





Delegación Veracruz Norte

Hospital General de Zona No. 24/UMF No. 73

Poza Rica, Veracruz

**“FACTORES PSICOSOCIALES QUE LLEVAN AL EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES ENTRE 15 Y 20 AÑOS EN LA UMF 73”**

**Tesis para obtener el grado de especialista en Medicina Familiar**

**Presenta:**

**Dra. Raquel Guerra Vázquez**

**Asesor:**

***Dr. Víctor Espinoza Bastian GyO***

drespinoza\_bastian@hotmail.com

***Lic. Mario Caudana Psicólogo***

mario.caudana@yahoo.com.mx

## **Agradecimientos**

Papas gracias por estar siempre a mi lado apoyándome, dándome ánimos para seguir adelante y alcanzar mis metas, gracias por estar en todo momento echándome porras, por aguantar y entender mi lejanía, por entender que mi carrera es egoísta y muy celosa, por perdonarme todos esos momentos importantes en los que no pude estar presente, gracias por ser ustedes y por ser como son, los mejores padres del mundo.

Hermano y cuñada gracias por estar siempre ahí con el corazón, por las comidas de aliento, gracias hermano por estar siempre pendiente de mi.

A mi familia, por ser tan unida, chiquita pero unida, gracias por esos abrazos por esos mensajes por las fotos, las llamadas, las comidas, gracias porque nunca me dejaron caer, gracias por confiar en mí, desgraciadamente en este camino se quedaron personas muy importantes pero no se fueron solo están arriba y desde ahí sigo sintiendo su apoyo.

A mis amigos porque siempre estuvieron ahí, porque los buenos amigos no desaparecen y permanecen a pesar de la distancia. A mis familias chiquitas y disfuncionales gracias por ser mi sostén, ese apoyo mutuo, gracias por esas noches de desestres, por las palabras de aliento, por llorar conmigo cuando extrañaba, por levantarme cuando me caía, por ese empujón cuando decía ya no puedo más. Gracias porque son parte importante de que yo haya logrado terminar esta carrera.

A mis asesores y a todas las personas que cooperaron en la realización de este trabajo de investigación.

A ti mi persona especial, gracias por todo, por tu apoyo, por tu entendimiento, por compartirme con esta carrera tan difícil, gracias por tratar de entenderla a pesar de que es ajena a tu estilo de vida, gracias por ese “ya vamos por menos” gracias por entender todos esas veces en que no podía estar, en que anteponía a mis pacientes, gracias por escucharme gritar llorar pelear por tanta carga de trabajo, tu apoyo es algo muy importante para mí, siempre ayudándome a levantar la mirada y ver el hermoso futuro que tenemos por delante.

Y principalmente gracias a Dios por guiarme por este camino, por el buen camino, gracias por permitirme llegar a esta etapa tan importante de mi vida, gracias por llenarme de fe a diario y alentarme a seguir, gracias por darme la vida y a tanta gente que no ha hecho nada más que desvivirse por mi y por apoyarme

GRACIAS



**Delegación Veracruz Norte**

**Hospital General de Zona No. 24/UMF No. 73**

**Poza Rica, Veracruz**

**“FACTORES PSICOSOCIALES QUE LLEVAN AL EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES ENTRE 15 Y 20 AÑOS EN LA UMF 73”**

**Tesis para obtener el grado de especialista en Medicina Familiar**

**Presenta:**

**Dra. Raquel Guerra Vázquez**

**Asesor:**

***Dr. Víctor Espinoza Bastian GyO***

*drespinoza\_bastian@hotmail.com*

***Lic. Mario Caudana Psicólogo***

*mario.caudana@yahoo.com.mx*

Poza Rica, Veracruz, México

Febrero 2014

Folio F20133005- 7

## Índice

Resumen	.....	6
Abstract	.....	7
Marco Teórico	.....	8
Metodología	.....	12
Resultados	.....	14
Discusión	.....	26
Conclusión	.....	28
Anexos	.....	29
Bibliografía	.....	37

## Resumen

### “FACTORES PSICOSOCIALES QUE LLEVAN AL EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES ENTRE 15 Y 20 AÑOS.”

*Guerra Vázquez R, Espinoza Bastian V, Caudana Gonzalez M*

**Resumen:** El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia.

**Objetivo:** Identificar si los factores psicosociales están relacionados a los embarazos precoces.

**Métodos y materiales:** Encuestas del tipo transversal, prospectivo observacional y descriptivo.

Este estudio se llevara a cabo durante el periodo comprendido de marzo del 2012 a diciembre del 2012 en el IMSS Unidad de Medicina Familiar no. 73 en el área de consulta externa durante el turno matutino exclusivamente, mediante la aplicación de una encuesta comprendiendo el APGAR familiar y el FACES.

**Resultados:** De la muestra de 22 entrevistadas, se destaca un 41% de 15 años de edad, un 68% católica, un 22% con preparatoria completa, un 32% con nivel socioeconómico medio alto, un 36% con una familia moderadamente disfuncional, un 36% de ellas son estudiantes y un 23% tiene una familia no relacionada-flexible.

**Conclusiones:** Consideramos importante poder identificar cuáles son los principales factores de riesgo que aumentan la prevalencia de dicha condición, para así poder desarrollar estrategias destinadas a abordar la situación, tanto con medidas de prevención primaria, como secundarias. En el país se han desarrollado programas destinados a mejorar la educación sexual de los jóvenes, sin embargo, consideramos importante la realización de un mayor número de programas y de masificar su difusión e implementación para así poder lograr avances en la problemática actual del tema.

**Palabras claves:** Factores Psicosociales, Embarazo adolescente.

## Abstract

### "PSYCHOSOCIAL FACTORS LEADING TO TEENS EARLY PREGNANCY IN BETWEEN 15 AND 20 YEARS."

*Guerra Vázquez R, Espinoza Bastian V, Caudana M*

**Summary:** Teenage pregnancy has become a major public health problem, because they are basically cultural conditions which have led to a considerable increase in its prevailing.

**Objective:** To identify whether psychosocial factors are related to early pregnancies.

**Methods and Materials:** Surveys transversal, prospective observational and descriptive. This study was carried out during the period March 2012 to December 2012 at the IMSS Family Medicine Unit no. 73 in the outpatient area during the morning shift only through the application of a survey comprising family APGAR and FACES.

**Results:** Of the sample of 22 respondents, 41% highlighted 15 years of age, 68% Catholic, 22% with complete high school, 32% with medium and high socioeconomic level, 36% with a moderately dysfunctional family, 36 % are students and 23% have a flexible family-unrelated.

**Conclusions:** We consider it important to identify the main risk factors that increase the prevalence of this condition, in order to develop strategies to address the situation, both primary prevention measures, as are secondary. In the country have developed programs to improve the sexual education of young people, however, important to consider the realization of a greater number of programs and provide widespread dissemination and implementation in order to achieve progress in the current issue of the topic.

**Keywords:** Psychosocial Factors, Teen Pregnancy.

## MARCO TEORICO

Embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: la pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia.

La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. [1] [2] La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, [3] provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos. [4]

En general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen.[5]

La edad media del período de la menarquía (primera menstruación) se sitúa en los 11 años, [6] aunque esta cifra varía según el origen étnico [7] y el peso. El promedio de edad de la menarquía ha disminuido y continúa haciéndolo. [8] El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales.

