuantificación. Los investigadores cualitativos hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como la observación participante y las entrevistas no estructuradas. La diferencia fundamental entre ambas metodologías es que la cuantitativa estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas y la cualitativa lo hace en contextos estructurales y situacionales. La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica.

3.4.2 ENFOQUE CUANTITATIVO

(Sampieri 2006), menciona que: Cuando hablamos de una investigación cuantitativa damos por aludido al ámbito estadístico, es en esto en lo que se fundamenta dicho enfoque, en analizar una realidad objetiva a partir de mediciones numéricas y análisis estadísticos para determinar predicciones o patrones de comportamiento del fenómeno o problema planteado. Este enfoque utiliza la recolección de datos para comprobar hipótesis, que es importante

señalar, se han planteado con antelación al proceso metodológico; con un enfoque cuantitativo se plantea un problema y preguntas concretas de lo cual se derivan las hipótesis.(p.326)

3.4.3 ENFOQUE MIXTO

(Sampieri s/f), menciona: Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (meta inferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio.

(Cortés e Iglesias, 2004), afirman que:

La investigación es mixta porque se utilizará tanto el enfoque cualitativo como el cuantitativo, en el cualitativo se observará las reacciones de la gente a la hora de responder la encuesta; es cuantitativo porque realizaremos encuestas para cuantificar el problema.

En un enfoque mixto el investigador utiliza las técnicas de cada uno por separado, se hacen observaciones, entrevistas, se realizan encuestas para saber las opiniones de cada cual sobre el tema en cuestión, se trazan lineamientos sobre las políticas a seguir según las personas que intervengan, además esas encuestas pueden ser valoradas en escalas medibles y se hacen valoraciones numéricas de las mismas, se obtienen rangos de valores de las respuestas, se observan las tendencias obtenidas, las frecuencias, se hacen histogramas, se formulan hipótesis que se corroboran posteriormente. (p.11)

3.5 UNIVERSO O POBLACIÓN

(Leon, 2007) Menciona: La población de una investigación está compuesta por todos los elementos (personas, objetos, organismos, historias clínicas) que participan del fenómeno que fue definido y delimitado en el análisis del problema de investigación. La población tiene la característica de ser estudiada medida y cuantificada. (p.2)

(Selltiz, 1980), recalca: Una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones. (p.238).

La población de estudio es la colonia Emiliano Zapata, municipio de Bella Vista, Chiapas.

3.5.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL

La localidad de Emiliano Zapata está situada en el Municipio de Bella Vista (en el Estado de Chiapas). Hay 1,306 habitantes. En la lista de los pueblos más poblados de todo el municipio, es el número 3 del ránking. Emiliano Zapata está a 624 metros de altitud.

3.6 MUESTRA

(M. I. Ortego, s/f), Afirma que: Se denomina muestra a un subconjunto de unidades estadísticas extraído del universo del cual se quiere conocer ciertas características. Es a partir de los resultados observados sobre la muestra que se va a extrapolar para producir estimaciones de dicho universo. (p.2)

La muestra de nuestra investigación son 15 adolescentes de la colonia Emiliano Zapata.

3.6.1 TIPOS DE MUESTREO

La investigación que se presenta es no probabilística de tipo de muestreo accidental o bola de nieve ya que se encuestarán a las personas que se encuentren en ese momento en el lugar acordado.

A continuación se describen los diferentes tipos de muestreo.

3.6.1.1 PROBABILÍSTICO

(Salvadó, 2013), define que: Es requisito que todos y cada uno de los elementos de la población tenga la misma probabilidad de ser seleccionados (azar). Se debe tener disponible un listado completo de todos los elementos de la población, a esto se le llama Marco de Muestreo. (s/p).

3.6.1.1.1 ALEATORIO SIMPLE

(Velázquez A. P.) Señala: El muestreo aleatorio es una técnica que permite obtener una muestra representativa de la población. Ésta se basa en el concepto de probabilidad, el cual marca que cualquier elemento de la población tiene la misma probabilidad de ser elegido y que la elección de cada elemento es independiente de cualquier selección previa. Los muestreos probabilísticos son de varios tipos.

3.6.1.1.2 ESTRATIFICADO

(Otzen, 2017) Define: Aleatorio estratificado: Se determina los estratos que conforman la población blanca para seleccionar y extraer de ellos la muestra (se define como estrato a los subgrupos de unidades de análisis que difieren en las características que van a ser analizadas).

3.6.1.1.3 SISTEMÁTICO

(Velázquez M. e., s/f), menciona que: En este caso se elige de manera aleatoria el sitio de muestreo para un estrato determinado, mientras que en los estratos restantes el sitio de muestreo se determina a partir de la misma posición relativa. Un caso típico de esto consiste en elegir el centro de cada estrato como sitio de la muestra. (s/p)

3.6.1.1.4 POR CONGLOMERADO

(Otzen T. , 2017) Menciona: Consiste en elegir de forma aleatoria ciertos barrios o conglomerados dentro de una región, ciudad, comunidad etc., para luego elegir unidades más pequeñas como cuadras, calles, etc. y finalmente otras más pequeñas, como escuelas, consultorios, hogares (una vez elegido esta unidad, se aplica el instrumento de medición a todos sus integrantes).

3.6.1.2 NO PROBABILÍSTICO

(Sampieri, 2010), menciona que: En las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación. (p.176)

3.6.1.2.1 MUESTREO POR CONVENIENCIA

(Casal, 2003) Menciona: Consiste en la elección por métodos no aleatorios de una muestra cuyas características sean similares a las de la población objetivo. En este tipo de muestreos la “representatividad” la determina el investigador de modo subjetivo, siendo este el mayor inconveniente del método ya que no podemos cuantificar la representatividad de la muestra (p.5).

3.6.1.2.2 MUESTREO POR CUOTAS

(Salvadó, 2013) Señala: Todos los elementos conocidos de la población tienen que aparecer en la muestra. Se debe asegurar que estos aparezcan en la misma proporción que en la población. El investigador entrevista a todas las personas de cada categoría que pueda encontrar hasta que haya llenado la cuota.

3.6.1.2.3 ACCIDENTAL O BOLA DE NIEVE

Espinoza (s/f) señala: Se aprovecha o utiliza personas disponibles en un momento dado que se corresponda con el propósito del estudio (p.20).

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas que principalmente se aplicarán en esta investigación son, la observación y la encuesta, ésta última a partir de la aplicación de un cuestionario de 39 preguntas, de las cuales algunas son cerradas y otras abiertas con la finalidad de obtener por parte del encuestado, opiniones más precisas.

Las técnicas que se usaron en la investigación son la observación directa en la que observaremos las actitudes de las personas a la hora de encuestarlas así como la técnica de la encuesta para recopilar datos indispensables para comprobar hipótesis.

3.7.1 OBSERVACIÓN

(POSTGRADO, 2009), da a conocer: Tradicionalmente el acto de "observar" se asocia con el proceso de mirar con cierta atención una cosa, actividad o fenómeno, o sea concentrar toda su capacidad sensitiva en algo por lo cual estamos particularmente interesados.

En la investigación se hará uso de esta técnica, apoyándose del instrumento ficha de observación.

3.7.2 ENCUESTA

(POSTGRADO, 2009), manifiesta que: Para algunos investigadores no es otra cosa que la recolección sistemática de datos en una población o en una muestra de la población, mediante el uso de entrevistas personales y otros instrumentos para obtener datos. Habitualmente a este tipo de estudio se le denomina así, cuando se ocupa de grupos de personas, numerosas y dispersas. Para otros, la encuesta es solo una pluralidad de técnicas que se utilizan a nivel masivo.

3.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.8.1 CUESTIONARIO

CUESTIONARIO

Fecha: _____

N° de cuestionario: _____

Instrucciones: Este cuestionario tiene como propósito investigar el conocimiento que poseen las y los adolescentes en cuanto al tema de uso de métodos anticonceptivos para prevenir los embarazos no deseados. El objetivo es obtener datos confiables por lo que es importante que lea cuidadosamente cada pregunta y responda con honestidad.

Esta información será sumamente confidencial.

I. DATOS PERSONALES

1. Edad: _____
2. Sexo: M F
3. Religión: _____

II. EDUCACIÓN SEXUAL

4. ¿Qué sabes sobre embarazo en edad adolescente?

5. ¿De dónde obtuviste la información?
 - a) Televisión
 - b) Mi Familia
 - c) Internet
 - d) Amigos
 - e) escuela
 - f) Otro _____

6. ¿Conoces los métodos anticonceptivos?

- a) Si
- b) No

7. Menciona 3 métodos que conozcas

8. ¿Has tenido relaciones sexuales?

- a) Si
- b) No

9. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual?

- a) 12-13
- b) 14-15
- c) 6-17

10. ¿Te cuidaste con algún método anticonceptivo en tu primera relación sexual?

- a) Si
- b) No

11. ¿Qué método usaste?

- a) Condón
- b) Pastilla de emergencia
- c) Inyección
- d) Otro _____

12. ¿Has recibido información de cómo prevenir un embarazo?

- a) Si
- b) No

13. ¿Cómo se puede prevenir un embarazo adolescente?

14. ¿Qué métodos anticonceptivos conoces?

- a) Pastillas
- b) Preservativo
- c) Dispositivo Intrauterino
- d) Inyectables
- e) Natural
- f) Otros

15. ¿Sabe utilizar los métodos anticonceptivos?

- a) Si ¿Cuál?
- b) No

16. ¿Por qué crees que se dan los embarazos en las adolescentes?

- a) Mal uso de los metidos anticonceptivos
- b) Falta o distorsión de la información
- c) Que tengan una Familia disfuncional
- d) Bajo nivel económico
- e) No hay información
- f) Por curiosidad
- g) Por amor
- h) Otro

17. ¿Sabe cuál es la edad en que la mujer está apta y preparada para iniciar las relaciones sexuales?

