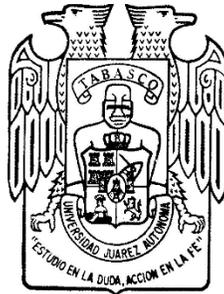


**UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO**

---

---

**División Académica de Ciencias de la Salud**



**“PERCEPCIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN  
ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE UN ÁREA RURAL Y  
URBANA DE TABASCO”**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN  
M E D I C I N A F A M I L I A R**

**PRESENTA:**

**Jesús Rafael Morales González**

**DIRECTOR (ES)**

Dr. Cs. María Isabel Ávalos García  
Dr. Manlio Fabio Tapia Turrent  
Dra. Neydi Lorena Tovilla Heredia

**VILLAHERMOSA, TABASCO**

**FEBRERO 2019**



**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Jefatura del  
Área de Estudios  
de Posgrado



Of. No. 0137/DACS/JAEP  
30 de enero de 2019

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

**C. Jesús Rafael Morales González**  
Especialidad en Medicina Familiar  
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dr. Julio César Gamboa Pacheco, Dr. Anwar Francisco Agustín Magaña Carrada, Dra. María Cruz Jiménez De la Cruz, Dra. María Gladiola Sesma Albores y el Dr. Ignacio Pedraza Díaz, impresión de la tesis titulada: "PERCEPCIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE UN ÁREA RURAL Y URBANA DE TABASCO", para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Medicina Familiar, donde fungen como Directores de Tesis la Dra. Cs. María Isabel Avalos García, Dr. Manlio Fabio Tapia Turrent y la Dra. Neydi Lorena Tovilla Heredia.

Atentamente

  
**Dra. Miriam Carolina Martínez López**  
Directora

UJAT



DACS  
DIRECCIÓN

C.c.p.- Dra. Cs. María Isabel Avalos GARCÍA.- Director de Tesis  
C.c.p.- Dr. Manlio Fabio Tapia Turrent.- Director de tesis  
C.c.p.- Dra. Neydi Lorena Tovilla heredia.- Director de Tesis  
C.c.p.- Dr. Julio Cesar Gamboa Pacheco.- Sinodal  
C.c.p.- Dr. Anwar Francisco Agustin Magaña Carrada.- Sinodal  
C.c.p.- Dra. María Cruz Jimenez De la Cruz.- Sinodal  
C.c.p.- Dra. María Gladiola Sesma Albores.- Sinodal  
c.c.p.- Dr. Ignacio Pedraza Diaz.- Sinodal

C.c.p.- Archivo  
DC/MCML/MO/MACA/lkrd\*



**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Jefatura del  
Área de Estudios  
de Posgrado



**ACTA DE REVISIÓN DE TESIS**

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 08:30 horas del día 29 del mes de enero de 2019 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

**"PERCEPCIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE UN ÁREA RURAL Y URBANA DE TABASCO"**

Presentada por el alumno(a):

Morales	González	Jesús Rafael
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)
— Con Matricula		

1	6	1	E	5	0	0	2	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

**Especialidad en Medicina Familiar**

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

**COMITÉ SINODAL**

*[Handwritten signatures]*

Dra. Cs. María Isabel Avilós García  
Dr. Manlio Fabio Tapia Turrent  
Dra. Neydi Lorena Tovilla Heredia  
Directores de Tesis

*[Signature]*  
Dr. Julio del Carmen Gamboa Pacheco

*[Signature]*  
Dr. Anwar Francisco Agustín Magaña Carrada

*[Signature]*  
Dra. María Cruz Jiménez de la Cruz

*[Signature]*  
Dra. María Gladys Sesma Albores

*[Signature]*  
Dr. Ignacio Pedraza Díaz

C.e.p.- Archivo  
DC\*MCML/MO\*MACA/lkrd\*

Miembro CUMEN desde 2008  
Consorcio de  
Universidades  
Mexicanas  
UNA RED DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Av. Cnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,  
Col. Tamulté de las Barrancas,  
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco  
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6314, e-mail: posgrado.dacs@ujat.mx



UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



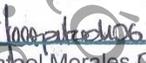
División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Jefatura del  
Área de  
Estudios  
de Posgrado

## Carta de cesión de derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 28 del mes de enero del año 2019, el que suscribe, Jesús Rafael Morales González, alumno del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 161E50022 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"Percepción sobre planificación familiar en adolescentes embarazadas de un área rural y urbana de Tabasco"**, bajo la Dirección de Dra. CS. María Isabel Ávalos García, Dr. Manlio Fabio Tapia Turrent y Dra. Neydi Lorena Tovilla Heredia, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: [jera2410@hotmail.com](mailto:jera2410@hotmail.com), Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

  
Jesús Rafael Morales González

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE  
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE  
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello



## DEDICATORIAS

A mis amados padres, Martin y Clarita parte fundamental de mis logros, por darme la oportunidad de nacer y todos los cuidados que tuvieron en mi infancia, otorgarme educación y acompañándome en todo momento para alcanzar mis objetivos.

A mis hermanos, Carlos, Miguel, Rosario, Fátima estando al pendiente de mi formación, con su apoyo económico y moral para seguir preparándome.

A mi abuelo Avelino que admiro y siempre recuerdo sus consejos para ser mejor ser humano.

A mi abuela Natividad por el apoyo en los momentos que necesite de ella.

A mi futura esposa Ingrith, por acompañarme en esta etapa, soportar la ausencia y perseverar en nuestra relación, y a nuestro hijo(a) que esperamos con amor y felicidad.



## AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la vida, por la familia que tengo y por permitirme llegar a culminar en esta institución la maravillosa especialización de Medicina Familiar.

A mis profesores; **Dra. Rosita** por ser parte fundamental en la adquisición de conocimientos, por la entrega y dedicación a la especialización, ser además una amiga y consejera en todos los momentos complicados que se presentaron en estos tres años. **Dra. Isabel** por su paciencia y apoyo a la realización de la investigación. **Dra. Mary** por el apoyo para realización de la investigación, con gran disponibilidad y siempre con una sonrisa para trabajar. **Dr. Tapia** por compartir su experiencia como médico familiar, con admirable trayectoria y enseñando en todo momento el enfoque integral al paciente. **Dr. Anwar** por su amistad y gran capacidad para transmitir sus conocimientos, ser guía para el abordaje en cada paciente.

A todo el personal del CESSA Tierra Colorada que tuve la oportunidad de conocer y que fueron testigos de mi formación.



## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	I
<b>ABSTRACT</b> .....	II
<b>GLOSARIO</b> .....	III
<b>ABREVIATURAS</b> .....	V
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>I. MARCO TEORICO</b> .....	2
1.1. Percepción.....	2
1.2 Adolescencia. ....	3
1.3 Embarazo adolescente.....	5
1.4 Planificación familiar en la adolescencia.....	7
1.5 Estudios relacionados.....	11
<b>II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	18
<b>III. JUSTIFICACION</b> .....	20
<b>IV. OBJETIVOS</b> .....	23
4.1 General.....	23
4.2 Específicos.....	23
<b>V. MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	24
5.1 Tipo de investigación.....	24
5.2 Caracterización de los informantes.....	24
5.3 Escenario de estudio.....	24
5.4 Selección de participantes.....	25
5.5 Procedimiento y técnicas de producción de datos.....	25
5.6 Procesamiento y análisis de la información.....	27
5.7 Rigor de estudio. ....	27
5.8 Consideraciones éticas.....	27



<b>VI. RESULTADOS</b> .....	28
<b>VII. DISCUSIÓN</b> .....	50
<b>VIII. CONCLUSIONES</b> .....	55
<b>IX. RECOMENDACIONES</b> .....	56
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	57
<b>ANEXOS</b> .....	62