Las adolescentes embarazadas además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada deben enfrentarse, a priori, con una mayor desprotección, con mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica, de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social de la adolescente embarazada.

En los países desarrollados [9] los datos de estos embarazos confirman una relación con los niveles educativos más bajos, las mayores tasas de pobreza, y otras situaciones de inestabilidad familiar y social. [10]

El embarazo adolescente en los países desarrollados se produce por lo general fuera del matrimonio y conlleva un estigma social en muchas comunidades y culturas. Por estas razones se realizan estudios y campañas con el objeto de conocer las causas y limitar el número de embarazos de adolescentes. [11]

En países considerados en desarrollo o subdesarrollados y en particular en ciertas culturas, el embarazo adolescente se produce generalmente dentro del matrimonio y no implica un estigma social. La percepción social de este tipo de embarazo varía de unas sociedades a otras e implica un debate profundo sobre aspectos del comportamiento, tanto biológicos como culturales relacionados con el embarazo. [12]



Ante esta problemática la Secretaría de Salud convocó en noviembre de 1993 a una reunión en la que organismos públicos, privados, nacionales e internacionales, aportaron sus experiencias en el trabajo con la población adolescente. El resultado de dicha reunión fue la “Declaración de Monterrey”, que sentó las bases para iniciar un programa nacional de salud de los/las adolescentes. En julio de 1994 el sector salud dio inicio a un programa de cobertura nacional con el lema “En Buen Plan... Planifiquen”, con la misión de propiciar y proteger el derecho de la población adolescente a la información, comunicación y servicios de salud con una visión integral, priorizando la salud sexual y reproductiva de este grupo etéreo. El impacto de las acciones realizadas por el sector público y la sociedad civil organizada en materia de salud sexual y reproductiva para la población adolescente, se reflejó en el incremento en el uso de métodos anticonceptivos entre las adolescentes unidas. Mientras que en 1997 el empleo de métodos anticonceptivos en las adolescentes unidas era de 44.9%, para 2002 se elevó a 48.8%.

Como resultado del incremento en el uso de métodos anticonceptivos, a lo largo de los últimos cinco años disminuyó el número de nacimientos en madres adolescentes. De haberse mantenido la fecundidad de los años setenta, en el 2000 hubieran ocurrido poco más de un millón de nacimientos de madres adolescentes en lugar de los 366 000 que se presentaron.

La diversidad de problemas de salud, sociales y de seguridad relacionados con la actividad sexual, justifican la importancia de crear programas educativo preventivos que se complementen con la protección y asistencia, en los que no solamente se incluya a la población objetivo: los adolescentes, sino también a los padres de familia, la pareja de él o la adolescente, a los maestros y a la comunidad en general, respetando sus valores y las normas sociales imperantes. A pesar de los avances logrados en salud sexual y reproductiva, aún es elevado el número de embarazos no planeados que ocurren en la población adolescente, esto representa un desafío para el país. Es fundamental para el personal que participa en la atención a los/las adolescentes contar con recursos teórico-prácticos que le permitan realizar acciones preventivas acordes a las necesidades particulares de dicha población.

Por tal motivo, la Dirección General de Salud Reproductiva elaboró este material como apoyo para la capacitación en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, a fin de mejorar la calidad de la atención que se otorga a través de los servicios amigables para adolescentes y lograr mayor impacto con las acciones de prevención. En este sentido se exponen las causas y consecuencias del embarazo no planeado y se proporcionan conceptos básicos para el empleo de recursos anticonceptivos y el desarrollo de actividades educativas y estrategias de prevención, con la finalidad de que el personal operativo refuerce los aspectos educativos y de servicio.

Cuando dispongamos de servicios de salud accesibles y específicos, con personal ampliamente capacitado con actitudes positivas a favor de la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes; lograremos fomentar en ellos(as) una cultura de salud y disminuir los embarazos no planeados y otros problemas asociados a la conducta sexual de este grupo etéreo.

Cada año en México, cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, lo que equivale al 27.6 por ciento del total, informó la especialista Huliara Romo Huerta.

La coordinadora del Centro de Atención a Adolescentes Embarazadas del Hospital Civil “Dr. Juan I. Menchaca”, afirmó que a nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo un impedimento para mejorar las condiciones educativas, económicas y sociales de la mujer.

En el marco del Tercer Curso de Prevención y Atención del Embarazo en Adolescentes, organizado por dicho nosocomio, recalcó que muchas veces las adolescentes ven su vida menguada por una maternidad precoz y en ocasiones por un matrimonio no planeado. Subrayó que estas circunstancias limitan las oportunidades de educación y empleo; dichas adolescentes tienen rangos de edades que van de los 10 hasta los 19 años, predominando el grupo de 17 a 19 años. Comentó que el embarazo en la adolescencia implica un alto riesgo para la madre y su hijo, reportándose las complicaciones relacionadas con el embarazo entre las principales causas de muerte materno-perinatal en el país.

La relación entre disfunción familiar y escasa comunicación familiar y embarazo precoz en adolescentes ha sido ampliamente demostrada. Además se ha demostrado que la calidad de interacción del adolescente con la familia es uno de los factores protectores más importantes para el inicio de la actividad sexual precoz como para otras conductas de riesgo.

La frecuencia de inicio precoz de actividad sexual se correlaciona con el antecedente de embarazo adolescente de la madre, divorcios y nuevos matrimonios de la madre.

El problema de inicio temprano de las relaciones sexuales en los adolescentes sin el debido conocimiento acerca del tema, se ha generalizado en el mundo de hoy y nuestro país a pesar del sistema de salud con que se cuenta, no está exento. Para algunos autores el papel de los medios masivos de difusión es trascendental en la incitación al inicio sexual precoz de los adolescentes.

Las características sociodemográficas de este grupo de pacientes juegan un rol importante en los resultados finales de la gestación, ya que por ser menores de edad dependen de la familia, y el impacto psicológico del embarazo las lleva a diferir la noticia a sus padres y postergan la búsqueda de atención médica. El contexto social resulta adverso para ellas, las cuales aportan anualmente 14.6% de nacimientos<sup>5</sup> a la tasa global de fecundidad de nuestro país.

Los factores psicosociales que se tomaran en cuenta en este estudio serán la religión, nivel de educación, tipo de familia, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico y la desinformación acerca de la contracepción.

En Latinoamérica, el 40% de los jóvenes a los 15 años tienen una vida sexual activa, y de este grupo el 15% ya han sido madres o han estado embarazadas. Perú es uno de los países más afectados por esta situación (2006); el 30% de los partos atendidos en los hospitales en los años 2004 e inicios de 2005 han sido de adolescentes, afectando a la sociedad y a la adolescente en sí. En esta ciudad, más del 10% de los nacimientos se dan en mujeres entre los 15 y 19 años de edad y debido a la falta de maduración del organismo, el riesgo de mortalidad es de dos a cuatro veces más alto en adolescentes que en mujeres mayores de 20 años. Asimismo, la mortalidad de los recién nacidos es 30 veces mayor cuando se trata de madres adolescentes.