- a) Si ¿A qué edad?

b) No

18. ¿Sabe cuál es la edad en que la mujer está apta y preparada para tener un bebé?

a) Si ¿A qué edad?

b) No

19. ¿Crees que si tienes relaciones sexuales por primera vez es difícil quedar embarazada?

a) Si

b) No

20. ¿Conoces las consecuencias que puede tener un embarazo prematuro?

a) Si

b) No

21. ¿Tus padres se te han hablado acerca de los métodos anticonceptivos?

a) Si

b) No

III. ESCUELA

22. ¿Recibes educación sobre sexualidad en tu escuela?

a) Si

b) No

23. ¿Con qué frecuencia recibes pláticas sobre sexualidad, métodos anticonceptivos?

a) 1 vez al año

b) Cada 6 meses

- c) 1 vez al mes
- d) Nunca

24. ¿Tus amigas ya han tenido relaciones sexuales?

- a) Siempre
- b) Algunas veces
- c) Nunca

IV. SALUD

25. ¿En tu clínica has recibido pláticas de prevención de embarazos no deseados y de métodos anticonceptivos?

- a) Si
- b) No

26. ¿Con qué frecuencia recibes pláticas sobre sexualidad, métodos anticonceptivos en la clínica de salud?

- a) 1 vez al año
- b) Cada 6 meses
- c) 1 vez al mes
- d) Cada dos meses
- e) Nunca

27. ¿Cómo evalúas la información recibida acerca de los métodos anticonceptivos?

- a) Excelente
- b) Buena
- c) Regular
- d) Mala
- e) Nula

28. ¿En qué Institución recibes atención médica?

- a) IMSS
- b) DIF
- c) SSA
- d) ISSTE
- e) Otra
- f) Ninguna

V. DATOS FAMILIARES

29. ¿Relación con los miembros de tu casa?

- a) Buena comunicación
- b) No hablamos mucho
- c) No hay comunicación

30. ¿Con qué frecuencia discuten en tu casa?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

31. ¿Hay reglas en tu casa que tienes que cumplir?

- a) Si
- b) No

32. ¿Tus padres saben lo que haces cuando no estás en casa?

- a) Siempre
- b) Algunas veces
- c) Nunca

33. ¿De quién dependes económicamente?

- a) Papas
- b) Hermanos
- c) Tíos
- d) Abuelos
- e) Otro

34. ¿Vive con sus padres?

- a) Si
- b) No

35. ¿Recibe apoyo y aceptación de su Familia durante la infancia y adolescencia?

- a) Si
- b) No

36. ¿A quien acude cuando tiene alguna duda acerca de la sexualidad?

- a) Padres
- b) Docentes
- c) Amigos
- d) Novio
- e) Conocidos
- f) Personal de salud

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO METODOLÓGICO

El día martes veinticinco de mayo del año dos mil veintiuno realizamos las encuestas, en la colonia Emiliano zapata a los adolescentes de acuerdo a las muestras establecidas consistente a 15 personas, se llevó acabo en un promedio de tres horas, por parte de los tesisas de enfermería del 9º cuatrimestre, escolarizados de la universidad del sureste del campus de la frontera.

Durante el proceso de la evaluación a la prevención de embarazo en adolescentes, se llevó acabo de una manera satisfactoria, de los resultados obtenidos, como en toda una investigación, el propósito de esta investigación es el aporte de nuevos conocimientos a las prevenciones, obteniendo los siguientes resultados de la participación de cada una de las personas, y finalmente se presentan los resultados obtenidos por parte de los investigadores, durante el procedimiento, haciendo énfasis en el análisis de los datos que fueron analizados durante la investigación .

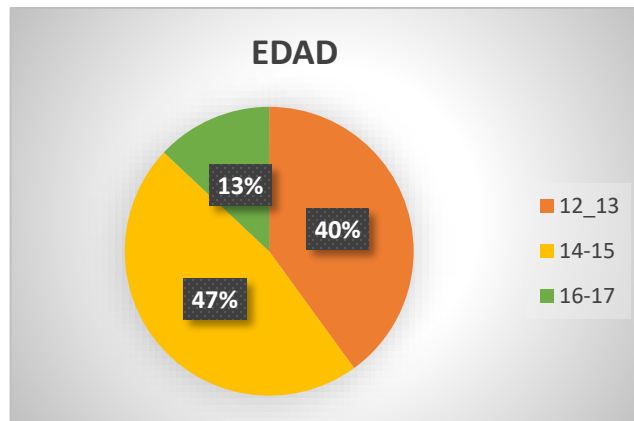
El siguiente el apartado se presentan los resultados, a través de las tablas y gráficas, que nos permitieron realizar un análisis durante el desarrollo de la investigación he interpretación de las informaciones para conocer la situación, respecto al nivel del conocimiento que poseen las personas, de la colonia Emiliano zapata, sobre las prevenciones al embarazo en las adolescentes, que fue la base fundamental para la elaboración de las recomendaciones brindadas y propuestas.

4.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

TABLA I. DATOS PERSONALES

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
EDAD	12_13	6	40
	14-15	7	47
	16-17	2	13
	TOTAL	15	100%
SEXO	M	15	100
	F	0	0
	TOTAL	15	100%
ESCOLARIDAD			
	SECUNDARIA	11	73
	COBACH	4	27
	TOTAL	15	100%

GRÁFICA 1



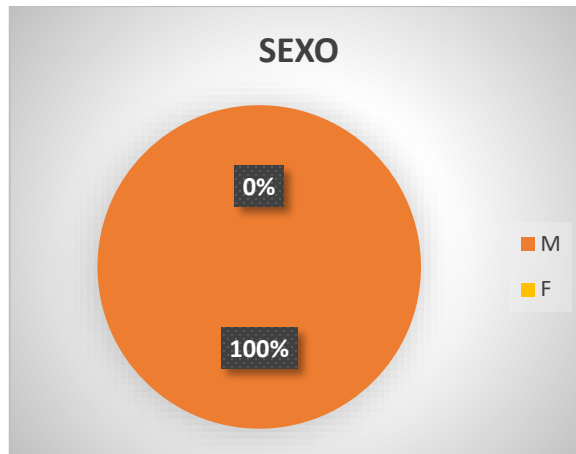
ANÁLISIS:

En la gráfica nos muestra que en los adolescentes encuestados se encuentran en diferentes cantidades por los tres grupos de edad, sobresaliendo ligeramente el grupo de 12 a 13 años con un 40% y los grupos de 14 a 15 años con un 47% así como también el siguiente grupo de 16 a 17 años con un porcentaje de 13% respectivamente de acuerdo a la edad.

INTERPRETACIÓN:

La información arrojada en esta grafica nos indica obtener la idea de los adolescentes sobre su conocimiento acerca del tema, por lo cual se obtuvieron las siguientes opiniones nos indica que la mayor parte son de 14 a 15 años y su conocimiento que poseen, de los tres grupos de edad que se representa en la muestra obtenida, es decir la otra mitad nos indica que son de edad de 12 a 13 años.

GRÁFICA 2



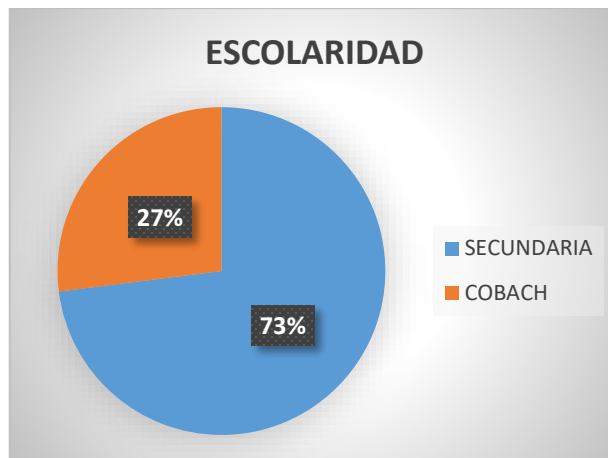
ANÁLISIS:

La gráfica nos muestra que la población encuestada en su mayoría fue del sexo femenino, en un 100% y el 0% restante fueron del sexo masculino.

INTERPRETACIÓN:

En esta grafica nos permite analizar que las opiniones obtenidas en su mayoría fueron del sexo femenino ya que poseen una ligera tendencia femenina sobre la opinión de los hombres.

GRÁFICA 3



ANÁLISIS:

La siguiente grafica nos enseña que el 73 % cuentan con un nivel grado escolar secundario, lo cual nos indica que un 27% de las adolescentes cuentan ya con un nivel cobach.