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



## RESUMEN

**Objetivo:** Interpretar la percepción de las adolescentes embarazadas ante la planificación familiar en un área rural y urbana de Tabasco. **Materiales y métodos:** Estudio cualitativo, con un componente descriptivo. Participaron 16 adolescentes de una unidad rural y urbana de dos municipios de Tabasco. Se empleó entrevista a profundidad, se garantizó la confidencialidad. Se utilizó una guía de entrevista adaptada a los objetivos. Se utilizó grabadora de audio, el programa Expres Scribe, se codificaron los discursos por reducción o saturación agrupando en categorías; se empleó el método de análisis-síntesis. Participaron expertos para dar validez al estudio. **Resultados:** El promedio de edad fue de 16 años, las características de la mayoría fueron: unión libre, secundaria, amas de casa, primigestas e inicio de vida sexual a los 15 años en promedio. La mayoría proceden de familias desintegradas, no utilizaron medidas de prevención previo al embarazo, actualmente la actitud de la pareja es de aceptación de MPF. Fueron embarazos no planificados, los obstáculos para no utilizar un método fueron desconocimiento, timidez, desacuerdo con la pareja y no utilizarlos a pesar de conocer los riesgos. Expresaron deficiencia en los servicios de salud. Las expectativas que tienen para el uso de MPF son recibir un trato amable y recibir información por parte del médico. **Conclusiones:** Las adolescentes embarazadas piensan que los MPF son útiles, pero no lo utilizaron previo al embarazo por temor a acudir a los servicios de salud, falta de interés, falta de orientación sobre salud sexual y reproductiva que no recibieron por parte de su familia y de los servicios de salud. Actualmente tienen interés para el uso de MPF y aceptación de la pareja. Desean mejor atención en los servicios de salud. Los resultados de este estudio permitirán el desarrollo de estrategias de consejería y trabajos con familia para disminuir el embarazo y repercusiones en los adolescentes.

**Palabras clave:** Percepción, adolescente embarazada, planificación familiar.



## ABSTRACT

**Objective:** To interpret the perception of pregnant adolescents before family planning in a rural and urban area of Tabasco. **Materials and methods:** Qualitative study, with a descriptive component. 16 adolescents from a rural and urban unit from two municipalities of Tabasco participated. In-depth interview was used, confidentiality was guaranteed. An interview guide adapted to the objectives was used. An audio recorder was used, the Express Scribe program, discourses were codified by reduction or saturation, grouping into categories; the analysis-synthesis method was used. Experts participated to validate the study. **Results:** The average age was of 16 years, the characteristics of the majority were: free union, secondary, housewives, primigestas and beginning of sexual life to the 15 years in average. Most come from broken families, did not use preventative measures prior to pregnancy, currently the attitude of the couple is acceptance of MPF. They were unplanned pregnancies, the obstacles to not using a method were ignorance, shyness, disagreement with the couple and not use them despite knowing the risks. They expressed a deficiency in health services. The expectations they have for the use of MPF are to receive a kind treatment and receive information from the doctor. **Conclusions:** Pregnant adolescents think that MPFs are useful, but they did not use it before pregnancy due to fear of going to health services, lack of interest, lack of guidance on sexual and reproductive health that they did not receive from their family and of health services. Currently they are interested in the use of MPF and acceptance of the couple. They want better attention in health services. The results of this study will allow the development of counseling strategies and work with family to reduce pregnancy and impact on adolescents

**Keywords:** Perception, pregnant adolescent, family planning.



## GLOSARIO

**Percepción:** Es un proceso complejo que abre al individuo al mundo, proporcionándole representaciones que lo informan acerca de lo que ocurre, independientemente del valor y sentido que quiera darse a lo objetivo o subjetivo de esa relación.

**Adolescencia:** Período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.

**Embarazo adolescente:** Es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad y comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia, comprendida entre los 10 a 19 años.

**Planificación familiar:** derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener al respecto la información específica y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la preferencia sexual, la edad y el estado social o legal de las personas.

**Consejería en planificación familiar:** es un proceso de análisis y comunicación personal entre el prestador de servicios y el usuario potencial y/o el usuario activo, mediante el cual se proporciona información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas que les permitan tomar decisiones voluntarias conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva. El proceso se debe enfocar a resolver o aclarar las dudas que se pudieran tener acerca de las indicaciones, uso, seguridad y efectividad de los métodos anticonceptivos.



**Métodos de planificación familiar:** son aquellos que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja, en forma temporal o permanente.

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

**Embarazo de alto riesgo:** Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

**Salud reproductiva:** La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

**Salud sexual.** Es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar.



## ABREVIATURAS

**OMS:** Organización de las Naciones Unidas.

**MPF:** Métodos de Planificación Familiar.

**DIU:** Dispositivo Intrauterino.

**CONAPO:** Consejo Nacional de Población

**ENSANUT:** Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

**ENADID:** Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica

**UNICEF:** Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia.

**SSR:** Salud Sexual y reproductiva

**ENAPEA:** Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

**MAISSRA:** Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva Adolescentes.



## INTRODUCCIÓN

La adolescencia constituye una de las etapas con mayor importancia de acuerdo a los cambios que se presentan en el aspecto biológico, psicológico y social, donde se ubican factores que intervienen favoreciendo o afectando en el desarrollo y crecimiento basados en el entorno familiar, educativo, cultural, económico y social. Una de las circunstancias que se presentan en esta etapa son los comportamientos de riesgo en cuanto a la salud sexual y reproductiva, donde el embarazo adolescente es una de las consecuencias.

La OMS considera el embarazo adolescente de alto riesgo, por las repercusiones que se presentan en el área biológica, psicológica y social.

Por tal situación a nivel mundial se han implementado estrategias destinadas a contribuir a la protección del adolescente, para el acceso y prevención de situaciones de riesgo sobre su salud sexual y reproductiva.

Un aspecto importante es la capacidad de decidir un método de planificación familiar, que deben ser ofrecidos en los servicios de salud al igual que la información, recursos y atención a este grupo de edad en especial. Sin embargo, los resultados son variables en cuanto a la oferta y a la demanda en adolescentes con deseos de iniciar su vida sexual o desean retrasar un embarazo posterior a un evento obstétrico para evitar reincidencia.

Atendiendo a lo anteriormente expuesto, se considera de singular importancia explorar lo que el joven piensa, siente y espera al respecto de la utilización de un método de planificación familiar, basado en el contexto familiar y su entorno.

Por tal efecto se realizó una investigación cualitativa en adolescentes del área rural y urbana del municipio de centro y Cunduacán, con el objetivo de analizar su percepción sobre planificación familiar, desde el punto de vista de las actitudes, conocimientos, pensamientos, atribuciones, conductas, expectativas y experiencias sobre planificación familiar bajo sus condiciones actuales de embarazo adolescente tomando en cuenta los factores familiares, de pareja, y servicios de salud.



## I. MARCO TEÓRICO

### 1.1 Percepción

El estudio de la percepción ha sido de interés desde diferentes áreas de estudio y cada una aporta diversos conceptos y enfoques teóricos, de acuerdo al objeto de estudio.

Gibson en su postura ecologista señaló que la percepción es un proceso simple y directo, donde la información surge del estímulo, sin necesidad de procesos mentales internos, basado en las leyes naturales subyacentes en cada organismo.<sup>1</sup>

Para la psicología clásica de Neisser la percepción es un proceso activo constructivo donde el que recibe el estímulo construye un esquema informativo anticipatorio a través de lo almacenado en su conciencia, de estímulos sensoriales y de su propio estado interno.<sup>2</sup>

Careterette y Friedman señalan que la percepción es una parte esencial de la conciencia y constituye la realidad como es experimentada por cada persona. Esta función de la percepción depende de la actividad de receptores que son afectados por procesos provenientes del mundo físico, por lo que la define como el resultado del procesamiento de información que consta de estimulaciones a receptores, que en cada caso se deben parcialmente a la propia actividad del sujeto.