## Metodología

Este estudio se llevara a cabo durante el periodo comprendido de marzo del 2012 a diciembre del 2012 en el IMSS Unidad de Medicina Familiar no. 73 en el área de consulta externa durante el turno matutino exclusivamente, mediante la aplicación de una encuesta comprendiendo el APGAR familiar y el FACES, dichas encuestas aplicadas por la Residente de Medicina Familiar Dra. Raquel Guerra Vázquez, con la ayuda del Gineco-obstetra Dr. Víctor Espinoza Bastian y el Licenciado en Psicología Mario Caudana.

*APGAR familiar:* Cuestionario de 5 preguntas. Evalúa funcionalidad del individuo en la familia No siempre pacientes manifiestan problemas familiares. Se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos. Diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein, propuso la aplicación para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar básico. Sirve para ver la percepción personal del funcionamiento de su familia en un momento determinado.

Es Importante en la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas. Nos ayuda en para la identificación de familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario. En la evaluación de la función familiar, en diferentes circunstancias tales como el embarazo, depresión del postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias. Utilidad y fácil aplicación, particularmente cuando el nivel de escolaridad del paciente permite la autoadministración. Para el registro de los datos el APGAR familiar muestra un formato. El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que lo realice en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser realizado de forma personal (autoadministrado idealmente) Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos. Evalúa la adaptación, participación, ganancia, el afecto, y los recursos con los que cuenta la familia

<i>PUNTOS</i>	<i>EVALUACION</i>
<i>0-3</i>	<i>Familia altamente disfuncional</i>
<i>4-6</i>	<i>Familia moderadamente disfuncional</i>
<i>7-10</i>	<i>Familia funcional</i>

*FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales)* desarrollado en 1980, La cohesión es el vínculo emocional que los miembros de un sistema (la familia, en nuestro caso) tienen entre sí y la adaptabilidad sería la habilidad de dicho sistema para cambiar. En el caso de la cohesión: familias apegadas (cohesión muy alta), familias conectadas (cohesión moderada-alta), familias separadas (cohesión moderada-baja) y familias desapegadas (cohesión baja).

La adaptabilidad, por su parte, constituye los siguientes tipos de familias: familias rígidas (adaptabilidad muy baja), familias estructuradas (adaptabilidad moderada-baja), familias flexibles (adaptabilidad moderada-alta) y familias caóticas (adaptabilidad alta).

Cohesion (nones)	Amplitud de clase	Adaptabilidad (pares)	Amplitud de clase
No relacionada	10-34	Rígida	10-19
Semi relacionada	35-40	Estructurada	20-24
Relacionada	41-45	Flexible	25-28
Aglutinada	46-50	Caótica	29-50

#### Encuesta de Estratificación socioeconómica

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) presentó la Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico, la misma que servirá para homologar las herramientas de estratificación, así como para una adecuada segmentación del mercado de consumo. Para esta clasificación se utilizó un sistema de puntuación a las variables. Las características de la vivienda tienen un puntaje de 236 puntos, educación 171 puntos, características económicas 170 puntos, bienes 163 puntos, TIC's 161 puntos y hábitos de consumo 99 puntos.

Grupos sociales	Umbrales
A (alto)	De 845, 1 a 1000 puntos
B (Medio alto)	De 696, 1 a 845 puntos
C+ (Medio típico)	De 535, 1 a 696 puntos
C- (Medio Bajo)	De 316, 1 a 535 puntos
D (Bajo)	De 0 a 316 puntos

## Resultados

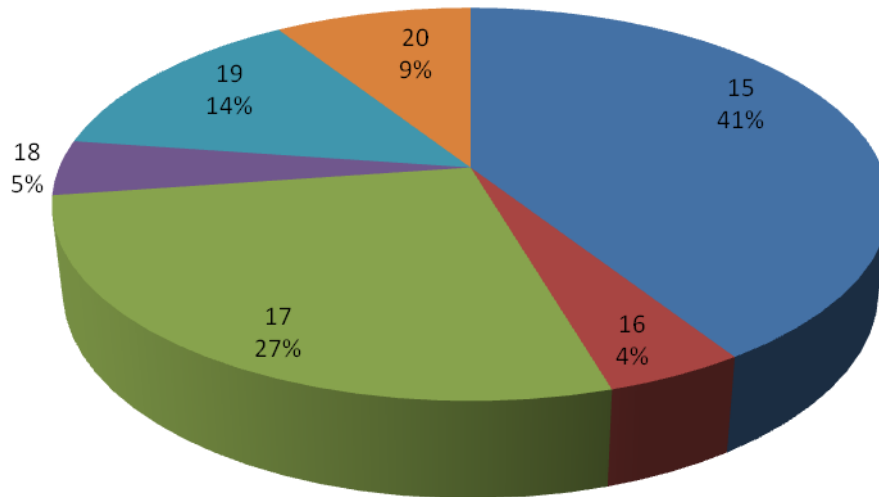
De la muestra de 22 entrevistadas, se destaca un 41% de 15 años de edad, un 68% católica, un 22% con preparatoria completa, un 32% con nivel socioeconómico medio alto, un 36% con una familia moderadamente disfuncional, un 36% de ellas son estudiantes y un 23% tiene una familia no relacionada-flexible.

**Tabla Numero 1. La edad y su influencia en el embarazo precoz.**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15	9	41
16	1	5
17	6	27
18	1	5
19	3	14
20	2	9
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

Datos estadísticos.	
Media	3.666667
Mediana	2.5
Moda	1

### El embarazo precoz y la variable edad.



La encuesta indica que los adolescentes entre 15 y 17 años son más propensos a tener un embarazo precoz o no deseado

Hasta antes de la pubertad, los miembros de cada sexo se asocian preferentemente con personas de su propio sexo. es común la frase “los niños con los niños y las niñas con las niñas”, relaciones que sirven de modelo de identificación. Con la pubertad, la actividad hormonal genera un decidido interés hacia los miembros del sexo opuesto, lo cual señala el inicio de la sexualidad adulta.

Hacia finales de la adolescencia los grupos conformados por individuos del mismo sexo tienden a disolverse, para dar paso a relaciones de pareja. los/las jóvenes que hasta este momento no han conseguido emparejarse (aunque sea de manera temporal), podrán sentirse presionados a buscar pareja con la finalidad de no sentir rechazo o crítica a su situación de soltería.

**Tabla numero 2. La religión como factor psicosocial predisponente de embarazos precoces.**

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	15	68
Cristiana	7	32
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

Datos estadísticos.	
Media	11
Mediana	11
Moda	15





De cada 100 personas encuestadas que incurren a un embarazo precoz 68 de ellas su religión es la católica y 32 son cristianas.

En Latinoamérica, zona de gran influencia de la iglesia católica, el embarazo adolescente es un fenómeno en crecimiento. La desinformación sobre anticoncepción y la falta de cumplimiento de las leyes sobre educación sexual en las escuelas son unas de las principales causas.