INTERPRETACIÓN:

Esta grafica nos da a conocer la importancia sobre la población de adolescentes encuestados, estos alfabetizados por lo que sus opiniones respecto al tema no solo provienen de una educación informal si no también escolarizada y en la familia

TABLA II. EDUCACIÓN SEXUAL

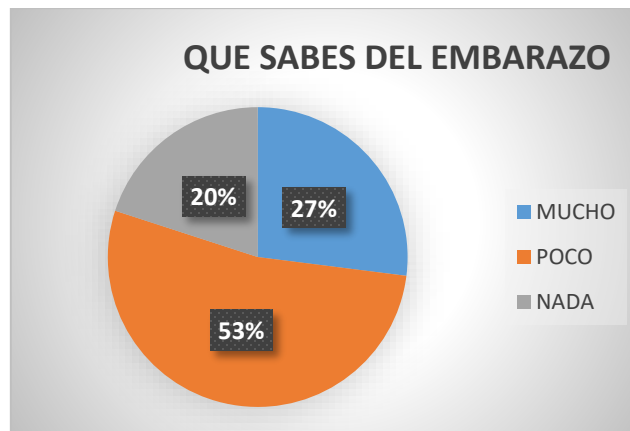
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
QUE SABES SOBRE EL EMBARAZO	MUCHO	4	27
	POCO	8	53
	NADA	3	20
	TOTAL	15	100%
DONDE OBTUVISTES INFORMACION	TELEVISIÓN	0	0
	FAMILIA	6	40
	INTERNET	0	0
	ESCUELA	6	40
	OTROS	3	20
	TOTAL	15	100%
CONOCES LOS METODOS ANTISEPTIVOS	SI	8	53
	NO	7	47
	TOTAL	15	100%
HIZO MENCION CORRETA DE LOS METODOS	SI	8	53
	NO	7	47
	TOTAL	15	100%
TE PROTEGES AL TENER RELACIONES	SI	0	0
	NO	15	100
	TOTAL	15	100%
EDAD DE TU PRIMER RELACION	12_13	0	0
	14-16	0	0
	16-17	0	0
	NO A TENIDO	15	100
	TOTAL	15	100%
TE CUIDASTES EN TU PRIMER RELACION	SI	0	0
	NO	15	100
	TOTAL	15	100%
QUE METODOS USASTES	CONDON	0	0
	PASTILLA	0	0
	INYECCION	0	0
	NO USO	15	100
	TOTAL	15	100%
RESIBIO INF. DE PREBENCION	SI	15	100
	NO	0	0

DE ENBARAZO	TOTAL	15	100%
COMO PREVENIR EL EMBARAZO	USAR MÉTODO	6	40
	PLATICAS	4	27
	NO RELACIONES	5	33
	TOTAL	15	100%
QUE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCES	PASTILLA	5	33
	PRESERVATIVO	9	60
	INYECCIÓN	1	7
	NATURAL	0	0
	OTROS	0	0
	TOTAL	15	100%
SABES USAR LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	SI	8	53
	NO	7	47
	TOTAL	15	100%
POR QUE SE DA UN EMBARAZO EN ADOLECENTES	MAL USO DE LOS MÉTODOS	7	47
	FAMILIA DISFUNCIONAL	0	0
	BAJO NIVEL ECONÓMICO	0	0
	NO HAY INFORMACIÓN	7	47
	CURIOSIDAD	1	6
	OTRO	0	0
	TOTAL	15	10%
SABES LA EDAD PARA QUEDAR EMBARAZADA	15-16	0	0
	17-18	0	0
	19-20	10	67
	21-22	5	33
	TOTAL	15	100%
EDAD APTA PARA TENER BEBES	18-19	0	
	20-21	2	13
	22-23	5	33
	24-25	8	53
	TOTAL	15	100%
HACERLO POR 1er	SI	7	47

VEZ PUEDES EMBARAZARTE	NO	8	35
	TOTAL	15	100%

CONSECUENCIA DE UN EMBARAZO PREMATURO	SI	9	60
	NO	6	40
	TOTAL	15	100%
HABLAS CON TUS PAPAS ACERCA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	MUCHO	4	27
	POCO	8	53
	NADA	3	20
	TOTAL	15	100%

GRÁFICA 1



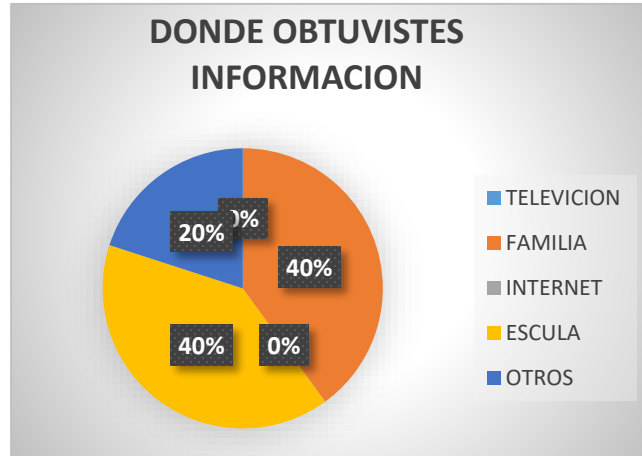
ANÁLISIS:

La gráfica nos señala que la mayoría de los adolescentes encuestados en un 53% desconocen el tema sobre el embarazo, lo cual el 27 % conocen sobre el tema, y finalmente el 20 % no posee conocimiento definitivamente del tema.

INTERPRETACIÓN:

En estos resultados nos dimos cuenta que la tercera parte de la población encuestada no cuenta con información acerca de la prevención de embarazo a temprana edad, lo cual nos indica la falta de información, que prevenga los embarazos no deseados por lo que pueden traer consecuencias en embarazos prematuros, ya que los adolescentes deben poseer informaciones para evitar ciertos problemas en la adolescencia.

GRÁFICA 2



ANÁLISIS:

En esta grafica podemos ver que en un mayor porcentaje correspondiente al 40% obtienen información, en su escuela, como también en su familia con un 40 %, y el 20 % por otros medios, como finalmente el 0 % por televisor es decir que no cuentan con la información adecuada.

INTERPRETACIÓN:

En los resultados nos refleja que una gran parte de adolescentes obtienen información en su familia y en la escuela, y por otro lado no obtienen información por otros medios, es decir no les brindan la información como debe de ser.

GRÁFICA 3



ANÁLISIS:

La gráfica nos indica, que de acuerdo a los resultados obtenidos de la encuesta nos indica que un 53% si conocen los métodos anticonceptivos, por lo tanto el otro grupo nos muestra que un 47% no conocen los métodos anticonceptivos.

INTERPRETACIÓN:

Con los resultados de la gráfica, podemos observar, quiénes si conocen los métodos anticonceptivos, y quienes no conocen los métodos, lo cual nos indica que la mayor parte de los encuestados si conocen cuales son los métodos anticonceptivos.

GRÁFICA 4



ANÁLISIS:

La gráfica nos indica que un 53 % de las personas encuestadas mencionaron los métodos correctos, y el 47 % no mencionaron los métodos.

INTERPRETACIÓN:

En los siguientes resultados podemos ver que en la gráfica la mayoría de los adolescentes mencionaron correctamente los métodos para la prevención, y el otro grupo no mencionó los métodos correctos.

GRÁFICA 5



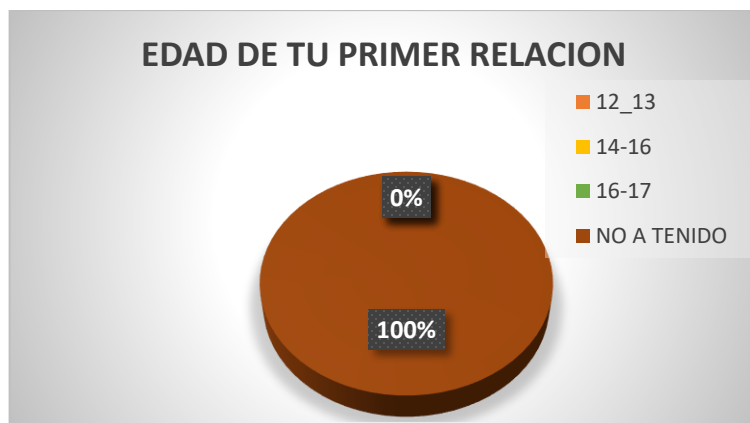
ANÁLISIS:

La gráfica nos refleja que el 100% no se protege al tener relaciones, lo cual nos indica que el 0 % no se cuidan con ningún método.

INTERPRETACIÓN:

Este resultado nos demuestra que hay un porcentaje alto, que no se protegen al tener relaciones .quiere decir que no tienen ninguna relación activa.

GRÁFICA 6



ANÁLISIS:

En esta grafica podemos ver que 100% no han tenido su primera relación, lo cual nos indica que el 0 % definitivamente no han tenido relaciones.

INTERPRETACIÓN:

Los siguientes resultados nos indican que la mayoría de las adolescentes no han tenido relaciones, es decir desconocen sobre la primera relación.

GRÁFICA 7



ANÁLISIS:

La gráfica nos hace ver que el 100% no se cuidaron al tener relaciones y un 0% nos indica que no se protegen.

INTERPRETACIÓN:

Podemos observar que la mayor parte de la población de las adolescentes no se han cuidado al tener su primera relación, es decir no han experimentado la primer realicen para poder cuidarse.

GRÁFICA 8



ANÁLISIS:

En esta grafica nos dice que el 100% de los adolescentes no uso ciertos métodos al tener relaciones su respuesta fue estas porque no aun tenido relaciones y un 0 % no se protegieron con condón, pastillas e inyección.

INTERPRETACIÓN:

Cómo podemos visualizar, la mayor parte de la población no han usado métodos.

GRÁFICA 9



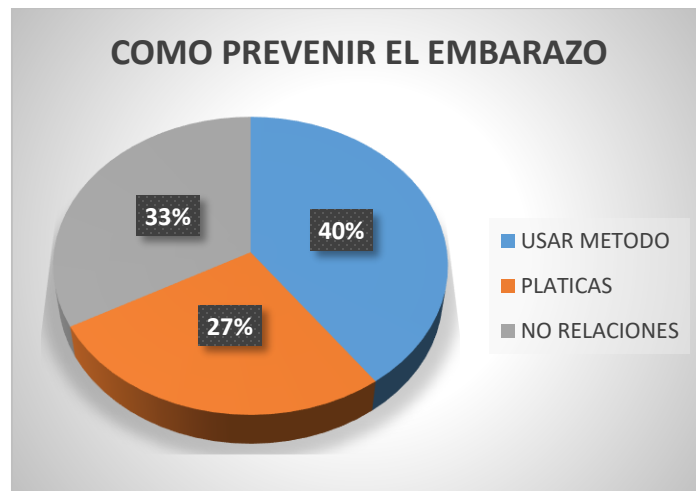
ANÁLISIS:

En esta grafica podemos ver que un mayor porcentaje de 100% si han obtenido información sobre la prevención de embarazo eso quiere decir si están informados acerca del tema y un 0% no han obtenido información.