Para Moya la percepción de una persona o de algún fenómeno depende del reconocimiento de emociones, surgen a partir de las reacciones de las personas; participan las impresiones y atribuciones a partir de la unión de diversos elementos informativos que se recolecten en los primeros instantes de interacción y en busca de la causa que explique la conducta o hechos. De esta forma es claro que los sentimientos, pensamientos y conductas respecto a las personas estarán influidos por el tipo de causa a la que se atribuya su conducta.<sup>3</sup>



La Psicología es la ciencia que ha estudiado la percepción como un proceso cognitivo de la conciencia que consiste en reconocer, interpretar y dar significado a las sensaciones del entorno. Su teoría Gestalt basa la percepción con el inconsciente, mediada por inferencias, conocimiento o mecanismos de procesamiento de información, donde la actividad mental es fundamental, y supone que las demás actividades psicológicas como el aprendizaje, la memoria, el pensamiento, entre otros, dependen del adecuado funcionamiento del proceso de organización perceptual, además reflexiona que la información emerge del ambiente y permite la abstracción como juicios, categorías, conceptos.<sup>4</sup>

La percepción proviene de la etimología *perception* formas derivadas del *percepere* latino (*per- captare*, captar o aprehender algo de modo suficiente o completo). Es un proceso complejo que abre al individuo al mundo, proporcionándole representaciones que lo informan acerca de lo que ocurre, independientemente del valor y sentido que quiera darse a lo objetivo o subjetivo de esa relación. Todos los individuos se sitúan en una interacción con algo, y la información se procesa temporalmente, pero puede prolongarse en el tiempo, con integración de la experiencia.<sup>5</sup>

En este estudio se considera a la percepción de acuerdo a la Psicológica de la Gestalt y social que se basa en las impresiones, atribuciones, pensamientos, conductas y expectativas del individuo, en este caso, sobre el tema de planificación familiar a través de los discursos emitidos por las adolescentes embarazadas, respecto a los aspectos que pueden influir para la utilización de un método de planificación familiar.

## 1.2 Adolescencia

La adolescencia proviene del latín *adolescere* significa crecer, madurar. Se caracteriza por ser una etapa fundamental donde se presentan una serie de cambios en el ámbito biológico, psicológico y social que modifican los aspectos de



un individuo.<sup>6</sup> Esta etapa conduce a la madurez individual vista desde los diferentes aspectos. Es un periodo crucial del ciclo vital donde los individuos toma una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos familiares, psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo y asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio.<sup>7</sup>

La OMS define la adolescencia como un periodo de transición entre la infancia y la edad adulta y la divide en tres etapas: adolescencia temprana (10-13 años), media (14-16 años) y tardía (17-19 años).<sup>8</sup>

Los cambios físicos que se presentan son los caracteres sexuales secundarios, productos del ajuste hormonal por parte de la hipófisis y gónadas; entre ellos destacan en la mujer, el desarrollo de los senos, la pelvis y aparece la menarquia; en los hombres aparecen el vello facial, el pene y los testículos aumentan de tamaño y se da la primera eyaculación. Para ambos sexos, la voz se modifica, aparece vello púbico y axilar, aumenta la transpiración, y la piel se vuelve más grasa.

Los cambios psicológicos y emocionales de la adolescencia se producen al experimentar dudas ante los nuevos retos y funciones que desempeñan en sociedad. Se producen cambios en cuanto a su independencia, sobre su desarrollo cognitivo, con las relaciones con iguales, sobre su imagen corporal y sobre todo sobre su sexualidad.<sup>9</sup>

La adolescencia representa una crisis normativa y con frecuencia en los padres existe un desconocimiento para su abordaje. Esta etapa puede afrontarse a través del conocimiento de la familia sobre las características del desarrollo, conservando una estructura y funcionalidad adecuada, junto a la cultura, actitudes y creencias, que ayudan a un crecimiento e independencia.



Una característica de esta etapa es que comienzan a gestionar autonomía bajo el dominio de la familia, mientras para los padres es difícil considerar que los hijos han dejado la infancia, y que manifestaran sus propias opiniones y sugerencias, encontrándose con un cambio de actitud para abordar las diferentes situaciones que se presenten.

Al considerar la adolescencia por subetapas permite establecer funciones o tareas dominantes que reciben el nombre de tareas de desarrollo, las cuales permiten que al cumplirse de forma efectiva dan la posibilidad de un desarrollo y función familiar óptimo. Las principales tareas del desarrollo son:

- Delimitar su independencia y privacidad físico y personal.
- Establecer su identidad personal, es decir reconocerse y aceptarse
- Comprender los cambios físicos de desarrollo
- Considerar los impulsos sexuales, y las implicaciones que conlleva su sexualidad.
- Apoyar y clarificar sus preferencias en el ámbito escolar, deportivo y desarrollo personal.

Dentro de los principales riesgos que ocurren en la etapa de la adolescencia, bajo la influencia de distintos factores familiares, económicos, culturales, sociales son principalmente embarazos no planificados, enfermedades de transmisión sexual, deserción escolar, adicciones, huidas del hogar, delincuencia y prostitución.<sup>10</sup>

### **1.3 Embarazo adolescente**

Una de las principales preocupaciones sobre el inicio de vida sexual sin protección son el embarazo adolescente y las enfermedades de transmisión sexual.<sup>11</sup>

El embarazo adolescente es un tema prioritario para la mayoría de los países por considerarse un problema de salud pública, a pesar de las diferentes estrategias de prevención y atención destinadas a este grupo.<sup>12</sup>



El embarazo adolescente es considerado por la OMS como de alto riesgo, por las repercusiones que conlleva a su salud tanto para la madre e hijo vista desde diferentes perspectivas.<sup>7</sup>

Dentro de los factores de riesgo se puede dividir en cuatro aspectos: individuales, familiares, educativos y sociales, que logran influir para los adolescentes al momento de situarse en alguna condición sobre su salud sexual integral.

- a) Aspectos individuales: se ubican la nula o insuficiente información que poseen o reciben, la conducta sobre consumo de sustancias nocivas que condicionan vulnerabilidad en la toma de decisiones, actitudes de impulsividad que resultan en no valorar las consecuencias de los actos o presentar algún estado emocional que requiere atención especializada.
- b) Aspectos familiares: constituyen la principal red de apoyo, donde se adquieren los valores y conductas que rigen el desarrollo de la vida. Las situaciones de estructura y disfuncionalidad familiar por diferentes motivos pueden influir sobre la salud sexual integral del adolescente.
- c) Aspectos educativos: proporcionan un apoyo para que el adolescente se desenvuelva académica y socialmente en su futuro. Alguna alteración de bajo rendimiento escolar puede ser relacionado con otro factor que condicione su desempeño y terminar en deserción escolar.
- d) Aspectos sociales: representan para el adolescente un camino al desarrollo, pero también de adquirir situaciones o conductas de riesgo, de acuerdo a su red social con el que interactúe.<sup>9</sup>

El embarazo adolescente constituye un problema con repercusiones graves en diferentes ámbitos para la adolescente e hijo, ubicándolos como personas vulnerables para el desarrollo biológico, psicológico y social bajo sus condiciones familiares, educativas, económico, cultural y religioso que se encuentren inmersas.



Dentro de las principales repercusiones se encuentran:

- a) Biológico: con mayores índices de mortalidad materno e infantil.
- b) Social: con frecuencia son embarazos no planificados, si lo fueran en esta etapa no se cuenta con las alternativas suficientes para cubrir las demandas de madre e hijo. Puede condicionar que existan matrimonios o uniones prematuras secundarias a relaciones sexuales esporádicas o sin una pareja estable o en mutuo acuerdo de ejercer la paternidad, además de contar con mayores probabilidades de separación o divorcio. Las adolescentes se ubican en situaciones de riesgo de protección, inseguridad y rechazo social o incluso algún tipo de violencia
- c) Económicos: provocaran que repercuta en la pobreza por falta de empleos o redes sociales de apoyo.<sup>12</sup>

#### **1.4 Planificación familiar en la adolescencia**

En México ante el desafío de salud en los adolescentes respecto a sexualidad y reproducción alrededor de los años 90, en la Cd de Monterrey con la *declaración Monterrey* se estableció el precedente para un programa de atención integral de salud sexual reproductiva en los adolescentes, posteriormente en 1995 instaura el concepto de servicio especializado de salud sexual y reproductiva en los adolescentes, donde se cuenta con un área especial para su atención. En 2001 basado una estrategia de calidad se crea el concepto de servicios amigables donde incluye la prestación de un paquete básico de servicios a través de personal calificado y bajo un espacio de privacidad y confidencialidad.<sup>13</sup> En 2009 se establece el Grupo de Atención Integral a la Salud de la Adolescencia (GAIA) con la finalidad de coordinar las acciones dirigidas a esta población conformado por dependencias de la subsecretaria de prevención y promoción a la salud. En 2011 se declara el 26 de septiembre como día nacional de prevención del embarazo no planeado en adolescentes. En 2012 se estructura el Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para los Adolescentes (MAISSRA) donde señala los criterios básicos de atención. Por lo tanto, se



articulan el Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PAESSRA) y la Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) presentada en 2015, con el objetivo de reducir el número de embarazos adolescentes mediante sus componentes, y el MAISSRA mediante sus lineamientos sobre el acceso a la atención y prestación de servicios para los adolescentes.<sup>8</sup>