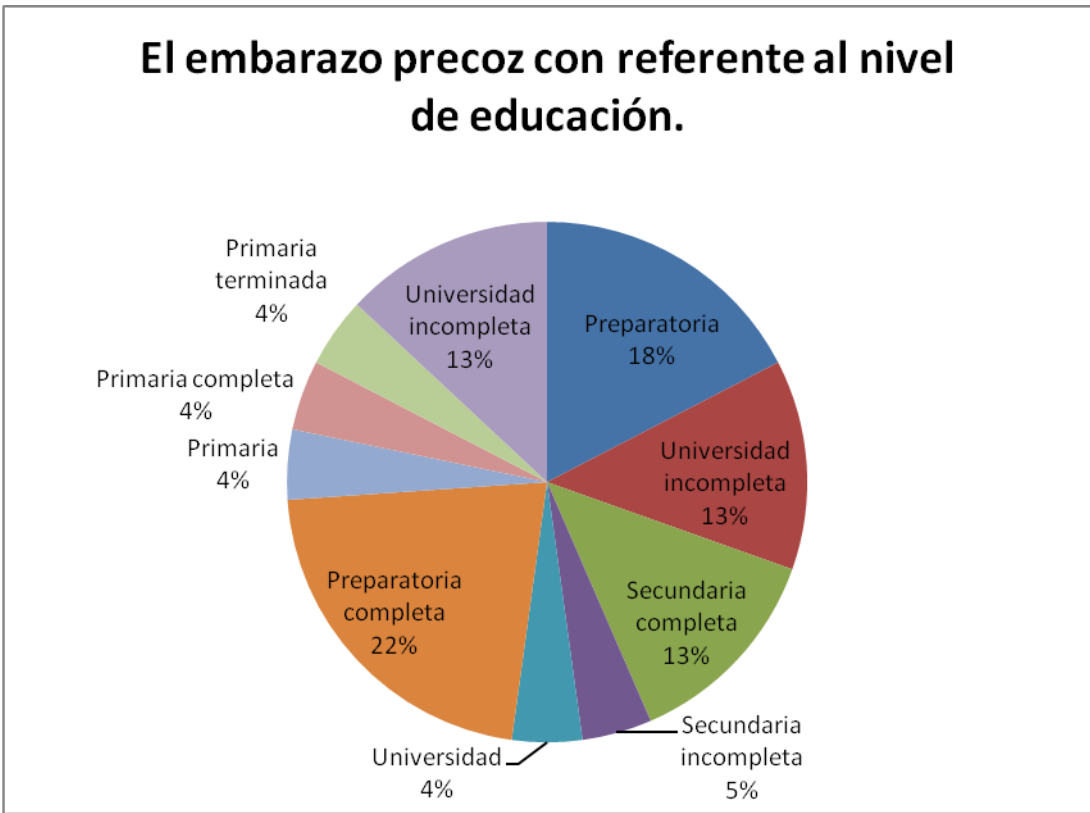
Algunos estudios sugieren que la identificación y satisfacción con una religión y con valores religiosos las lleva a un estado de satisfacción personal que actúa como una influencia protectora del inicio de relaciones sexuales a temprana edad

**Tabla Número 3. El embarazo precoz y el nivel de educación como factor psicosocial.**

<b>Nivel de Educación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Preparatoria	4	17
Universidad incompleta	3	13
Secundaria completa	3	13
Secundaria incompleta	1	4
Universidad	1	4
Preparatoria completa	5	22
Primaria	1	4
Primaria completa	1	4
Primaria terminada	1	4
Universidad incompleta	3	13
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

Datos estadísticos.	
Media	2.3
Mediana	2
Moda	1

### El embarazo precoz con referente al nivel de educación.



La mayoría de los embarazos a temprana edad se dan en la adolescencia cuando están en el nivel de educación media superior, aun así si esto sucede a la mitad del ciclo escolar se ven obligados a terminar.

Uno de los hallazgos de la investigación es que a pesar de que a nivel nacional el conocimiento de métodos anticonceptivos se encuentra ampliamente extendido en la población adolescente a través de las acciones realizadas directamente por los agentes institucionales de salud y los medios masivos de comunicación, prevalecen marcadas. En 1976, 79.8% de las mujeres de 15 a 19 años conocía algún método anticonceptivo; para 1992, 90.9%, lo que ascendió a 93.4% en 1997.

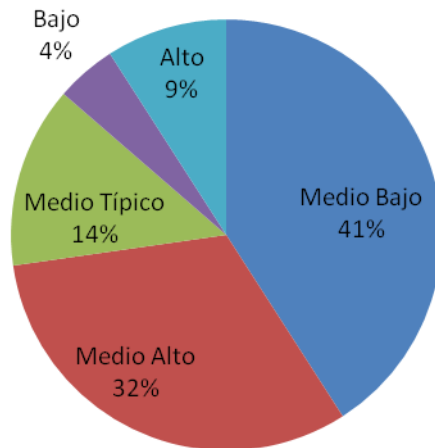
La Encuesta Gente Joven de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (Mexfam), aplicada en 1999 a adolescentes de 13 a 19 años de edad, indica que 93.4% de los hombres y 80.9% de las mujeres declararon tener conocimiento formal o informal de métodos 45 diferencias en su conocimiento según la edad, el estrato social, el nivel educativo, el lugar y grupo étnico. Por ejemplo, se ha advertido que a mayor escolaridad el conocimiento es mayor que el presentado por los jóvenes sin escolaridad o con niveles bajos de educación. Asimismo, pertenecer a un grupo indígena, residir en las áreas rurales o vivir en condición de pobreza son factores que se asocian a niveles de conocimiento mucho menores que sus contrapartes no indígenas, urbanas y no pobres (CONAPO, 2000).

**Tabla Número 4. Embarazo precoz y niveles socioeconómicos.**

<b>Nivel Socioeconómico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Medio Bajo	9	41
Medio Alto	7	32
Medio Típico	3	14
Bajo	1	5
Alto	2	9
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

<b>Datos estadísticos.</b>	
Media	7
Mediana	3
Moda	#N/A

## Embarazo precoz y niveles socioeconómicos.



La encuesta nos dice que la mayoría de los embarazo no deseados son con un nivel socioeconómico medio y 41 personas de 100 son de nivel medio bajo.

Los hallazgos de estudios previos apoyan el hecho de que si se lograra elevar el nivel de vida de la población, se incrementara la escolaridad de las adolescentes, se intensificara y mejorara la educación sobre la sexualidad y en consecuencia los conocimientos sobre métodos de planificación familiar (MPF) se podrían evitar de manera más efectiva los embarazos en adolescentes. En especial los MPF son elementos fuertemente vinculados a una eficaz labor por parte del médico familiar y su equipo de salud.