INTERPRETACIÓN:

Lo cual nos indica que el porcentaje más alto han obtenido información sobre la prevención de embarazo.

GRÁFICA 10



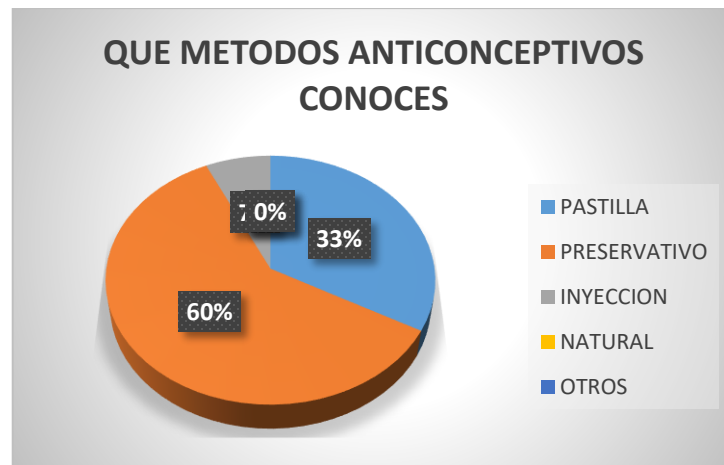
ANÁLISIS:

En gráficas nos enseña que el 40 % saben cómo prevenir el embarazo mediante el uso del método un 33% respondieron no teniendo relaciones por lo tanto el 27 %respondieron que para poder prevenir el embarazo es mediante las pláticas.

INTERPRETACIÓN:

Podemos notar con claridad que la mayor parte de la población encuestada conoce como prevenir el embarazo con los métodos y por otra parte el otro grupo no tiene ninguna relación, y finalmente el otro grupo previenen el embarazo a través de las pláticas.

GRÁFICA 11



ANÁLISIS:

La gráfica nos indica que de acuerdo con los resultados de la encuesta un 60 % conoce los preservativos, y el 33 % conoce las pastillas por lo tanto el 7 % conoce las inyecciones y el 0% corresponde a otros, y natural.

INTERPRETACIÓN:

En esta grafica podemos analizar que la mayoría de los adolescentes conocen los preservativos y que el otro grupo conocen las patillas es decir pueden prevenirse con las pastillas en cuestión de un embarazo.

GRÁFICA 12



ANALISIS:

La grafica nos indica que un 53% de los adolescentes si saben usar los métodos anticonceptivos y 47 % no saben cómo usarlos.

INTERPRETACIÓN:

En esta grafica podemos observar con estos resultados que más de la mitad de los encuestados opinan que si saben utilizar los métodos anticonceptivos, lo cual quiere decir que han recibido la información exacta de los métodos, y conocen lo básico y lo importante que son los pasos de cómo utilizarlo, por otra parte del grupo no saben utilizar métodos anticonceptivos, por falta de información o por falta de interés.

GRÁFICA 13



ANALISIS:

En la gráfica observamos como la mayor parte de los jóvenes saben porque se da un embarazo en adolescente en 47% nos contestaron que por qué no hay información y el otro 47% es por el mal uso de los métodos, por lo consiguiente un 6% por curiosidad, el 0% es tener una familia disfuncional ,bajo nivel económico, otro.

INTERPRETACIÓN:

En esta grafica vemos los siguientes resultados ya que es de gran importancia saber porque se dan los embarazos en los adolescentes, en los siguientes grupos nos muestra que el embarazo en la adolescencia se da por mal uso de los métodos y por falta de información, lo cual nos indica que no hay informaciones necesarias para poder evitar ciertos conflictos de cómo evitar un embarazo a temprana edad.

GRÁFICA 14



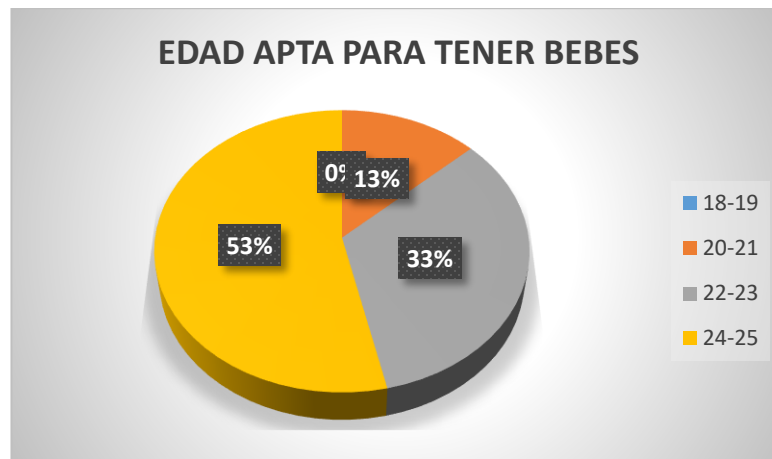
ANALISIS:

En esta grafica nos respondieron con 67% que a partir de 19 -20 es la edad adecuada para quedar embarazada y un 33% respondieron que es de 15-16 la edad para quedar embarazada por lo consiguiente un 0% respondieron que partir 17-18, 21,22.

INTERPRETACIÓN:

En esta grafica podemos analizar que hay una alta cantidad de las adolescentes que si saben la edad apta para quedar embarazada y por otro lado el siguiente grupo sabe muy poco de la edad apta para embarazarse, por lo tanto es considerable que algunas adolescentes no sepan la edad apta, debido a que se casan muy jóvenes, o por falta de información.

GRÁFICA 15



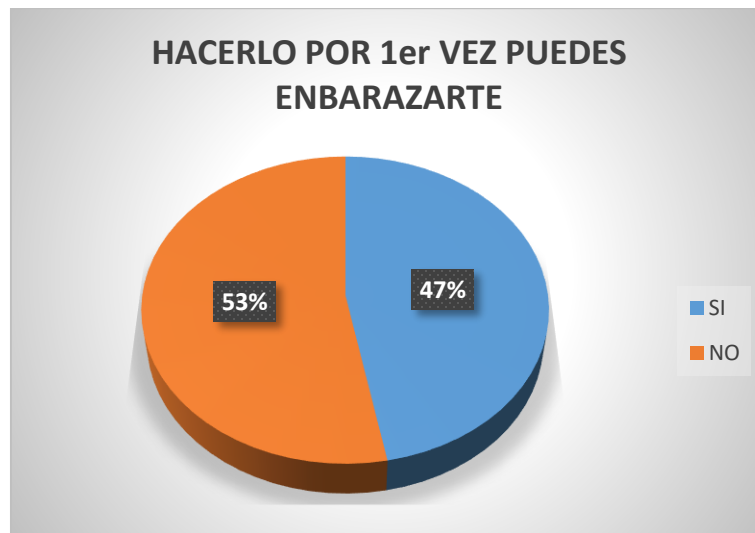
ANALISIS:

Observamos claramente que para los adolescentes la edad apta para tener bebés es de 24-25 con 53% y con 33% es a partir de los 22-23, con un 13% es 20-21 y con 0% es de 18-19.

INTERPRETACIÓN:

Los siguientes resultados nos llevan a relacionar las siguientes gráficas que nos indican que la edad apta para tener bebés es la cantidad alta, es decir la mayoría de las adolescentes opinaron que es una edad en la cual ya saben de las responsabilidades para poder tener a un bebé, por otra parte el siguiente grupo nos dice lo contrario que la edad apta es en la edad mínima por lo cual quiere decir que no están preparadas para poder tener un bebé.

GRÁFICA 16



ANÁLISIS:

Esta grafica observamos que está dividida casi en partes iguales con 53% los adolescentes respondieron que no pueden quedar embarazada al hacerlo por primera vez y con un 47 % nos respondieron que si es posible un embarazo al realizarlo por primera vez.

INTERPRETACIÓN:

Es de gran importancia este resultado ya que a través de las informaciones brindadas anteriormente podemos notar los siguientes resultados en esta grafica que está dividida en dos grupos lo cual nos indica que hacerlo por primera vez si puede quedar embarazada, las cuales están conscientes que si, por otra parte el siguiente grupo nos indica, que al tener relaciones por primera vez no pueden quedar embarazadas.

GRÁFICA 17



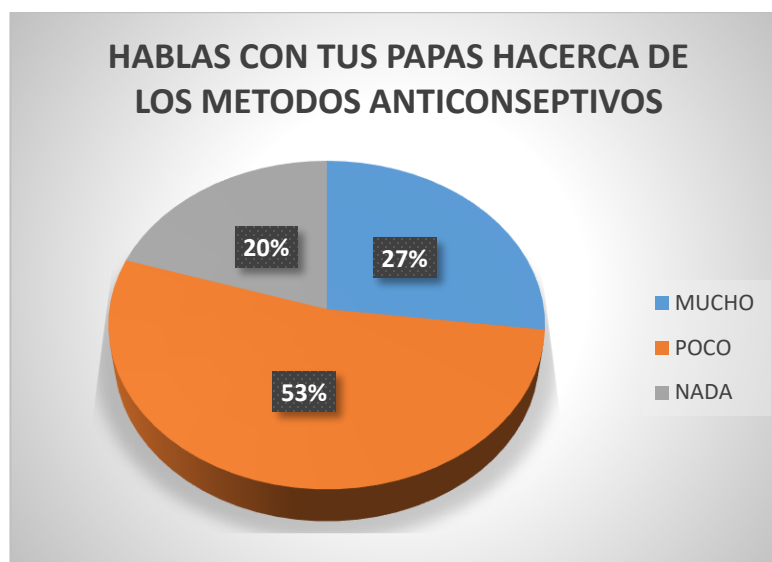
ANALISIS:

Observamos en la gráfica que con 60% los adolescentes saben las consecuencias de un embarazo prematuro y con 40 % a un no saben las consecuencias.