La salud sexual reproductiva definida como la condición física, mental y social de bienestar relacionado con el sistema reproductor y sus funciones, donde se incluye disfrutar de una vida satisfactoria y de reproducción con la libertad de poder decidir cuándo y con qué frecuencia, así como el acceso a los servicios de planificación familiar para recibir información y consejería para la elección de métodos de planificación familiar y prevención de enfermedades de transmisión sexual.<sup>8,14</sup>

La anticoncepción en la adolescencia se refiere al servicio de salud sexual reproductiva que otorga métodos de planificación familiar previa solicitud por parte de una adolescente o pareja de adolescentes que pretenden iniciar vida sexual o continuar activos en forma esporádica o frecuente.<sup>8</sup>

Los servicios se deben de ofrecer a toda persona en edad reproductiva que acuda a la institución, independientemente del motivo de consulta, en especial a la población de mayor riesgo, en este caso a la población adolescentes.<sup>14</sup>

La prescripción de métodos de planificación familiar, en la mayoría de los casos puede ser ofertada por personal capacitado de primer nivel de atención, y referir a casos especiales a otro nivel.

En la adolescencia se presenta mayores riesgos de fracaso, de continuidad y de cumplimiento a diferencia de los adultos; por tanto, se requiere una visión integral biológica, psicológica y social individualizada para abordarlos.<sup>11</sup>



La información que se otorgue debe ser para ambos sexos, con énfasis en los diferentes factores de riesgos identificados, con información clara sobre la presentación, efectividad, indicaciones y contraindicaciones y efectos secundarios e instrucciones sobre los diferentes métodos anticonceptivos.<sup>14</sup>

El personal de salud que proporciona consejería debe de estar capacitado sobre el manejo del tema, con habilidad para el abordaje, con experiencia profesional, apto en la comunicación con los adolescentes, generando y ofreciendo confidencialidad para que puedan sentirse cómodos con el tema, resolviendo dudas y estar atento para descubrir algún otro problema de tipo emocional o social que esté involucrado, además de referir a otro servicio nivel de atención mejorando la oferta y la demanda.<sup>11,14</sup>

La consejería puede impartirse en las oportunidades de la consulta, a pesar de no ser el motivo de consulta, en hospitalización o domicilio, con especial interés en el periodo de control prenatal, o post evento obstétrico. Además, se debe realizar promoción por medios de actividades o acciones con la participación social en el ámbito escolar, o medios de comunicación, entrevistas o técnicas de grupos o visitas domiciliarias.<sup>14</sup>

Los modelos de elegibilidad para uso de anticonceptivos señalan que los más apropiados son los métodos reversibles para este grupo de edad, a excepción de alguna contraindicación y considerando su ámbito social, cultural y económico y necesidades particulares. Por lo tanto, la consejería debe basarse en la oferta de métodos reversibles de acción prolongada dado que sus efectos y discreción se ajustan a su plan de vida.

La anticoncepción post evento obstétrico es indispensable, debido a que la mayoría de las mujeres retomaran su vida sexual. Los criterios médicos de elegibilidad de los anticonceptivos incluyen a personas con trastornos médicos específicos y/o necesidades especiales.



Los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada son los más recomendables, son seguros, de bajo costo, efectivos y mejores resultados de continuidad y los principales son el DIU de cobre y el que contiene progestágeno, implante subdérmico. También es de suma importancia reforzar el uso de condones para prevenir enfermedades de transmisión sexual. La doble protección supone protección contra un embarazo no deseado, así como el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

Las pastillas anticonceptivas de emergencia no son apropiadas para uso regular o frecuente. Es aconsejable después de una relación sexual de riesgo de embarazo, así como falla en el uso de un método de uso regular de acuerdo a los criterios de la OMS, administrando hasta un máximo de cinco días (120 horas) posterior al contacto sexual, de preferencia dentro de los tres primeros días.<sup>9,12,14</sup>

La participación del hombre en las decisiones sobre la utilización de métodos de planificación familiar contribuye a planear el número de hijos y el tiempo para decidir procrear, cumpliendo la responsabilidad de la paternidad que es una de las tareas del desarrollo por parte de la familia. La mayoría de los métodos anticonceptivos y estrategias están diseñados para la mujer, sin embargo no corresponde únicamente a ellas decidir sobre planificación familiar. Una de las reacciones de la pareja posterior al aceptar un método de planificación familiar es con violencia, abandono y rechazo. Además en las familias tradicionales el rol de proveedor económico propicia que las mujeres se vean limitadas a proponer el número de hijos, el momento de tenerlos y de utilizar un método de planificación familiar. Por lo tanto, incluir a la figura masculina en todos los procesos relacionados con la salud sexual y reproductiva es tarea primordial, ubicándolo en el escenario donde se sienta interesado de recibir información y promoviendo una relación satisfactoria con su pareja sobre las decisiones de su futuro familiar.<sup>15</sup>



## 1.5 Estudios relacionados

A continuación, se presentan una serie de estudios realizados por investigadores de diversos ámbitos, relacionados con la percepción sobre planificación familiar de acuerdo a las categorías estudiadas en esta investigación.

Arias Trujillo et al.<sup>16</sup> en 2012, realizó una investigación con 190 adolescentes embarazadas entre 12 a 21 años, para analizar la funcionalidad familiar y factores relacionados, sus resultados señalaron que el promedio de edad fue 18 años, solteras el 63.7% , el 72.1% presento disfuncionalidad familiar de leve a severa, medida a través de APGAR familiar. El 46.9% respondió entre ninguna y regular relación con el padre, 25.3% con la madre, 38.9% presentaba violencia familiar, 25.8% depresión, 23.2 % consumo de alcohol, 36.3 % pensaban que no iban a quedar embarazadas, 26.8% deseaban tener hijos. La buena funcionalidad tuvo relación significativa con la no presencia de violencia, no embarazo menor de 17 años, no empleo de anticoncepción, no presencia de abortos y hablar sobre temas de embarazo y sexualidad con los padres.

Trinidad Noguera et al. <sup>17</sup> en 2015, realizó un estudio de tipo cualitativo a 16 participantes divididos en dos grupos, 8 adolescentes embarazadas entre 12 y 19 años y otro de 8 con tutores o padres en la casa hogar VIFAC del Estado de Veracruz, para identificar los factores que influyeron desde la perspectiva de la adolescente para que ésta quedara embarazada. Los resultados reportaron que la mayoría provenía de una familia de tipo monoparental materna, situación que exigía por parte de la madre realizar actividades laborales fuera de casa para estabilidad económica, provocando el tiempo dentro del hogar para la educación y comunicación con las adolescentes fuera mínimo o nulo.

La expresiones de algunas madres fueron: "... considero que tenía cierta culpa ya que cuando llegaba de trabajar me dedicaba más a descansar que a convivir con mi hija y prestarle importancia a sus problemas..." o "... nuestra relación se fue deteriorando después de la muerte de su papá..." , y "... además casi no



*platicábamos porque yo llegaba tarde de trabajar y ella prefería irse con sus amigos...” posterior al embarazo las relaciones mejoraron y recibieron apoyo familiar. “... la relación con mi hija hoy en día es excelente no así antes del embarazo ya que pasaba mucho tiempo sola debido a mi carga de trabajo...” “... ahora que está embarazada le he expresado mi apoyo y todas aquellas palabras que se negaba a oír tiempo atrás...”.*

La opinión de algunas adolescentes:

*“... gracias al embarazo he podido acercarme a mi mamá...” y “... que nuestra relación ha mejorado de manera significativa...”, sobre el motivo por el cual tuvieron relaciones sexuales sin protección fueron respuestas variadas “... era atracción mutua...” o “...fue por una calentura...” “... ya me quería salir de mi casa.” “... consideraba que ya era el momento indicado ya que llevaba más de 3 años con mi pareja y que mi error fue no cuidarme...”.*

Lugo Cortes <sup>18</sup> realizó un estudio en 2006, sobre conocimientos y uso de métodos de planificación familiar en adolescentes solteras de 15 a 19 años embarazadas de la UMF 47 del IMSS en San Luis Potosí, participaron 186, la mayoría fueron primigestas con 77.4%, el 98.3% respondió conocer algún método de planificación familiar. La escuela fue donde conocieron los métodos en un 53.7% a través de los libros, el 31.1 fue a través de los medios de comunicación, y solo 6.9 % fue a través de la institución de salud. Respecto al informante ellas consideraron que deben ser los padres en un 51.6%, en la institución de salud mediante las trabajadoras sociales en 45.7% y el médico familiar en 43%. El 74.7% no usaron método de planificación familiar en el inicio de vida sexual, respondiendo que al momento no lo necesitaba en 72.5%, el 10.7 quería embarazarse. El 70.4% señalaron que no usaron método en el posparto porque no lo necesitaban por no tener relaciones sexuales. El 79.2% no usó método anticonceptivo sin interrupción en su posparto.