**Tabla Número 5. Tipos de familia y embarazo precoz.**

Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje
Moderadamente Disfuncional	8	36
Funcional	7	32
Altamente Disfuncional	7	32
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

Datos estadísticos.	
Media	7.25
Mediana	7
Moda	7



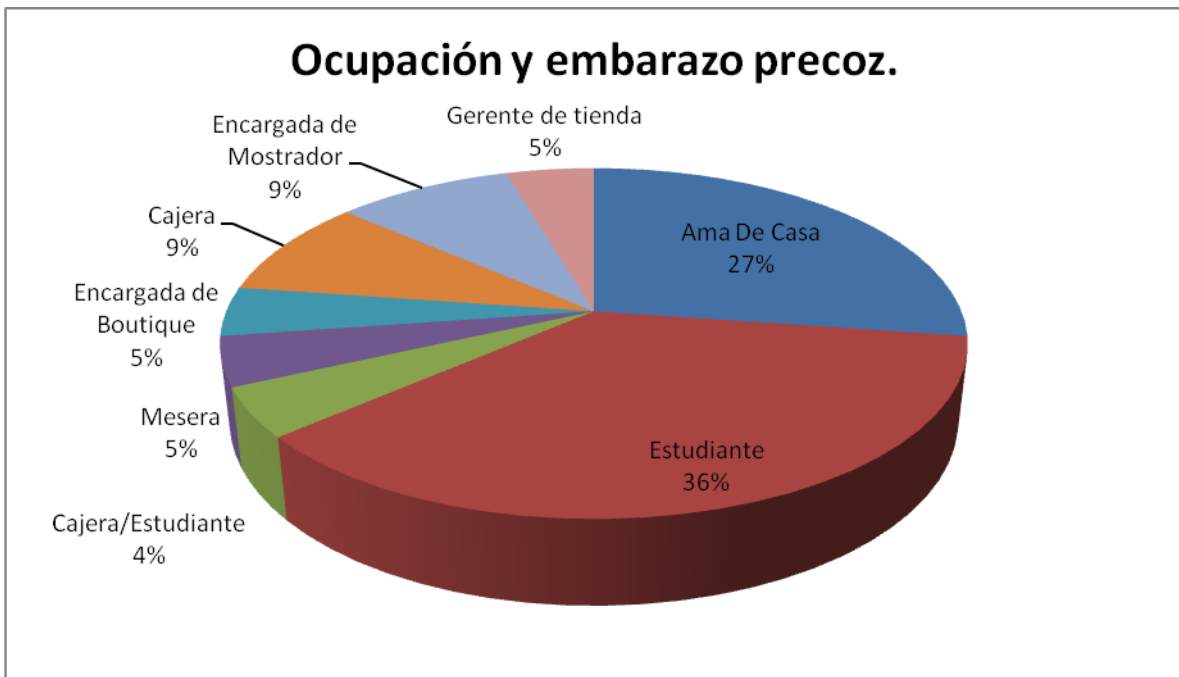
La mayoría de los embarazos no deseados suceden en el primer grupo de personas que son las familias moderadamente disfuncional con un total de 36 de cada 100 personas. El segundo grupo son las disfuncional y las funcionales con un total de 32 de cada 100 personas y la diferencia entre los dos grupo solo es de 4 personas.

Los hallazgos de estudios previos apoyan el hecho de que si se lograra elevar el nivel de vida de la población, se incrementara la escolaridad de las adolescentes, se intensificara y mejorara la educación sobre la sexualidad y en consecuencia los conocimientos sobre métodos de planificación familiar (MPF) se podrían evitar de manera más efectiva los embarazos en adolescentes. En especial los MPF son elementos fuertemente vinculados a una eficaz labor por parte del médico familiar y su equipo de salud. Reconocemos que es necesario profundizar en un punto poco explorado, el ámbito familiar de las adolescentes, aspecto que merece estudiarse con mayor detenimiento.

**Tabla Número 6. Ocupación y embarazo precoz.**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama De Casa	6	27
Estudiante	8	36
Cajera/Estudiante	1	5
Mesera	1	5
Encargada de Boutique	1	5
Cajera	2	9
Encargada de Mostrador	2	9
Gerente de tienda	1	5
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

Datos estadísticos.	
Media	2.75
Mediana	1.5
Moda	1



La encuesta nos dice que nos debemos enfocar en los estudiantes porque de cada 100 personas con embarazo precoz 36 de ellas son estudiantes de un nivel medio superior.

La adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ven obligadas a desertar del sistema escolar, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas.

Esta situación se ve agravada por la condición de madre soltera en que quedan la mayoría de estas adolescentes, provoca una situación de menoscabo, económico y social para la madre y el niño

**Tabla Número 7. Embarazo precoz y FASES**

<b>FASES</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No relacionada- Estructurada	5	19
Relacionada- Flexible	4	15
No relacionada- Rígida	1	4
Relacionada- Flexible	4	15
Relacionada- Caótica	2	8
No relacionada- Flexible	6	23
No relacionada- Caótica	4	15
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

<b>Datos estadísticos.</b>	
Media	3.714286
Mediana	4
Moda	4





La encuesta nos dice que si queremos evitar embarazos precoces de deben de inculcar los valores de una relación rígida, con eso evitaremos el 96% de embarazos precoces, ya que de cada 100 personas embarazadas 23 tienen una relación no relacionada flexible.

## Discusión

Al comparar lo encontrado en los diferentes artículos sobre este tema y lo encontrado en el presente estudio encontramos algunas diferencias.

En cuanto a la edad en la mayoría de los artículos se habla de una media de 17 años de edad, en cuanto a nuestra investigación resolvemos que el 41% de las pacientes con embarazo precoz tiene solamente 15 años de edad.

En cuanto al factor religión tenemos una coincidencia entre los datos encontrados en la bibliografía y los datos concluyentes en esta investigación ya que se vio que un 68% de las adolescentes embarazadas pertenecen a la religión católica y en numero dos como prevalente encontramos a la religión cristiana tal como lo marca la mayoría de la bibliografía encontrada al respecto, así mismo el nivel socioeconómico marcado en la mayor parte de la bibliografía, mencionando al nivel medio bajo con un mayor porcentaje, es lo mismo relevado por esta investigación.

En cuanto al nivel de educación encontramos una gran diferencia ya que nuestro estudio revelo que la mayoría de las pacientes adolescentes con embarazo precoz contaban con preparatoria terminada y la bibliografía nos habla de que la mayor parte de estos embarazos se lleva a cabo en aquellas adolescentes que no cuentan más que con primaria terminada.

En cuanto al tipo de familia se encontró en esta investigación que el mayor porcentaje pertenece a una familia moderadamente disfuncional, mas sin embargo no muestra una diferencia importante en cuanto a los otros tipos de familia, así que realmente no podemos realizar una adecuada comparación con lo encontrado en la bibliografía ya que tendríamos que tomar un banco de datos mas amplio para poder realizar esta comparación.

Por parte de la ocupación esta investigación no concuerda con la mayoría del porcentaje encontrado en la bibliografía ya que esta marca que el mayor porcentaje de las embarazadas son amas de casa y en esta investigación se ve que la mayoría es estudiante, tal vez porque en esta sede se ha realizado una buena labor de convencimiento y platicas por parte de trabajo social las cual apoyan a la adolescente embarazada a seguir estudiando, seria algo digno de estudiarse mas a fondo, ya que cuenta con una repercusión a la larga muy importante tanto en el nivel socioeconómico como a nivel personal de la misma adolescente la cual no llegaría a presentar un sentimiento de frustración derivado del embarazo por el hecho no haber podido desempeñarse como profesionista.

Por último este estudio se dio a la tarea de investigar el FASES de cada embarazada, situación que no se presento con frecuencia en la bibliografía encontrada, nuestra investigas revelo que la mayor parte de las embarazadas contaban con una familia con un FASES no relacionado- flexible, lo cual pudiera ser un factor psicosocial predisponente muy importante para que la adolescente busque una salida fácil, por medio del embarazo, debido a una total desinformación y falta de interés por parte de su familia.