INTERPRETACIÓN:

En los siguientes resultados de esta grafica podemos observar que los adolescentes encuestados si saben las consecuencias del embarazó prematuro, es decir saben las consecuencias que puede tener un embarazo prematuro si no se cuidan o si no acuden a obtener informaciones , es por eso que es importante saber que consecuencias puede haber durante un embarazo y evitarlo, el siguiente grupo nos indica que no saben sobre las consecuencias de un embarazo, nuevamente podemos notar que no conocen las consecuencias de un embarazo prematuro

GRÁFICA 18



ANALISIS:

Nos damos cuenta en esta grafica que con un 53% los adolescentes hablan muy poco con sus padres acerca de los métodos anticonceptivos, con un 27% los adolescentes si logran hablar con sus padres acerca del tema dicho y con un 20% algunos adolescentes no tiene comunicación alguna acerca del tema.

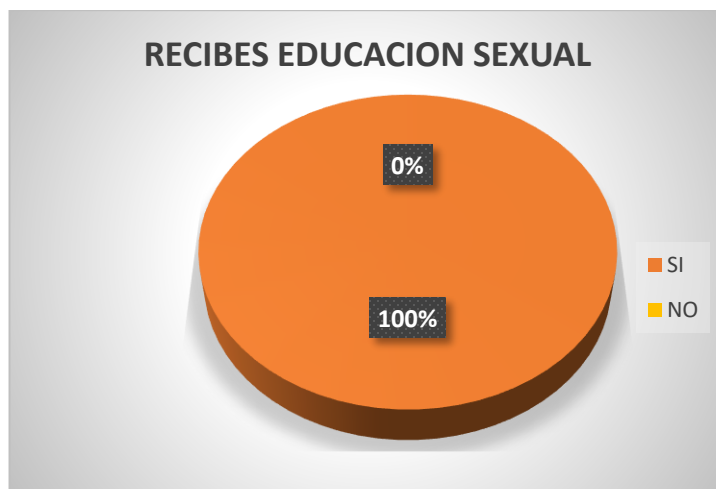
INTERPRETACIÓN:

En esta grafica podemos observar que los grupos están divididas en tres y que nos indica los siguientes resultados, la mitad de los encuestados nos indica que tienen poca comunicación con los padres acerca de los métodos anticonceptivos y por otra parte el siguiente grupo tiene poca mucha comunicación con los padres acerca de los métodos, en siguiente grupo nos indica que no tiene ninguna comunicación con sus padres acerca de los métodos anticonceptivos.

TABLA III. SALUD

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
RECIBES EDUCACIÓN SEXUAL	SI	15	100
	NO	0	0
	TOTAL	15	100%
CON QUE FRECUENCIA RECIBES PLATICA SOBRE SEXUALIDAD Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	1 VEZ AL AÑO	7	47
	CADA 6 MESES	8	53
	NUNCA	0	0
	TOTAL	15	100%
TUS AMIGOS AN TENIDO RELACIONES	SIEMPRE	0	0
	ALGUNAS VECES	1	7
	NUNCA	14	93
	TOTAL	15	100%

GRÁFICA 1



ANALISIS:

En la gráfica nos damos claramente con un 100% que si reciben educación sexual y con un 0% no reciben educación sexual.

INTERPRETACIÓN:

Esta grafica podemos notar los siguientes resultados sobre la educación sexual en los adolescentes la mayor parte de los adolescentes encuestados nos indicaron que reciben educación sexual cien por ciento, y por otra parte el otro grupo nos indica que no reciben ninguna información sexual.

GRÁFICA 2



ANALISIS:

Con un 53 % que es la mayor parte que si recibe educación sexual cada 6 meses y con 47% cada año por lo consiguiente un 0% nunca reciben platicas.

INTERPRETACIÓN:

En esta grafica podemos observar los siguientes resultados sobre las pláticas frecuentes que brindan sobre la sexualidad y métodos anticonceptivos, nos indica que un porcentaje alto recibe platicas frecuentemente en su comunidad cada cierto tiempo y la otra mitad nos indica que recibe platica una vez al año, por lo tanto el otro grupo nunca recibe platica acerca de la sexualidad y los métodos.

GRÁFICA 3



ANÁLISIS:

En esta grafica observamos que un 93% nos respondieron que sus amigos nunca han tenido relaciones y con un 7 % respondieron que algunos de sus amigos sí y con 0% respondieron que nunca.

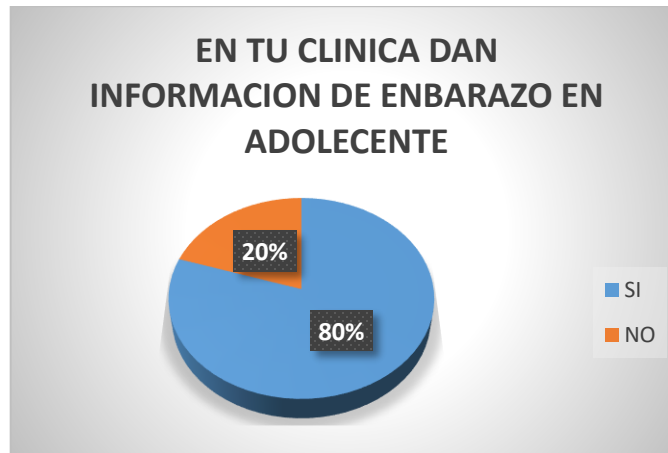
INTERPRETACIÓN:

En esta gráfica podemos ver los resultados obtenidos sobre los adolescentes encuestados, nos indica que sus amigos no han tendido relaciones nunca, y el otro grupo nos indica que algunas veces han tenido relaciones.

TABLA IV ORIGEN EDUCACIÓN SEXUAL

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
EN TU CLÍNICA DAN INFORMACIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTE	SI	12	80
	NO	3	20
	TOTAL	15	100%
CON QUE FRECUENCIA RECIBES PLATICAS DE SEXUALIDAD	1 AÑO	10	67
	6 MESES	2	13
	CADA 2 AÑOS	3	20
	NUNCA	0	0
	TOTAL	15	100%
COMO EVALÚAS LA INFORMACIÓN RECIBIDA DE EMBARAZOS Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	EXCELENTE	0	
	BUENA	7	47
	REGULAR	5	13
	MALA	3	20
	TOTAL	15	100%
EN QUE INSTITUTO RECIBES SALUD MEDICA	IMSS	15	100
	DIF	0	0
	SSA	0	0
	ISSTE	0	0
	OTRA	0	0
	TOTAL	15	100%

GRÁFICA 1



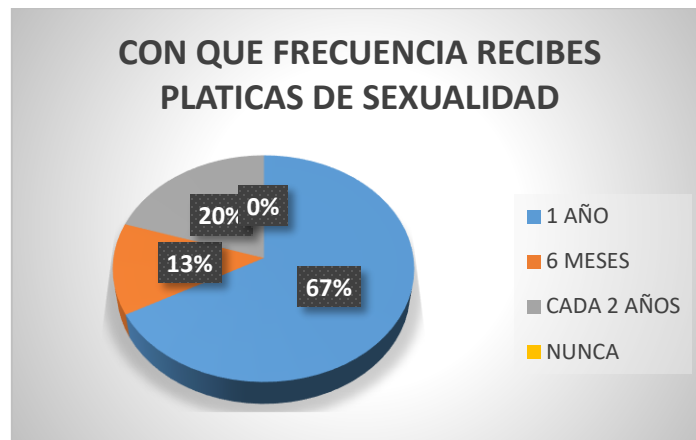
ANALISIS:

En la gráfica observamos que un 80% de los adolescentes si reciben información en su clínica acerca del embarazo en adolescentes y con un 20 % no reciben

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica podemos analizar que en los adolescentes encuestados la mayor parte recibe información acerca del embarazo en el docente en su clínica, quiere decir que cuenta con la información brindada por medio de la clínica.

GRÁFICA 2



ANALISIS:

En la gráfica nos indica que con un 67% los adolescentes en un año reciben pláticas de sexualidad y con un 20 % cada 2 años, con 13 % cada 6 meses, con 0% nunca reciben pláticas

INTERPRETACIÓN:

La gráfica nos indica los siguientes resultados sobre la frecuencia de pláticas que reciben las adolescentes encuestadas, nos da los siguientes resultados que la mayor parte del grupo reciben platica una vez al año y la otra parte del grupo nos dice que reciben platicas cada dos años, y el siguiente grupo cada seis meses, y la otra mitad nunca reciben platicas.

GRÁFICA 3



ANALISIS:

Observamos en la gráfica que con 47% se evalúan buena las informaciones recibida de embarazos y métodos anticonceptivos con 33% es regular la evaluación que hacen los adolescentes y con un 20% evaluaron que es muy mala la información dada, con un 0% respondieron que no es excelente la información que reciben.

INTERPRETACIÓN:

En estos resultados llama la atención debido a los siguientes resultados de la gráfica porque nos indica como evaluar las informaciones , es decir esta la mayor parte del grupo nos indica que reciben informaciones del embarazo y sobre los métodos anticonceptivos , por otra parte el siguiente grupo nos indica que reciben informaciones regularmente , es decir no les brindan informaciones correctas sobre el tema ya que el tema nos habla de muchos métodos de cómo prevenir los embarazos de cómo utilizar los métodos, así como también el otro grupo definitivamente tienen una mala información de los métodos anticonceptivos.

GRÁFICA 4



ANALISIS:

En la gráfica nos indica que con un 100% los adolescentes reciben salud medica en el IMMSS y con un 0% en DIF, SSA, ISSTE, OTRA.