En 2014, Guillén Terán <sup>19</sup> realizó un estudio con 80 adolescentes de 14 a 18 años sobre el nivel de conocimiento y percepción sobre el uso de métodos anticonceptivos frente a la prevención del embarazo no deseado en la institución educativa ludoteca, Ecuador. Los resultados señalaron que el 87.5% estuvieron muy de acuerdo que el embarazo no deseado es consecuencia de no tener información sobre el uso de los métodos anticonceptivos. El 31.2% había comenzado su vida sexual, de los cuales el 44% utilizaron el preservativo masculino, 16% hormonales inyectables, 12% no utilizan ninguno, coito interrumpido 12%, método del ritmo 8% y el implante 8% para protegerse, el 60% respondieron que a veces no utilizan los métodos anticonceptivos, por la falta de control de los impulsos, el 27,2% consideraron al preservativo como un elemento que resta sensibilidad a la relación con su pareja, el 87.5 %, respondieron que conociendo el uso correcto de los métodos anticonceptivos se puede prevenir embarazos y coincidieron el 81.2 % que un embarazo truncara su proyecto de vida. El 45% escogieron que es por la falta de información correcta y veraz que las adolescentes se embarazan, seguido de un 28.7% escogieron que no les importa el embarazo o a ellas no les va pasar y 26.2 % adolescentes por flojera de utilizar un condón.

Calderón Montoya <sup>20</sup> en 2013 en Perú realizó un estudio en adolescentes con embarazo reincidente sobre las percepciones sobre el uso de métodos anticonceptivos. Reportó que la edad promedio fue de 18 años, el 45.5% tuvo estudios secundarios completos y el 82% eran solteras. El primer embarazo en el 37% fue a los 15 años, el 27% a los 16 años y el 18% a los 14 años. El 64% de las adolescentes tuvieron como antecedente un aborto y el 9% dos abortos. Las percepciones más mencionadas por las madres adolescentes en cuanto al uso de métodos anticonceptivos, basada en la actitud familiar fue: *“...La verdad no... antes no conversamos... mi mamá me dice que de repente es eso lo que faltó... no sabía cómo decirme... ellos no pensaban que yo iba a hacer esto por eso no me hablaban...”* Basada en la actitud de la pareja fue: *la mayoría de entrevistadas*



*respondió que nunca se había tocado el tema con sus parejas, por tanto, no sabían que pensaban ellos. Basada en la información del establecimiento de salud, opinaron que muchas veces no han acudido por vergüenza o el temor al ser juzgadas mal - "...Porque prácticamente tengo miedo que conozcan a mi familia o que piensen que tuve relaciones y pueden pensar lo peor de mí..." las que acuden en la actualidad opinan que la información que tienen no es la suficiente "...Yo creo que falta mucho más... yo creo que entendemos bien si uno se informa más...", "...Siempre te dan así, pa' que leas, no te enseñan ningún video...", "...Más vale que te digan directo...que con rodeo... así puedo entender lo que dicen...". Pese a que las madres adolescentes tienen planificado el uso de algún método anticonceptivo no han decidido cual - "...Inyectable, por el momento sólo me han mencionado, solamente el preservativo, las píldoras, los inyectables tampoco prácticamente sé que el inyectable es al mes, al mes ¿no? ... dicen que la ampolla que engorda, luego, la T de cobre también te viene cáncer también..."*

Huaman Santillan <sup>21</sup> realizó un estudio en Perú en el año 2015, sobre factores de riesgo asociados a la reincidencia de embarazo en adolescentes, incluyendo a 172 participantes divididas en dos grupos: 86 madres adolescentes con embarazo reincidente y 86 con embarazo único. Los resultados sobre los factores sociodemográficos asociados fueron la edad de la madre, observándose que existe la probabilidad de 2 veces mayor riesgo de un embarazo reincidente en adolescentes de 10 a 15 años (OR= 2.1). El ser ama de casa fue un factor de riesgo asociado al embarazo reincidente en adolescentes, existe 4 veces mayor probabilidad de embarazo reincidente en aquellas adolescentes que son amas de casa (OR=4.6). Los factores gineco obstétricos fueron la edad de inicio de relaciones sexuales con probabilidad 5 veces mayor riesgo de un embarazo reincidente en mujeres que inician su vida sexual entre los 13 a 14 (OR =5.2), así como 3 veces mayor riesgo de tener una reincidencia cuando tienen 2 o más parejas sexuales (OR=3.3). Los factores sociales reportados fueron el no recibir



apoyo económico por la pareja tiene 3 veces más riesgo de reincidencia. (OR=3.3) y no vivir con los padres de 2 veces más riesgo (OR=2.3).

Rojas Betancur et al <sup>22</sup> realizaron un estudio en 2016, sobre el papel de la familia en la normalización del embarazo a temprana edad con 16 madres adolescentes en Colombia, los resultados reportaron que el contexto común de las madres adolescentes entrevistadas fue el origen familiar disperso en la tipología familiar, como familias recompuestas y familias tipo monoparental *“Sí, mi hermano mayor es del primer señor que mi mamá tuvo, ya después mi papá tuvo tres más y después... no sé, tuvieron problemas, pasaron los años y mi mamá encontró al hombre que la valorara y eso, ahorita tienen una niña”* (P 7: E. Madres adolescentes E.B\_1). Señala que el trayecto de vida de las adolescentes es frecuentemente problemático en el aspecto de violencia, recursos económicos, afecto familiar, y educativas que condiciona la recomposición familiar. *“Me críe siempre en las peleas y todo eso no rendía bien en el colegio ni nada (...). No me gustaba, no sé, que me dijeran nada, me acostaba a dormir, no hacía nada, a veces hacía tareas a veces no, no iba a estudiar así (...), una vez tuve una pelea con mi papá entonces yo me fui acá de la casa... yo me la pasaba mucho en la calle y eso y quedé embarazada y ya”* (Madres adolescentes E.B\_5).

Al enfrentarse con la noticia de embarazo, las familias realizaron estrategias de reacomodamiento para normalización social antes que preocuparse por una educación y prevención de su salud sexual.

*“Mi embarazo no fue un problema para mi mamá. No, de pronto porque ella pasó lo mismo y la hija de ella también, ella lo ve normal”* (Madre adolescente en protección ICBF\_2).

*“Mi papá me decía todas esas cosas, pero con insultos y malas palabras. Eso están con usted y [los hombres] la escupen”* (Madre adolescente E.B\_5).

*“Pues yo en algún momento pensé en que no naciera, pero no pensé en que por lo menos yo ir a sacármelo, no, más bien pensé como algo de que se me diera y*



*ya, pues yo pensaba: ya todo el mundo sabe que yo (risas) voy a tener un hijo, igual ya que, pero no, después uno se arrepiente de todas esas cosas, son bobadas” (Madres adolescentes E.B\_5).*

Barreto Hauzeur et al <sup>23</sup> en su estudio llevado a cabo en Bogotá en 2013 acerca del embarazo en adolescentes y su significado relacional en el sistema familiar incluyó a diez familias con adolescente gestante y un grupo focal con 12 adolescentes embarazadas reportando que la mayoría de las adolescentes entrevistadas se describen y son descritas por sus padres como “niñas de su casa”, de manera que su cotidianidad se desarrolla en el ámbito doméstico. La mayoría con asignación de rol que no le corresponde sobre el cuidado de sus niños menores. En la mayoría no se observó proceso de autonomía e incluso aquellas que conviven con su pareja lo hacen cerca de su familia de origen. El embarazo lo percibieron inicialmente con miedo, incluso con deseos de abortar, además de catalogarlo como un error, que generó desilusión personal y familiar, y posteriormente lo etiquetaron como una bendición, incluso que puede mejorar la vida de adolescente, además de que la unión familiar se fortaleciera hacia la embarazada. No todas tenían pareja, y las reacciones ante la noticia principalmente fue de temor y separación posterior. La mayoría de las familias de origen fueron desintegradas o reconstituidas. El apoyo principalmente materno influyó para continuar con la gestación.