## Conclusión

Luego de haber revisado lo publicado en relación al tema del embarazo adolescente, podemos comprobar que efectivamente ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, cuya consecuencia principal ha sido un aumento del embarazo adolescente.

Consideramos importante poder identificar cuáles son los principales factores de riesgo que aumentan la prevalencia de dicha condición, para así poder desarrollar estrategias destinadas a abordar la situación, tanto con medidas de prevención primaria, como secundarias. En el país se han desarrollado programas destinados a mejorar la educación sexual de los jóvenes, sin embargo, consideramos importante la realización de un mayor número de programas y de masificar su difusión e implementación para así poder lograr avances en la problemática actual del tema.

La vieja moral sexual que apenas deja espacio para el placer y la satisfacción personal, ha sido puesta en entredicho por la juventud. Los valores relativos a la fidelidad, la virginidad y el sexo como fin exclusivo de la procreación han cambiado entre los jóvenes. En ocasiones se ha ido al extremo de plantear la absoluta libertad sexual, sin afecto y sin compromiso. Al paso del tiempo han surgido evidencias de la importancia que tienen los celos, la competencia y la seguridad en la relación. La pareja estable, continúa siendo fuente de armonía y satisfacción.

Podemos decir que el fenómeno de embarazo en adolescentes es un problema social de nuestro tiempo, ya que los problemas de salud a los que se ve sometida una adolescente embarazada no es significativa para poner en riesgo su salud. Por lo anterior si es un fenómeno al cual debemos de prestar atención y buscar estrategias de intervención donde se involucre no solo el sector salud, sino diferentes instancias que coadyuven a transformar la cultura de nuestra sociedad. Para ello es importante que estas acciones se trabajen desde grupos multidisciplinarios donde tengan participación diferentes especialistas como el médico, el enfermero, el psicólogo, el educador, el abogado entre otros y fundamentalmente es importante la participación del trabajador social, por su compenetración en la sociedad a través de grupos vulnerables, que puede incidir de manera importante en las familias.

En México en general, consideramos que el Sector Salud ha cumplido en este rubro en cuanto a campañas de difusión y concientización acerca de métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, planificación familiar e incluso proporcionando estos métodos; esta función se ha realizado en conjunto con instituciones educativas desde el nivel básico hasta el nivel superior.

**Anexos**  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

NOMBRE DEL PACIENTE:

DOMICILIO:

NSS:

EDAD:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O FAMILIAR:

EDAD:

DOMICILIO

DECLARO:

QUE EL MEDICO \_\_\_\_\_ ME HA EXPLICADO LA NATURALEZA, Y FINALIDAD DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN QUE SE VA A REALIZAR.

Y QUE HE COMPRENDIDO LAS EXPLICACIONES QUE SE ME HAN FACILITADO EN UN LENGUAJE CLARO Y SENCILLO, Y QUE SE ME HA PERMITIDO REALIZAR TODAS LAS OBSERVACIONES, Y ME HAN ACLARADO TODAS LAS DUDAS QUE LE HE PLANTEADO.

TAMBIEN COMPRENDO QUE EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN NECESIDAD DE DAR NINGUNA EXPLICACION, PUEDO REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTO.

POR ELLO MANIFIESTO QUE ESTOY SATISFECHO(A) CON LA INFORMACION RECIBIDA Y QUE COMPRENDO EL ALCANZE Y RIESGOS DEL ESTUDIO.

CONSIENTO

QUE YO \_\_\_\_\_ SEA PARTICIPE EN LA INVESTIGACION SOBRE **“FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES DE 15 A 20 AÑOS EN LA UMF 73”**

EN LA CD. DE POZA RICA DE HIDALGO, VER. A LOS \_\_\_\_\_ DEL MES DE \_\_\_\_\_ DE 20\_\_.

---

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

## ENCUESTAS

- Cuestionario Faces III de Olson
- APGAR familiar

## CUESTIONARIO

- Nombre:
- Edad:
- Religión:
- Nivel de educación:
- Casa propia o rentada:
- Ocupación:
- Nivel socioeconómico:

### Características de la vivienda

1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?

Suite de lujo (59)

Cuarto(s) en casa de inquilinato (59)

Departamento en casa o edificio (59)

Casa/Villa (59)

Mediagua (40)

Rancho (4)

Choza/ Covacha/Otro (0)

2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:

Hormigón (59)

Ladrillo o bloque (55)

Adobe/ Tapia (47)

Caña revestida o bahareque/ Madera (17)

Caña no revestida/ Otros materiales (0)

3 El material predominante del piso de la vivienda es de:

Duela, parquet, tablón o piso flotante (48)

Cerámica, baldosa, vinil o marmetón (46)

Ladrillo o cemento (34)

Tabla sin tratar (32)

Tierra/ Caña/ Otros materiales (0)

4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?

No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar (0)

Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha (12)

Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha (24)

Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha (32)

5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:

No tiene (0)

Letrina (15)

Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada (18)

Conectado a pozo ciego (18)

Conectado a pozo séptico (22)

Conectado a red pública de alcantarillado (38)

#### Acceso a tecnología

1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?

No (0)

Sí (45)

2 ¿Tiene computadora de escritorio?

No (0)

Sí (35)

3 ¿Tiene computadora portátil?

No (0)

Sí (39)

4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?

No tiene celular nadie en el hogar (0)

Tiene 1 celular (8)

Tiene 2 celulares (22)

Tiene 3 celulares (32)

Tiene 4 ó más celulares (42)

#### Posesión de bienes

1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?

No (0)

Sí (19)

2 ¿Tiene cocina con horno?

No (0)

Sí (29)

3 ¿Tiene refrigeradora?

No (0)

Sí (30)

4 ¿Tiene lavadora?

No (0)

Sí (18)

5 ¿Tiene equipo de sonido?

No (0)

Sí (18)

6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?

No tiene TV a color en el hogar (0)

Tiene 1 TV a color (9)

Tiene 2 TV a color (23)

Tiene 3 ó más TV a color (34)

7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?

No tiene vehículo exclusivo para el hogar (0)

Tiene 1 vehículo exclusivo (6)

Tiene 2 vehículo exclusivo (11)

Tiene 3 ó más vehículos exclusivos (15)

#### Hábitos de consumo

1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?

No (0)

Sí (6)

2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?

No (0)

Sí (26)

3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?

No (0)

Sí (27)

4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?

No (0)

Sí (28)

5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo

¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?

No (0)

Sí (12)

#### Nivel de educación

1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?

Sin estudios (0)

Primaria incompleta (21)

Primaria completa (39)

Secundaria incompleta (41)

Secundaria completa (65)

Hasta 3 años de educación superior (91)



4 ó más años de educación superior (sin post grado) (127)

Post grado (171)

Actividad económica del hogar

1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?

No (0)

Sí (39)

2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?

No (0)

Sí (55)

3 ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?