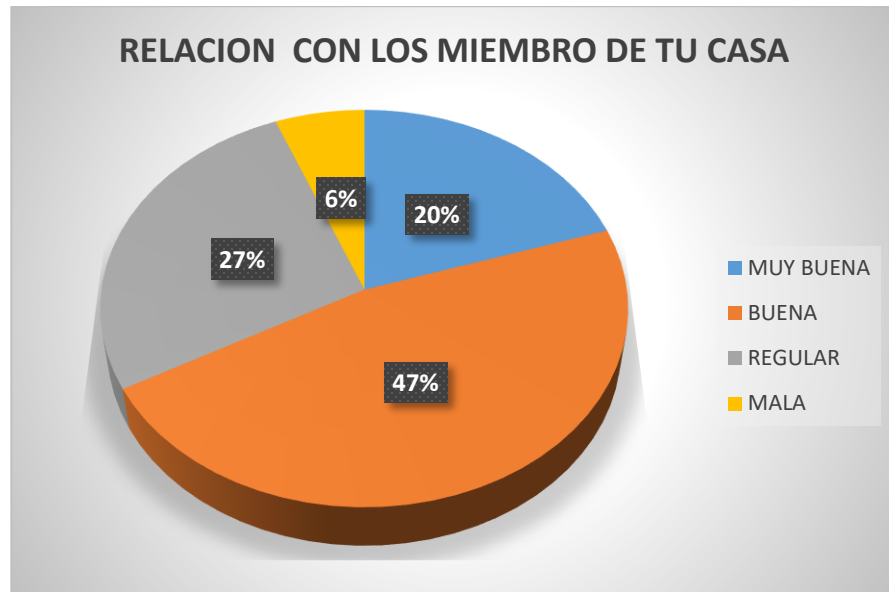
INTERPRETACIÓN:

La gráfica nos da a conocer los siguientes resultados, de los siguientes grupos , que nos indica que la mayoría de los adolescentes reciben información el imms es decir que si reciben informaciones necesarias para evitar conflictos en la adolescencia , lo cual nos dice que la otra parte no reciben informaciones por parte del isste.

TABLA IV DATOS FAMILIARES

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
RELACIÓN CON LOS MIEMBROS DE TU CASA	MUY BUENA	3	20
	BUENA	7	47
	REGULAR	4	27
	MALA	1	6
	TOTAL	15	100%
CON QUE FRECUENCIA DISCUTEN	SIEMPRE	0	0
	A VECES	10	67
	NUNCA	5	33
	TOTAL	15	100%
REGLAS EN TU CASA POR CUMPLIR	SI	15	100
	NO	0	0
	TOTAL	15	100%
TUS PADRES SABEN LO QUE HACES CUANDO SALES	SIEMPRE	5	33
	ALGUNAS VECES	10	67
	NUNCA	0	0
	TOTAL	15	100%
DE QUIEN DEPENDES ECONÓMICAMENTE	PAPAS	15	100
	ABUELOS	0	0
	TÍOS	0	0
	OTROS	0	0
	TOTAL	15	100%
VIVES CON TUS PADRES	SI	14	93
	NO	1	7
	TOTAL	15	100%
A QUIEN ACUDES CUANDO TIENES DUDAS ACERCA DE LA SEXUALIDAD	PADRES	13	87
	DOCENTES	0	0
	AMIGOS	2	13
	NOVIOS	0	0
	VECINOS	0	0
	PERSONAL DE SALUD	0	0
	TOTAL	15	100%

GRAFICA 1



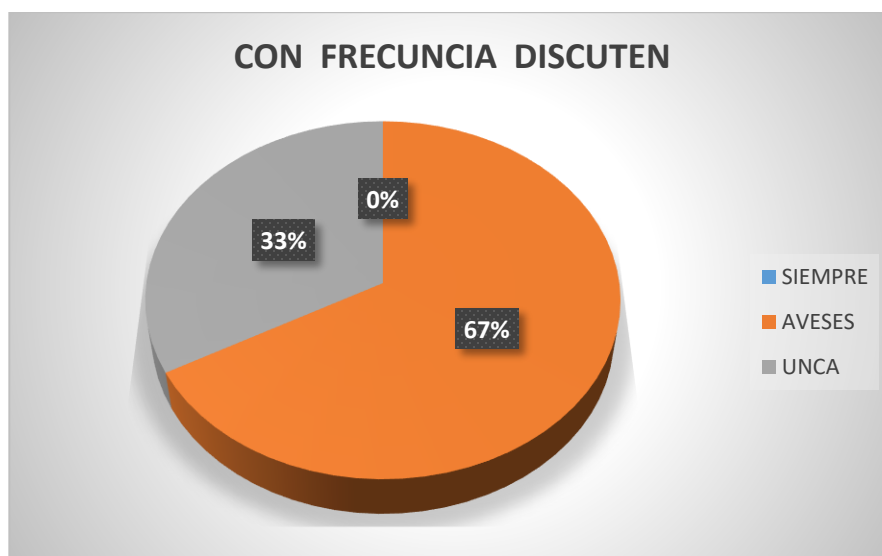
ANALISIS:

En la gráfica observamos que un 47 % los adolescentes tienen buena comunicación con los miembros de su casa, con un 27% algunos tienen regular comunicación, con 20% algunos tienen muy buena comunicación y con un 6% tiene mala comunicación.

INTERPRETACIÓN:

Es muy interesante este resultado porque nos dice qué relación tienen con los miembros de sus casa, es decir cómo funcionan en sus casa, la gráfica nos indica que la mayoría tienen buena comunicación con los miembros de su casa, que si les dan la atención necesaria, y los siguientes grupos tienen comunicación muy regularmente, es decir se tienen confianza para poder evitar ciertos detalles, el siguiente grupo nos dice que tienen relación muy buena en familia. y finalmente nos indica el resultado que tienen muy mala comunicación.

GRÁFICA 2



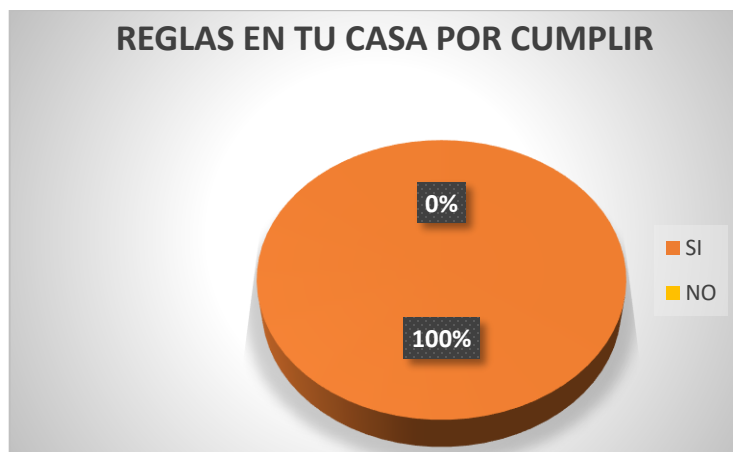
ANALISIS:

En la gráfica se observa que un 67 % a veces los jóvenes discuten con sus familiares, con 33% nunca discuten y con 0% siempre discuten.

INTERPRETACIÓN:

Podemos notar el resultado de la gráfica que nos indica, los siguientes, es decir los adolescentes encuestados nos dicen que discuten pocas veces, y que la otra mitad de los adolescentes sus familiares discuten muy poco.

GRÁFICA 3



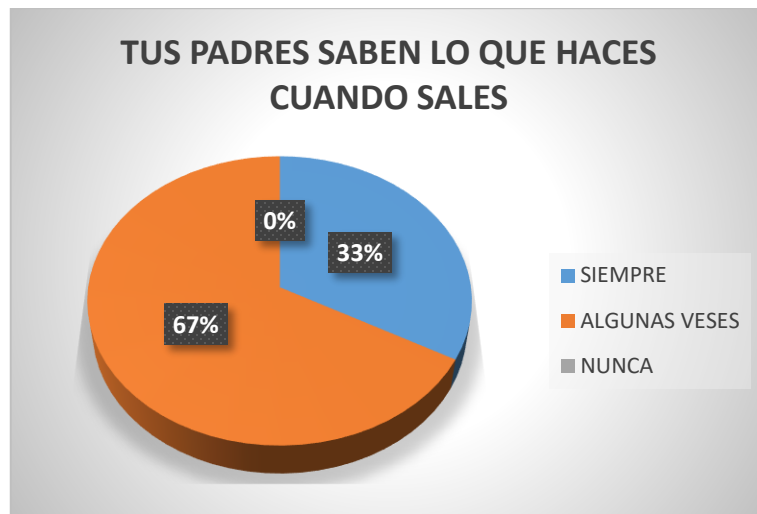
ANALISIS:

Se observa que un 100% de los adolescentes tiene reglas por cumplir en sus casas y un 0% no tienen reglas

INTERPRETACIÓN:

En este resultado podemos ver que la mayor parte de los adolescentes encuestados nos indica que si hay reglas en casa por cumplir, es decir que las reglas se tienen que respetar, y la otra mitad del grupo dice que no hay reglas en casa.

GRÁFICA 4



ANALISIS:

La gráfica nos indica que con 67% los padres algunas veces saben lo que hacen cuando salen y con 33% los padres no saben lo que hacen cuando salen con un 0% nunca saben lo que hacen.

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica podemos analizar que algunas veces los padres saben lo que hacen y por otro lado nos indica que siempre saben lo que realizan los adolescentes durante el día.

GRÁFICA 5



ANALISIS:

Con un 100% que nos indica la gráfica nos dice que todo depende de sus padres y un 0% de abuelos, tíos y otros.

INTERPRETACIÓN:

En esta grafica nos lleva a observar que la mayor parte de los adolescentes dependen aun de sus padres economicamente es decir no cuentan con ningún empleo, para poder dependerse de sí mismo.