Barcelata Eguiarte et al <sup>24</sup> realizan un estudio en 2014 en Cd. de México con 47 adolescentes divididos en dos grupos 26 embarazadas y 21 no embarazadas sobre funcionalidad familiar, los resultados reporta la mayoría de las embarazadas se encontraba en el grupo de 13 a 15 años, con nivel de estudios secundaria, estudiantes, la mayoría el padre no había estudiado, y la madre con nivel de estudios de primaria. Existió diferencia significativa en cuanto a cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar entre ambos grupos y concluyen que la familia puede ser un factor de riesgo para un embarazo prematuro.



Moreno <sup>25</sup> en 2016 en Colombia, realizan una investigación sobre el nivel de conocimientos de planificación familiar en embarazadas, bajo el nivel mínimo aceptable que consistió en obtener el 90% de respuestas correctas de acuerdo a su instrumento de recolección de información, donde reporta que el 94% manifestaron conocer un método de planificación familiar, 70% fueron embarazos no planeados, el nivel de conocimiento mínimo aceptable fue de 26.2%, siendo el más bajo para anticonceptivos 11.8%, principalmente sobre el uso correcto y las reacciones adversas.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo y la maternidad en las adolescentes implican riesgos y consecuencias importantes para la madre y su descendencia. La edad que ocurre el nacimiento del primer hijo es de relevancia debido a que el inicio de la maternidad a edades tempranas tiene consecuencias particulares tanto en la vida de las personas como en el ámbito demográfico. Por ello, es considerado un problema de salud pública, las adolescentes comparadas con mujeres de edad adulta, tienen el doble de probabilidad de morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto; y sus hijos también corren el riesgo de morir antes de cumplir un año, además de existir repercusiones en el ámbito educativo, económico, y de proyecto de vida.<sup>9</sup>

La tasa global de fecundidad en Tabasco se incrementó de 2.15 en 2009 a 2.26 en 2014 de acuerdo a los resultados de la ENADID, además los niveles de fecundidad en adolescente pasaron de 69.57 a 73.87.<sup>26</sup> El inicio de vida sexual fue de 15.8 años en promedio. Existe diferencia de casi un año entre las entidades federativas donde ocurre a una edad más temprana, 15.4 años (Tabasco y Coahuila) y aquellas en que se retrasa un poco más (Querétaro, Guanajuato y Puebla) donde ocurre alrededor de los 16.2 años.<sup>9</sup>

En Tabasco el mayor porcentaje de embarazo no planeado o no deseado se encuentra entre las mujeres de 15 a 19 años con 40.6%. Aunque se han logrado grandes avances en la accesibilidad y calidad en la prestación de los servicios de planificación familiar y anticoncepción, siguen existiendo deficiencias de información y servicios sobre anticoncepción en la población adolescente lo cual se refleja siendo el grupo de edad con mayor necesidad insatisfecha de anticonceptivos con 13.1%.<sup>27</sup>



Lo ideal es que la adopción de algún método anticonceptivo comience desde el momento en que deciden iniciar una vida sexual, sin embargo, de acuerdo a los resultados de la ENADID 2014, la brecha entre la edad mediana, a la cual comienzan las relaciones sexuales las mujeres y la edad mediana a la que inician con el uso de algún método anticonceptivo de forma continua es amplia, incluso dentro de ese lapso ocurren transiciones de vida importantes como la primera unión y el nacimiento del primer hijo. La mitad de las mujeres de Tabasco tuvo su primera relación sexual en la adolescencia y la utilización del primer método anticonceptivo es posterior hasta cuatro años.<sup>26,27.</sup>

A pesar de que existen acciones y políticas que pretenden asegurar las condiciones de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y el ejercicio de derechos de las adolescentes, persiste una serie de problemáticas y deficiencias. Por esta razón, el grupo de población cuya atención en materia de salud reproductiva es prioritaria es el de mujeres de entre 10 y 19 años.<sup>9</sup> Del total mujeres en edad fértil en Tabasco que conoce y sabe usar al menos un método anticonceptivo, quienes tienen menor porcentaje son las adolescentes, las que no tienen escolaridad y primaria incompleta, y por lugar de residencia las del área rural y los hablantes de alguna lengua indígena.<sup>26</sup>

La utilización efectiva de MPF es una de las principales herramientas para prevenir el embarazo en adolescentes. La oferta de métodos anticonceptivos para las adolescentes se debe basar en sus deseos reproductivos, su plan de vida, sus necesidades de salud particulares y la efectividad de los métodos. La OMS estipula que las y los adolescentes pueden usar cualquier método de anticoncepción y deben tener acceso a una gama de opciones. La edad, por sí misma, no constituye una razón médica para negar algún tipo de método.<sup>9</sup>

### **Pregunta de investigación**

¿Cuál es la percepción de las adolescentes embarazadas ante la planificación familiar en un área rural y urbana de Tabasco?



### III. JUSTIFICACIÓN

La población adolescente representa una cantidad importante en diferentes regiones del mundo. La UNICEF reportó en 2010 que 18% de la población mundial se encontraba en la edad de la adolescencia, 88% vivían en países en desarrollo y 19% de las adolescentes en países en desarrollo han tenido un embarazo antes de los 18 años.<sup>28</sup>

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.<sup>29</sup>

El Banco Mundial reportó que las mayores tasas de embarazos en adolescentes se dan en América Latina y el Caribe correspondientes a 72 nacimientos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años, después de África subsahariana y el sur de Asia (con 108 y 73 nacimientos, respectivamente) <sup>30</sup>. Si bien las tasas están disminuyendo en todo el mundo, en América Latina este proceso ha sido extremadamente lento. Un dato preocupante es que América Latina y el Caribe es la única región donde los nacimientos de madres menores de 15 años aumentaron.<sup>31</sup>

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) agrega a esto que 22% de las adolescentes en América Latina y el Caribe inician su vida sexual antes de los 15 años, el porcentaje más elevado entre las diferentes regiones, comparado con 11% de las mujeres y 6% de los hombres, a nivel mundial. <sup>32</sup>

En México, la CONAPO estima que en México casi una de cada cinco personas tiene entre 10 y 19 años. Esto significa que en el país viven 22.4 millones de



adolescentes. Prácticamente la mitad (11.3 millones) tienen de 10 a 14 años y 11.1 millones tienen entre 15 y 19 años.<sup>12</sup>

En México la fecundidad ha disminuido en las mujeres adultas, sin embargo, en las adolescentes observan mínimos cambios, siendo para 2015 la tasa específica de fecundidad en adolescentes de 65.5 nacimientos por cada 1 000 mujeres en ese grupo de edad, por lo tanto, la contribución de las adolescentes a la fecundidad ha sido constante, alrededor de 16% de los nacimientos estimados en el país es de mujeres en este grupo de edad.<sup>9</sup>

En conjunto, 17.6% de los nacimientos ocurridos en 2012 en México corresponde a mujeres menores de 20 años, lo que da como resultado, aproximadamente, 400 mil nacimientos. Es decir, prácticamente uno de cada cinco niños que nacen tiene como madre a una adolescente.<sup>33</sup>

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública, ocho de cada 100 adolescentes mexicanas tienen hijos y 50% de las madres adolescentes en México, tienen menos de 17 años.<sup>9</sup>

El uso de métodos de planificación familiar se ha convertido un principal determinante para la fecundidad, constituye una herramienta primordial de control de natalidad con los que cuenta la población para decidir el tamaño de la familia que desea, evitar periodos intergenésicos cortos y prevenir enfermedades de transmisión sexual.