Personal directivo de la Administración Pública y de empresas (76)

Profesionales científicos e intelectuales (69)

Técnicos y profesionales de nivel medio (46)

Empleados de oficina (31)

Trabajador de los servicios y comerciantes (18)

Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros (17)

Oficiales operarios y artesanos (17)

Operadores de instalaciones y máquinas (17)

Trabajadores no calificados (0)

Fuerzas Armadas (54)

Desocupados (14)

Inactivos (17)

Tipo de familia:

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2

**1. Nunca      2. Casi nunca      3. Algunas veces      4. Casi siempre      5. Siempre**

DESCRIBA SU FAMILIA:

1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
11. Nos sentimos muy unidos
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente.
14. En nuestra familia las reglas cambian
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros

17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones

18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad

19. La unión familiar es muy importante

20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar

## BIBLIOGRAFIA

1. Miguel RR., Mesa redonda: *Adolescencia - Necesidad de creación de unidades de adolescencia*, An Pediatr 2003; 58: 104 - 106.
2. Present problems and controversies concerning pregnant adolescents. Open Access Journal of Contraception 2011; 2:85-94.
3. Juan R. Issler, *Embarazo en la adolescencia* Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 107 - Agosto/2001 Página: 11-23
4. Andreina C., Pubertad normal. Univ. Católica de Chile
5. National Research Center for Women and Families. When Little Girls Become Women: Early Onset of Puberty in Girls, 2001,
6. Mayor S (May 2004). «Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries». *BMJ* 328 (7449): p. 1152. doi:10.1136/bmj.328.7449.1152-a. PMID 15142897. PMC 411126 <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/328/7449/1152-a>
7. Mayor S (May 2004). «Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries». *BMJ* 328 (7449): p. 1152. doi:10.1136/bmj.328.7449.1152-a PMID 15142897. PMC 411126
8. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/328/7449/1152-a>
9. Makinson C (1985). «The health consequences of teenage fertility». *Fam Plann Perspect* 17 (3): pp. 132–9. doi: 10.2307/2135024. PMID 2431924.
10. The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. (2002). Not Just Another Single Issue: Teen Pregnancy Prevention's Link to Other Critical Social Issues PDF (147 KB). Retrieved May 27, 2006.
11. Population Council (2006) Unexplored Elements of Adolescence in the Developing World *Population Briefs*, January 2006, Vol. 12, No. 1. Retrieved April 18, 2007.
12. Indicator: Births per 1000 women (15-19 ys) - 2002, en Global Virtual University, UNEP/GRID
13. Treffers PE (November 2003). « [Teenage pregnancy, a worldwide problem] » (en Dutch; Flemish). *Ned Tijdschr Geneesk* 147 (47): pp. 2320–5. PMID 14669537
14. UNICEF. (2001). A League Table of Teenage Births in Rich Nations PDF (888 KB). Retrieved July 7, 2006
15. People teenage birth rate, citado en Unicef.irc.org
16. Locoh, Therese. (2000). "Early Marriage and Motherhood in Sub-Saharan Africa." *WIN News.*' Retrieved July 7, 2006.
17. Mehta, Suman, Groenen, Riet, & Roque, Francisco. United Nations Social and Economic Commission for Asia and the Pacific. (1998). Adolescents in Changing Times: Issues and Perspectives for Adolescent Reproductive Health in The ESCAP Region. Consultado el 7 de julio de 2006
18. Tasas en Globlais año 2002
19. *Salud maternal - Improving maternal health y después Salud reproductiva - Reproductive Health* Madres adolescentes - Young mothers - Nacimientos por 1000 mujeres entre 15 y 19 años, 2007
20. *Salud maternal - Improving maternal health y después Salud reproductiva - Reproductive Health* Madres adolescentes - Young mothers - Nacimientos por 1000 mujeres entre 15 y 19 años, 2007
21. U.S. Teenage Pregnancy Rate Drops For 10th Straight Year" Retrieved July 7, 2006.
22. Rebecca W. The Guttmacher Institute. (February 19, 2004).

23. Dryburgh, H. (2002). Teenage pregnancy. *Health Reports*, 12 (1), 9–18; Statistics Canada. (2005). *Health Indicators*, 2005, 2. Retrieved from Facts and Statistics: Sexual Health and Canadian Youth – Teen Pregnancy Rates
24. España, Campaña 2008 - Sanidad lanza una campaña para evitar los embarazos en adolescentes, en rtve, 9/12/2008
25. UNICEF (July 2001). "A league table of teenage births in rich nations"(PDF). Innocenti Report Card No.3.UNICEF Innocenti Research Centre, Florence.
26. Teenage Mothers: Decisions and Outcomes – Provides a unique review of how teenage mothers think Policy Studies Institute, University of Westminster, 30 Oct 1998
27. Guttmacher Institute (2005) Sex and Relationships Retrieved August 8, 2006.
28. U.S.Teen Sexual ActivityPDF (147 KB) Kaiser Family Foundation, January 2005. Retrieved 23 Jan 2007
29. The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. (1997). What the Polling Data Tell Us: A Summary of Past Surveys on Teen Pregnancy. Retrieved July 13, 2006.
30. Allen C. (May 22, 2003). "Peer Pressure and Teen Sex." *Psychology Today*. Retrieved July 14, 2006.
31. Douglas J. & Gardiner, Karen N. (1997). Trends in Teen Sexual Behavior. *Children and Youth Services Review*, 19 (5/6), 341–67. Retrieved July 13, 2006.
32. Why Gender Matters, Leonard Sax, M.D., Ph.D., 2005, Doubleday books, p. 128. See also comments made by Dr. Drew Pinsky on NPR's Fresh Air, September 23, 2003.
33. Jon S. (2000). "Britain: Sex Education under Fire." *The UNESCO Courier*. Retrieved July 7, 2006.
34. National Surveys of Family Growth James Trussell and L.L. Wynn (January 2008). «Reducing unintended pregnancy in the United States». *Contraception*. <http://www.arhp.org/publications-and-resources/contraception-journal/january-2008>
35. Joseph S., Cynthia C. H., and Wayne C. Shields (September 2008). «The Potential of Long-acting Reversible Contraception to Decrease Unintended Pregnancy». *Contraception*. <http://www.arhp.org/publications-and-resources/contraception-journal/september-2008>
36. [www.csa.za.org](http://www.csa.za.org)
37. Saewyc, E.M., Lara L. M., L.M., Pettingell, S.E., (2004), Teenage pregnancy and associated risk behaviors among sexually abused adolescents, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, May–June, at [findarticles.com](http://findarticles.com)
38. Elizabeth M. Saewyc, Lara L. M. and Sandra E. Pettingell (2004) Teenage Pregnancy and Associated Risk Behaviors Among Sexually Abused Adolescents
39. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Volume 36, Number 3, May/June 2004
40. Study Links Childhood Sexual Abuse, Teen Pregnancy University of Southern California, Science Blog, 2004
41. Rosen D (2004). «"I Just Let Him Have His Way" Partner Violence in the Lives of Low-Income, Teenage Mothers». *Violence against Women* 10 (1): pp. 6–28. doi: 10.1177/1077801203256069. <http://vaw.sagepub.com/cgi/content/abstract/10/1/6>.
42. Quinlivan J (Winter 2006). «Teenage pregnancy» (PDF). *O & G* 8 (2): pp. 25–6. [http://www.ranzcog.edu.au/publications/o-g\\_pdfs/OG-Winter-2006/teenage-pregnancy.pdf](http://www.ranzcog.edu.au/publications/o-g_pdfs/OG-Winter-2006/teenage-pregnancy.pdf).
43. [edc.org](http://edc.org): Abusive boyfriends