GRÁFICA 6



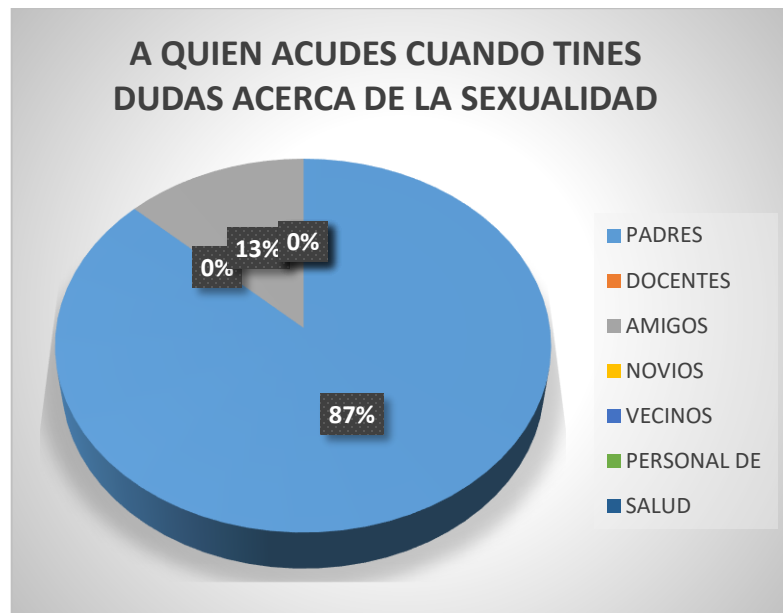
ANALISIS:

Con un 93 % que nos muestra la gráfica nos dice que si viven con sus padres y con un 7% que no viven con ellos.

INTERPRETACION:

En los siguientes datos de la gráfica nos indica que la mayor parte de los adolescentes viven aun con sus padres lo cual nos indica que aún son responsables de sí mismo, aun no cuentan con independizarse.

GRÁFICA 7



ANALISIS:

De acuerdo a la gráfica nos indica que con un 87% acuden a sus padres para que les aclaren sus dudas acerca de la sexualidad y con un 13% acuden con amigos, lo demás corresponde a un 0%.

INTERPRETACION:

Con los resultados de esta grafica podemos observar lo siguiente, la mayor parte de los adolescentes acuden a los padres, es decir que hay una confianza familiar, y el otro grupo dice lo contrario que es mejor acudir con los amigos.

SUGERENCIAS

A los adolescentes:

Tomar conciencia del uso de métodos anticonceptivos al tener relaciones sexuales, para evitar las enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

A la institución educativa:

Darles pláticas relacionadas con la sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos por lo menos cada tres meses y mediante actividades donde ellos aprendan a utilizar los diferentes métodos anticonceptivos.

A los padres de Familia:

Que ellos conversen más con sus hijos acerca de sexualidad y métodos anticonceptivos, considerando que es en casa donde se adquiere mejor información y más confiable.

A la institución de salud:

Creemos que la educación en las instituciones de salud, es de atención básica, es uno de los principales elementos de promoción e prevención, porque son los profesionales quienes conocen mejor estos temas nos referimos al uso de métodos anticonceptivos para prevenir los embarazos no deseados, mediante las pláticas a los jóvenes se puede hacer que ellos eviten tener hijos a temprana edad, siendo así más fácil hacer una intervención positiva en los jóvenes.

PROPUESTA

Contribuir a la prevención del embarazo adolescente por medio de la Sensibilización del Embarazo adolescente: tiene como principal objetivo: fortalecer los conocimientos, actitudes y prácticas de las y los adolescentes, familias y comunidad para la prevención del embarazo adolescente a través de acciones de servicios de prevención y atención articulados por los actores locales.

Las acciones son las siguientes:

- Campaña de Información y sensibilización para la prevención del Embarazo
- Programa Adolescentes para el Desarrollo
- Fortalecimiento de competencias parentales de padres, madres y tutores.
- Fortalecimiento de conocimientos, actitudes y prácticas de líderes Comunitarios para la prevención del Embarazo Adolescente.

CONCLUSIONES

Las hipótesis de esta investigación fue a mayor prevención, menor riesgo de embarazos no deseados en adolescentes.

Los datos obtenidos en esta investigación nos arrojaron que las hipótesis si se cumplieron porque en la observación nos pudimos dar cuenta que los adolescentes no tienen la información suficiente y si la tienen no es fruentemente, lo cual los lleva a tener embarazos no deseados.

Por otro lado ya con los datos obtenidos de las encuestas realizadas a los adolescentes nos arrojaron que los índices de embarazos no deseados en los adolescentes no son tan altos esto debido a que en el resultado de la gráfica # 1 se observa que las mayoría de los adolescentes tiene la edad de 14 años de edad, la cual es una etapa de mayor riesgo para tener un embarazo no deseado.

Los datos obtenidos en la gráfica # 2 arrojo que hay mayoría de hombres, pero que la prevención se debe hacer en ambos sexos mediante los métodos anticonceptivos para evitar que los adolescentes tengan un embarazo no deseado.

Según los datos obtenidos en la gráfica # 4 nos da a entender que los adolescentes reciben información de varios medios, pero muy poco de su institución de salud, es por ello que las instituciones de salud deben dar más prevención y platicas de los métodos anticonceptivos y embarazos no deseados para que ellos no cometan el error de tener hijos a temprana edad.

En la gráfica # 7 se arroja que la mayoría de los adolescentes no han tenido relaciones sexuales, con lo cual se debe hacer mayor prevención dando pláticas en las escuelas y los centros de salud así de esa manera evitar embarazos adolescentes.

La gráfica # 11 nos arrojó que los jóvenes si reciben información de embarazos no deseados y métodos anticonceptivos, con lo cual se hace mayor prevención en los adolescentes y evitar un embarazos a temprana edad.

En la gráfica # 14 nos arrojó que los adolescentes no conocen el uso de los métodos anticonceptivos, esto implica un riesgo para los adolescentes, lo cual ellos no podrán protegerse y evitar los embarazos a temprana edad.

Según la gráfica # 15 nos da a entender que no hay suficiente información o hay información distorsionada, lo cual indica que los adolescentes tienden a tener embarazos a temprana edad.

La grafica # 16 arrojó que los jóvenes no conocen la edad ideal para iniciar su vida sexual activa, por lo cual ellos tienden a iniciar a tener relaciones a muy temprana edad y mayor riesgo de un embarazo prematuro.

En la gráfica # 17 nos arrojó que los jóvenes no saben la edad para tener un bebe, esto puede hacer que los adolescentes tengas hijos a muy temprana edad.

En la gráfica # 18 nos da a entender que los adolescentes tienen una idea errónea con respecto a que no se puede quedar embarazada en la primera relación, lo cual las hace más propensas a tener un embarazo no deseado.

En la gráfica # 22 nos arrojó que los adolescentes reciben información pero no frecuentemente, lo cual nos indica que los jóvenes necesitan recibir más información para poder prevenir los embarazos a temprana edad.

En la gráfica # 27 arrojó que en los hogares de los adolescentes frecuentemente hay discusiones, lo cual hace que los adolescentes estén vulnerables a caer en problemas entre ellos embarazos a temprana edad.

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar José, Mayén Beatriz, 1999, "Métodos anticonceptivos para adolescente", México, 344 p.

Alonso Luis Lorena, 2014, "Educación sexual para la prevención de embarazos en adolescentes en la comunidad foral de navarra", UPNA, España, 55 p.

Bunge Arturo (1969), "Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa, guía didáctica", Universidad Sur Colombiana, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Neiva, pp. 1-226.

Cazau, Pablo, (2006) "Introducción a las ciencias sociales" Tercera Edición, Buenos Aires. (PP.194)

Cortés Manuel e Iglesias Miriam (2004), "Generalidades de la Investigación" Universidad Autónoma Del Carmen, México. pp. 1-105.

Canaval Gladys Eugenia, Cerquera Gloria Inés, Hurtado Nubia, Lozano Jairo, 2006, "Salud de los adolescentes y regulación de la fecundidad", Colombia, 35 p.

Della Mora Marcelo, Landoni Alejandra, 2003, "Uso de métodos anticonceptivos e información sexual en relación con los antecedentes de aborto en una

muestra de adolescentes embarazadas de 13 a 18 años”, Redalyc, argentina, 10 p.

Dr. Gutiérrez Ramos Miguel, 2010, “Hemorragias en el embarazo”, 9 p.

Dra. Osorio Rodríguez Adriana, Dr. Álvarez Mora Alejandro, 2004, “Introducción a la salud Familiar”, Costa Rica, 69 p.

El Gobierno del Estado de Chiapas, Instituto de Salud, 2011, “Análisis funcional de la cuenta pública: Programa de salud reproductiva”, Secretaria de Salud, Gobierno del Estado de Chiapas, México, 53 p.

El Gobierno Federal, SEGOB, Vivir Mejor, Consejo Nacional de Población (CONAPO), Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2011, “Perfiles de Salud Reproductiva Chiapas”, IAG en Color, S.A. de C.V., México, 91 p.

Eslava Albarracín Daniel Gonzalo, Sandra Viviana Rodríguez, 2008, “Estamos muy jóvenes para tener hijos”, Colombia, 132 p.

Fundación de gerencia social y Beltrán Molina Luz, 2006, “embarazo en adolescentes”. Venezuela, 7 p.

Gamboa Montejano Claudia, Valdés Robledo Sandra, 2013, “El embarazo en adolescentes”, México, 154 p.

Gómez Zapiain Javier, 2012, “Riesgo de embarazo no deseado en la adolescencia y juventud”, EMAKUNDE/Emakumearen, 117 p.

La Organización Mundial de la Salud Y la UNFPA, 2012, “Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias”, Suiza, 8 p.

La Secretaría de Salud y Dirección General de Salud Reproductiva, 2002, “La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar”, México, ISBN, 108 p.

La Secretaría de Salud y Dirección General de Salud Reproductiva, 2002, “Prevención del embarazo no planeado en la adolescencia” México, ISBN, 132 p.

La Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, 2002, “Introducción a los métodos anticonceptivos: información general”, ISBN, México, 81 p.

La Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, 2002, “Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes”, México, ISBN, 130 p.