En datos proporcionados por Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012), indica que una de cada tres adolescentes que tienen vida sexual activa no utilizó un método anticonceptivo en su primera relación sexual, y 37% tampoco lo usó en su última relación sexual. En cuanto a los hombres, esta misma fuente estableció que 15 de cada 100 adolescentes sexualmente activos no utilizaron un



método anticonceptivo en su primera relación sexual, y cerca de 17% tampoco lo hizo en su última relación sexual. <sup>8</sup>

Los resultados de este estudio permitirán a los médicos familiares diseñar estrategias para que las adolescentes participen en el programa de planificación familiar de manera activa, continua y permanente, sobre todo, con una atención individualizada de acuerdo a las necesidades y expectativas de cada paciente, ya que se logran identificar los factores asociados a una reincidencia de embarazo adolescente. De igual manera, podrán ofrecer diferentes métodos y educación reproductiva cuales aplicados de manera correcta logran sensibilizar a la paciente sobre la aceptación de métodos de planificación familiar.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



## IV.OBJETIVOS

### 4.1 General

Interpretar la percepción sobre planificación familiar en las adolescentes embarazadas de un área rural y urbana del Estado de Tabasco.

### 4.2 Específicos

- 1) Describir las variables sociodemográficas y clínicas que pueden influir en el juicio de percepción de las adolescentes ante los métodos de planificación familiar.
- 2) Analizar la percepción de las adolescentes embarazadas, basada en la actitud familiar ante el uso de métodos de planificación familiar.
- 3) Indagar la percepción de las adolescentes embarazadas basada en la actitud de la pareja ante el uso de métodos de planificación familiar
- 4) Comprender la percepción de las adolescentes embarazadas ante el uso de métodos de planificación familiar.
- 5) Identificar la percepción de las adolescentes embarazadas ante el uso de MPF basada en la información brindada por el servicio de salud



## V. MATERIAL Y MÉTODOS

### 5.1 Tipo de investigación

El presente estudio es de enfoque cualitativo, con un componente descriptivo en pacientes adolescentes embarazadas de un área rural (Municipio de Cunduacán) y un área urbana (Municipio de Centro) en Tabasco. Partiendo de que la investigación cualitativa tiende a ser holista, se sustenta en la hermenéutica, la fenomenología y el interaccionismo simbólico. Se interesa por la comprensión e interpretación de un fenómeno e incluye las intenciones, motivaciones, expectativas, creencias y el significado a través de la experiencia de los sujetos.<sup>34</sup>

El estudio se orientó en obtener información sobre la percepción ante el uso de métodos anticonceptivos, desde el punto de vista de los protagonistas, las adolescentes embarazadas, con el propósito de conocer su experiencia y el modo en que lo interpretan. La investigación se llevó a cabo de marzo a diciembre de 2018.

### 5.2 Caracterización de los informantes

Los participantes en esta investigación fueron 16 pacientes embarazadas adolescentes, (ocho del H. Cunduacán y ocho del Municipio del Centro) que acudieron para valoración médica en las unidades de salud de la Secretaría de Salud en el Estado de Tabasco, al sureste de México.

### 5.3 Escenario del estudio

La investigación tuvo como escenario las instalaciones del Hospital General de Cunduacán del municipio de Cunduacán y el Centro de Salud con Servicios Ampliados de Tierra Colorada del municipio de Centro, del estado de Tabasco; unidades que atienden a población usuaria del Sistema de Protección Social en



Salud perteneciente a la Secretaría de Salud de acuerdo a sus zonas de cobertura en atención.

#### **5.4 Selección de participantes**

Para la selección de los 16 informantes, se consideró a las embarazadas adolescentes que acudieron a valoración médica de las áreas seleccionadas (urgencias y consulta externa). Posteriormente, se les informó sobre los objetivos del estudio y con el consentimiento (anexo 1) se les invitó a participar en la entrevista a profundidad.

#### **5.5 Procedimiento y técnicas de producción de datos**

Las entrevistas fueron realizadas en un espacio privado, donde se sintieran cómodas, sin sentirse presionadas, con la libertad para expresarse de una manera espontánea y sincera, respondiendo de acuerdo a lo planteado en la guía de entrevista.

La flexibilidad empleada durante la entrevista permitió conocer la percepción de las pacientes sobre planificación familiar, aportando su experiencia, ideas, y expectativas.

Durante la entrevista estuvo presente el entrevistador (investigador principal) y los informantes. El lugar donde se llevó a cabo fue un consultorio, donde se garantizó la confidencialidad de los informantes. El tiempo promedio de cada una de las entrevistas fue de 25 minutos. El instrumento utilizado fue el de Calderón, 2014 adaptado de acuerdo a las categorías preestablecidas.<sup>20</sup>

Para la recolección de la información se utilizó grabadora de audio y video, para la transcripción de los datos se empleó el programa Expres Scribe, se codificaron los discursos de los informantes, posteriormente se agruparon en las categorías establecidas.



Las preguntas detonantes consideradas en la guía de entrevista se agruparon en cuatro categorías (Tabla 1).

El instrumento guía sirvió de apoyo para llevar un orden con respecto a las preguntas que se realizaron a las adolescentes embarazadas, recolectando la información acerca del proyecto de investigación.

**Tabla no.1 Categorías de análisis**

CATEGORÍAS	CONTENIDOS ASOCIADOS
1.- Caracterización sociodemográfica y clínica	Edad, gestas, estado civil, escolaridad, lugar de residencia
2.- Percepción de las adolescentes embarazadas ante el uso de MPF, basada en la actitud familiar	Estructura, comunicación, información recibida y relación con la familia de origen
3.- Percepción de la adolescente embarazada basada en la actitud de la pareja ante el uso de MPF	Comunicación, relación y actitud de la pareja para la utilización de PF
4.- Percepción de la adolescente embarazada ante el uso de Métodos Anticonceptivos	Conocimientos de PF, beneficios, contraindicaciones y utilización previa y futura
5.- Percepción de la adolescente embarazada ante el uso de MPF basada en la información brindada por el servicio de salud	Atención e información recibida en el servicio de salud para la selección de PF

**Fuente:** Codificación de entrevistas



## **5.6 Procesamiento y análisis de la información.**

Para el análisis de los datos obtenidos, se agruparon los discursos que se consideraron significativos para el objeto de estudio, según los grupos del área urbana y rural, se categorizaron y codificación según categorías preespecificadas, cuando fue pertinente se empleó el método de reducción y se realizó el proceso de análisis-síntesis de los discursos.

## **5.7 Rigor del estudio**

Para efectos de garantizar la fiabilidad y validez del estudio participaron expertos que aprobaron el diseño establecido, así como el contenido de las preguntas de la guía de entrevista, se analizaron las categorías, se supervisó el proceso de reducción o saturación de los discursos y la triangulación de la información.

## **5.8 Consideraciones éticas**

El estudio realizado se apegó a las disposiciones establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos y de la investigación en comunidades (1983). Se consideró lo estipulado en el Título segundo, del capítulo I, los artículos 13, 14, 16, 17, 18, 21, 22, 24 y del capítulo II, el artículo 29.

Los participantes recibieron un trato de respeto, protegiendo su bienestar y derechos, se explicó a cada participante en qué consistía la investigación, los objetivos de estudio, y el abordaje para la recolección de la información. La investigación se ajustó a los principios científicos y éticos. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito, donde el participante determinó su participación en el estudio. Se protegió la privacidad de las participantes mediante la confidencialidad únicamente se solicitó el código del paciente y lugar de origen o residencia. En toda la información obtenida se garantizó la privacidad de los participantes.



## **VI. RESULTADOS**

### **Presentación y análisis de los discursos**

En primer término, se describen las características sociodemográficas, y clínicas que pueden influir en la percepción de las adolescentes, después se expone el resultado obtenido de la percepción de las pacientes embarazadas ante los métodos de planificación familiar, para dar respuestas a la pregunta de investigación y los objetivos del estudio.