44. "Teenage Conceptions By Small Area Deprivation In England and Wales 2001-2" (Spring 2007) *Health Statistics Quarterly Volume 33*
45. Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, *et al.* (February 2001). «Abused boys, battered mothers, and male involvement in teen pregnancy». *Pediatrics* 107 (2): p. E19. doi:10.1542/peds.107.2.e19. PMID11158493. <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/107/2/e19>.
46. Ellis, Bruce J. *et al.* (2003) Does Father Absence Place Daughters at Special Risk for Early Sexual Activity and Teenage Pregnancy? *Child Development*, v74 n3 p801-21 May–Jun 2003
47. Quigley, Ann (2003) Father's Absence Increases Daughter's Risk of Teen Pregnancy Health Behavior News Service, May 27, 2003
48. Fostering Hope: Preventing Teen Pregnancy Among Youth in Foster Care PDF (42.1 KB) A Joint Project of The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy and UCAN (Uhhich Children's Advantage Network) 16 Feb 2006
49. Valk, Guus. (2000). The Dutch Model. *The UNESCO Courier*. Retrieved July 7, 2006.
50. Alvarez, R. (1991). *Salud Pública. Medicina Preventiva*. México. Editorial Manual Moderno.
51. Ana Patricia E., Leticia M. L. Adolescentes indígenas embarazadas
52. Gómez, Mildred (1996). El índice de madres adolescentes solteras es muy elevado. *La Verdad*. Pág. 8.
53. American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Adolescent Pregnancy. *Pediatrics* 1989;83:132–3.
54. Fuentes, M. E. & Lobos, L. (1994). *Adolescente Embarazada*. UNAM.
55. Castillo, C. López, C. Muñoz, C. & Rivera, J. (1992). Una aproximación a la conflictiva de la adolescente soltera embarazada.
56. Escobar & Muñoz (1995). Estudio Cualitativo de la experiencia de los padres adolescentes.
57. Balderas, L. (1983). *Administración de los Servicios de Enfermería*. (2da Ed.). México. Interamericana.
58. Espinosa A, Mejía G. Adolescencia. En *Compendio de Medicina General*. Ed. Martín Abreu, L. Méndez Editores S.A. de C.V. México 2000;pp26-31
59. Asociado a la falta de información y recursos económicos 2001 Chiapas, México.
60. Erickson, E. (1968). *Identidad, Juventud y Crisis*. México.
61. Molina, R. Luengo, X. Guarda, P. González, E. & Jara, G. (1991). *Adolescencia, Sexualidad y Embarazo*. Serie Científica Médica, 2,6-29.
62. Breinbauer, C. y M. Maddaleno (2005). Jóvenes: opciones y cambios. Elementos para la toma de decisiones. Una guía para la formulación de políticas dirigidas a promover modos de vida saludables en adolescentes y jóvenes, Washington, PAHO, Scientific and Technical Publication, N° 594
63. CEPAL, Panorama social de América Latina, 2005, capítulo III, Santiago de Chile, 2006. Publicación de las Naciones Unidas LC/G.2288-P. N° de venta: S.05.II.G.161
64. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. *Revista de posgrado de la de la VI cátedra de Medicina*. 2001;107:11-23
65. Serra FG, Spaciuk SM, Morales E, Arce GM, Avalos ME, Gómez VY. Riesgo reproductivo del adolescente en corrientes. *Revista de posgrado de la VI cátedra de Medicina*. 2002; 115:24-25.
66. Balestena Sánchez JM Balestena Sánchez SG. Impacto de la menarquía en los resultados maternos perinatales en la adolescencia. *RCOG [en línea] 2005 [25 de*

- noviembre de 2005]; 31(1).URL disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31\\_1\\_05/gin02105](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_1_05/gin02105).
67. Laffita Batista A, Ariosa JM, Cutié Sánchez JR. Adolescencia e interrupciones del embarazo. RCOG [en línea] 2004 [25 de noviembre de 2005]; 30(1).URL disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30\\_1\\_04/gin04104](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin04104).
  68. Valdés Dacal S, Essien J, Bardales Mitac J, Saavedra Moredo D, Bardales Mitac E. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. RCOG. [en línea] 2002 [25 de noviembre de 2005]; 28(2). URL disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28\\_2\\_02/gin04202](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28_2_02/gin04202).
  69. Fernandez LS, Carro Puig E, Osés Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes. RCOG [en línea] 2004 [25 de noviembre de 2005]; 30(2). URL disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30\\_2\\_04/gin03204.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin03204.htm)
  70. Fernández LS, Carro Puig E, Osés Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización de la gestante adolescente. RCOG [en línea] 2004 [25 de noviembre de 2005]; 30(2). URL disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30\\_2\\_04/gin02204.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin02204.htm)
  71. Lezcano SA, Vallejos Arce MS, Sodero H. Caracterización del recién nacido en madres adolescentes. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. 2005;149:6-8
  72. Romero MI, Maddaleno M, Silber Tomás J, Munist M. Salud reproductiva. En: Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M, Suarez Ojeda EN, de. Manual de medicina de la adolescencia. EEUU: Publicación de la organización panamericana de la salud, 1992:473-518.
  73. Ortigoza Corona E, Padilla Yasso PY, López Ortiz R. Necesidades educativas en salud perinatal en madres de adolescentes embarazadas. Ginecol y obstet Mex. 2002; 70(1):28-35.
  74. Tavera Orozco L. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. Ginecol Obstet Perú. 2004; 50(2):111-122.
  75. Cutié JR, Laffita Batsta A, Toledo M. Primera relación sexual en adolescentes cubanos. Revista Chilena de Obstet Ginecol. 2005; 70(2):83-86.
  76. Pereira LS, Plascencia JL, Ahued Ahued A y col. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. Ginecol obstet México. 2002; 70(6):270-274.
  77. León Carmona JC, Hernández Alvarez LAI, Hernández Hernández AC. Influencia de los factores socioculturales en la morbilidad y/o mortalidad materna y perinatal de adolescentes atendidas en tres estados de la república Mexicana. Ginecol Obstet Mex. 2002; 70(7):320-327.
  78. Cruz E. Mortalidad materna y perinatal en adolescentes. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2002; 28(1):5-10.
  79. Vázquez Niebla JC, Vázquez Cabrera J, Rodríguez P. Epidemiología de la rotura prematura de membrana en un hospital gineco- obstétrico. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2003; 29(2).
  80. Zelaya MB, Godoy AC, Esperanza LM. Estado nutricional en el embarazo y peso del recién nacido. Revista de posgrado de la VI Cátedra de Medicina. 2003; 125:1-6.
  81. López JI, Lugones Botell M, Valdespino LM, Virilla Blanco J. Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. RCOG [en línea] 2004 [18 de octubre de 2005]; 30(1). URL disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30\\_1\\_04/gin01104.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin01104.htm)



82. Romero Maciel MA, Cuenca EN, López GM, Rosales CS. Anemia y control del peso en embarazadas. Revista de posgrado de la VI cátedra de medicina. 2005;143:6-8