Langer Ana, 2002, “El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe”, México, 205 p.

Lillo Espinosa José Luis, 2004, “Crecimiento y comportamiento en la adolescencia”, España, Redalyc, 71 p.

Maroto de Agustín Alicia, Moreno Bueno Ángeles, Rubio Moreno Mar, Ortiz Valle Cristina y Escobar Rabadán Francisco, 1998, “Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por la población femenina de una zona de salud”, Rev Esp Salud Pública, España, 559 p.

Ministerio de Sanidad, 2012, “Educación sexual para la prevención de embarazos en adolescentes”, 55 p.

Ministerio de sanidad, 2012, “Educación sexual para la prevención de embarazos en adolescentes”, 55 p.

Mora Cancino Ana María y Hernández Valencia Marcelino, 2015, “embarazo en la adolescencia” México, 301 p.

Ponce Malaver Moisés, 2015, “Desarrollo normal del adolescente”, Perú, EMP, 12 p.

Sam Soto Selene, Osorio Caballero Mauricio, Rodríguez Guerrero Rosa Estela, Pérez Ramírez Norma Paulina, 2014, "Comportamiento sexual y anticoncepción en la adolescencia", México, INP, 498 p.

Velázquez Cortés Suhail, s/f, "Programa Institucional Actividades de Educación para una vida Saludable", México, SUV, 12 p.

Vélez Arango Alba Lucía, 2012, "El embarazo en el adolescente: una visión desde la dimensión emocional y la salud pública, revista cuidarte, Colombia, 403 p.

Vilchis Dávila Erika, de Lucio Alvarado Mayra, Olivos Rubio Micaela, 2014 "Factores que influyen en el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de una comunidad mexiquense", México, 45 p.

ANEXOS



ENCUESTA ENTREGADA A LA MUESTRA

CUESTIONARIO

Fecha: _____

N° de cuestionario: 9

Instrucciones: Este cuestionario tiene como propósito investigar el conocimiento que poseen las y los adolescentes en cuanto al tema de embarazos no deseados. El objetivo es obtener datos confiables por lo que es importante que lea cuidadosamente cada pregunta y responda con honestidad.

Esta información será sumamente confidencial.

I. DATOS PERSONALES

1. Edad: 16
2. Sexo: M F
3. Escolaridad: cobach

II. EDUCACIÓN SEXUAL

4. ¿Qué sabes sobre embarazo en edad adolescente?

que es riesgoso

5. ¿De dónde obtuviste la información?

- a) Televisión
- b) Mi Familia
- c) Internet
- d) Amigos
- e) escuela
- f) Otro _____

CUESTIONARIO

Fecha: _____

N° de cuestionario: 9

Instrucciones: Este cuestionario tiene como propósito investigar el conocimiento que poseen las y los adolescentes en cuanto al tema de embarazos no deseados. El objetivo es obtener datos confiables por lo que es importante que lea cuidadosamente cada pregunta y responda con honestidad.

Esta información será sumamente confidencial.

I. DATOS PERSONALES

1. Edad: 16
2. Sexo: M F
3. Escolaridad: cobach

II. EDUCACIÓN SEXUAL

4. ¿Qué sabes sobre embarazo en edad adolescente?

que es riesgoso

5. ¿De dónde obtuviste la información?

- a) Televisión
- b) Mi Familia
- c) Internet
- d) Amigos
- e) escuela
- f) Otro _____

13. ¿Cómo se puede prevenir un embarazo adolescente?

usando condones

14. ¿Qué métodos anticonceptivos conoces?

- a) Pastillas
- b) Preservativo
- c) Dispositivo Intrauterino
- d) Inyectables
- e) Natural
- f) Otros

15. ¿Sabe utilizar los métodos anticonceptivos?

- a) Si ¿Cuál? *condon*
- b) No

16. ¿Por qué crees que se dan los embarazos en las adolescentes?

- a) Mal uso de los métodos anticonceptivos
- b) Falta o distorsión de la información
- c) Que tengan una Familia disfuncional
- d) Bajo nivel económico
- e) No hay información
- f) Por curiosidad
- g) Por amor
- h) Otro

17. ¿Sabe cuál es la edad en que la mujer está apta y preparada para iniciar las relaciones sexuales? *20*

- a) Si ¿A qué edad?

b) No

18. ¿Sabe cuál es la edad en que la mujer está apta y preparada para tener un bebé?

a) Si ¿A qué edad? 22

b) No

19. ¿Crees que si tienes relaciones sexuales por primera vez es difícil quedar embarazada?

a) Si

b) No

20. ¿Conoces las consecuencias que puede tener un embarazo prematuro?

a) Si

b) No

21. ¿Tus padres te han hablado acerca de los métodos anticonceptivos?

a) Si

b) No

III. ESCUELA

22. ¿Recibes educación sobre sexualidad en tu escuela?

a) Si

b) No

23. ¿Con qué frecuencia recibes pláticas sobre sexualidad, métodos anticonceptivos?

a) 1 vez al año

- b) Cada 6 meses
- c) 1 vez al mes
- d) Nunca

24. ¿Tus amigas ya han tenido relaciones sexuales?

- a) Siempre
- b) Algunas veces
- c) Nunca

IV. SALUD

25. ¿En tu clínica has recibido pláticas de prevención de embarazos no deseados y de métodos anticonceptivos?

- a) Si
- b) No

26. ¿Con qué frecuencia recibes pláticas sobre sexualidad, métodos anticonceptivos en la clínica de salud?

- a) 1 vez al año
- b) Cada 6 meses
- c) 1 vez al mes
- d) Cada dos meses
- e) Nunca

27. ¿Cómo evalúas la información recibida acerca de los métodos anticonceptivos?

- a) Excelente
- b) Buena
- c) Regular
- d) Mala

e) Nula

28. ¿En qué Institución recibes atención médica?

a) IMSS

b) DIF

c) SSA

d) ISSTE

e) Otra

f) Ninguna

V. DATOS FAMILIARES

29. ¿relación con los miembros de tu casa?

a) Buena comunicación

b) No hablamos mucho

c) No hay comunicación

30. ¿Con qué frecuencia discuten en tu casa?

a) Siempre

b) A veces

c) Nunca

31. ¿Hay reglas en tu casa que tienes que cumplir?

a) Si

b) No

32. ¿Tus padres saben lo que haces cuando no estás en casa?

a) Siempre

b) Algunas veces

c) Nunca

33. ¿De quién dependes económicamente?

- a) Papas
- b) Hermanos
- c) Tíos
- d) Abuelos
- e) Otro

34. ¿Vive con sus padres?

- a) Si
- b) No

35. ¿Recibe apoyo y aceptación de su Familia durante la infancia y adolescencia?

- a) Si
- b) No

36. ¿A quien acude cuando tiene alguna duda acerca de la sexualidad?

- a) Padres
- b) Docentes
- c) Amigos
- d) Novio
- e) Conocidos
- f) Personal de salud

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

TRÍPTICO ENTREGADO A LA MUESTRA

Los niños que nacen a causa de embarazos precoces suelen presentar diferentes problemas físicos y también corren el riesgo de presentar problemas psicológicos y sociales a causa de la poca preparación mental de la madre. Los problemas más comunes en los niños son:

- Deformaciones congénitas y problemas durante el desarrollo: Esto es debido a que la madre, al no haber alcanzado su madurez sexual, no puede darle al niño todo lo que necesita para formarse completamente. En otros casos, el niño muere al nacer o no llega al año de vida.
- Complicaciones durante el parto: Al no estar el cuerpo de la madre desarrollado para quedarse embarazada un embarazo, los partos de adolescentes suelen tener muchas complicaciones, lo que puede dejar graves secuelas a los niños.

Los médicos, enfermeros y otros proveedores de atención médica pueden:

- Instar a las adolescentes a no tener relaciones sexuales.
- Reconocer a los LARC como una opción segura y eficaz de anticoncepción para las adolescentes sexualmente activas.
- Ofrecer a las adolescentes una amplia gama de opciones de anticoncepción, incluidos los LARC, y hablar sobre las ventajas y desventajas de cada una.
- Hacer capacitación sobre cómo colocar y retirar los LARC, tener suministros de estos dispositivos disponibles y explorar las opciones de financiamiento para cubrir el costo.

Recordar a las adolescentes que con solo tener un LARC no están protegidas contra las enfermedades de transmisión sexual y que se debe usar también un condón cada vez que tengan relaciones sexuales.

Prevención de embarazo en las adolescentes



Los embarazos en la adolescencia tienen riesgos adicionales de salud tanto para la madre como para el bebé. Con frecuencia, las adolescentes no reciben cuidados prenatales a tiempo, lo que puede provocar problemas posteriores. Tienen mayor riesgo de hipertensión arterial y sus complicaciones.

Dos de las principales causas del embarazo en la adolescencia están directamente relacionadas con el nivel de vida y la pobreza de los habitantes de un país, son: Relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos, o un uso erróneo o equivocado de los mismos.

Al producirse el embarazo durante la etapa de adolescencia, la niña es fértil pero se encuentra experimentando los cambios hormonales naturales de esta etapa, es decir, aún no está desarrollada, lo que puede traer graves consecuencias tanto para el niño como para la madre.



Las causas de que se produzcan embarazos a estas edades no responden a un criterio común, sino que depende mucho de la cultura, la educación, el entorno o los avances médicos de cada país.

En algunos territorios se permite y se fomenta el matrimonio en edades muy tempranas, casi siempre cuando la niña se encuentra en su etapa adolescente; además, en muchas culturas la fertilidad de las niñas es uno de los valores más importantes.

En los territorios donde no predominan o son ilegales los matrimonios con menores de edad, la principal causa de embarazo adolescente responde a que los jóvenes mantienen relaciones sexuales sin utilizar anticonceptivos, lo que en las sociedades occidentales se conoce como embarazos no deseados.