### **Discursos de los informantes con respecto a la percepción de planificación familiar, según categorías analizadas**

#### **Categoría 1. Características sociodemográficas y clínicas:**

Las características sociodemográficas de la población adolescente son de utilidad al permitir orientar sobre políticas públicas o estrategias de acción de acuerdo a las condiciones y necesidades de los adolescentes.<sup>13</sup> Además permite identificar un panorama sobre la población estudiada rural y urbana del estado de Tabasco, teniendo como antecedentes que los adolescentes constituyen una población importante en las mujeres con edad fértil, además de ser de los grupos con menor disminución en la fecundidad, y uso de anticonceptivos.<sup>12</sup> Durante la adolescencia uno de los diferentes aspectos por considerar es la sexualidad, donde se encuentran las conductas de riesgo, y una de ellas es frente al inicio de vida sexual a temprana edad, el poder identificarlas permiten áreas de oportunidad para orientar y prevenir los riesgos.<sup>9</sup>

El embarazo adolescente condiciona repercusiones en diferentes ámbitos; con frecuencia son embarazos no planificados, con uniones o matrimonios prematuros que puede o no estar de acuerdo la pareja, además de ser factor para deserción escolar y cambio en sus actividades al asumir el tipo de familia tradicional y otras responsabilidades.<sup>12</sup>



En la tabla N.2 se observa que todas las adolescentes viven con una pareja, la mayoría en unión libre, la mayoría cuenta con nivel educativo secundaria, la mayoría son amas de casa, la edad promedio de inicio de vida sexual activa fue a los 15 años, con una edad mínima de inicio a los 13 años, la edad del primer embarazo fue a los 16 años en promedio, la mayoría fueron primigestas, sólo una de ellas tuvo aborto previo y una cuenta con un hijo, la edad de la pareja de las adolescentes es de 21 años en promedio, con una edad mínima de 17 años, la mayoría de sus parejas poseen estudios de primaria y preparatoria, la mayoría de las madres de las adolescentes cuentan con nivel educativo primaria.

**Tabla 2. Características sociodemográficas y clínicas.**

Variables	Respuestas	f	%
Edad	10 a 13	0	0
	14 a 16	6	37.5
	17 a 19	10	62.5
Estado civil	Casadas	3	18.7
	Unión libre	13	81.3
Grado de estudios	Primaria	4	25
	Secundaria	8	50
	Preparatoria	3	18.7
	Sin estudios	1	6.3
IVS	15.5 Años (media)	Edad mínima 13	Edad máxima 18
Ocupación	Estudiante– Ama de C.	2	12.5
	Ama de casa	14	87.5
Edad al 1er embarazo	16 años (media)	Edad mínimo 13	Edad máximo 18
No. Gestas	Primigesta	14	87.5
	Secundigesta	2	12.5
Abortos	Si	1	6.3
	No	15	93.7
Hijos vivos	Si	1	6.3
	No	15	93.7
Edad de la pareja	años (media) 21.5	Edad mínima 17	Edad máxima 27
Escolaridad de la pareja	Primaria	6	37.5
	Secundaria	4	25
	Preparatoria	6	37.5
Escolaridad de la madre	Primaria	9	56.2
	Secundaria	3	18.7



	Preparatoria	1	6.3
	Profesional	1	6.3
	Sin estudios	2	12.5

Fuente: Resultados de las entrevistas

## **Categoría 2. Tipo, relación y comunicación de la familia de origen frente al uso de métodos anticonceptivos.**

La familia, como núcleo social primario, donde se establecen las funciones familiares de tipo afectiva e instrumental para todos los integrantes, se adquieren valores, aprenden hábitos y conductas, constituye el principal recurso para un desarrollo y crecimiento adecuado, por lo tanto, la familia puede favorecer o afectar la salud de acuerdo a su estructura y función.<sup>9,10,35</sup>

Una de las funciones de la familia es la educación, donde se encuentra inmerso el tema de salud sexual y reproductiva cuando los hijos comienzan con el interés sexual, sin embargo, por parte de los padres puede existir un desconocimiento al momento de abordarlos en temas relacionado con la salud, con la dificultad de aclarar dudas, no identificando sus necesidades y riesgos.<sup>10</sup>

De las informantes del área rural, la mayoría ven como figura de crianza a los padres, a diferencia del área urbana donde la mayoría ve como a su figura de crianza únicamente a la madre, en ambos tipos de población se encontró que provienen de familias desintegradas, es decir monoparentales o no parentales, que presentaron a lo largo de la vida algún evento paranormativo que determinó el tipo de familia, según se expresa en los discursos:

*“primero viví con mis papas, se separaron como hasta los 10 años, después viví con mi abuela”* (adolescente, 14 años, zona rural).

*“mi mama falleció cuando tenía como 6 años, y mi papa se juntó nuevamente con otra persona al tener dos meses de muerta mi mama”* (adolescente, 16 años, zona urbana).



*“no, primero viví con mi papá hasta como a los 14, mi mamá se fue y después viví con mi abuela paterna como 4 años, de ahí me junté”* (adolescente, 17 años, zona rural).

*“sí, a mi papá sí lo conocí, pero se separaron cuando tenía como 8 años (adolescente de 16 años, zona urbana).*

La adolescencia es una etapa de cambios, representa una crisis normativa del ciclo vital individual y familiar, donde la comunicación y las relaciones familiares son importantes para afrontarlas, además de que se identifican cuáles son las tareas del desarrollo y guías anticipadas, de lo contrario constituye un factor de riesgo para alterar la dinámica familiar. La familia es la principal fuente donde se llevan a cabo funciones instrumentales y afectivas, así también donde se promueven valores en beneficio del crecimiento, desarrollo e independencia de los hijos.<sup>10</sup>

De las informantes la mayoría de ambas zonas rural y urbana expresaron que las relaciones actuales en su familia son buenas en términos generales. Manifestaron que, al presentar el evento crítico de embarazo, las primeras reacciones fueron de enojo o desagrado por parte de la familia, y posteriormente lo aceptaron y sintieron apoyo familiar. Así lo expresan en los discursos:

*“la relación es buena, porque hay comunicación y hay apoyo en cualquier situación difícil”* (adolescente 19 años, zona urbana).

*“pues nos llevamos más o menos porque no aceptaban que me había juntado ya, pero si me están apoyando con eso, las cosas de mi embarazo, mis abuelos están muy alegres”* (adolescente 16 años, zona rural).



*“se enojaron un poco porque decían que estaba chica, que me esperara un poco, solo cambio en eso, actualmente pues me apoyan ya, a principio como que no les pareció”* (adolescente 19 años, zona rural).

*“pues si primero se sorprendieron porque era menor de edad y toda la cosa, pero lo tuvieron que aceptar, hubo enojo por parte de mi papá, porque si lo veo pero casi no mucho que digamos”* (adolescente 17 años, zona urbana)

En el interior de la familia, es frecuente la omisión por parte de los padres sobre educación sexual, en ocasiones por miedo o por desconocimiento, en otras familias si aportan información sexual sin embargo la calidad es inadecuada, incompleta, con gran influencia de la cultura, religión y mitos. La educación sexual de no efectuarse en la familia, es reemplazada por la entidad educativa, sin embargo puede ser también insuficiente o de mala calidad por omisión o desconocimientos de los temas, estas circunstancias afectan el desarrollo de los adolescentes y exponen a conductas de riesgo con consecuencias como un embarazo adolescente.<sup>9</sup>

La mitad de las adolescentes (zona rural) manifestó que no recibió información por parte de la figura de crianza sobre planificación familiar, la otra parte expresa que recibió algún tipo de información, aunque de forma insuficiente y mencionan que la actitud de los padres cuando se dirigieron a ellos fue sin timidez. El grupo de adolescente de la zona urbana la mayoría dijo no recibir información por parte de su familia. Los discursos se centraron en lo siguiente:

*“sí, pues que había para cómo cuidarse poniéndote el... Como se llama. Es que no me acuerdo como es que me decían el que se pone, o pastillas o inyecciones”* (adolescente, 18 años, zona rural).

*“mmm no, ninguna vez”* (Adolescente, 17 años, zona rural).



*“pues no, porque ya ve como eso casi no se daba hasta ahora que se viene dando lo de la planificación, nada más mencionaron lo de la pastilla, fue mi mama”* (adolescente 19 años, zona urbana).

*“si, pero ya cuando estaba embarazada antes no”* (adolescente 15 años, zona urbana).

### **Categoría 3. Comunicación con la pareja acerca del uso de Métodos Anticonceptivos**

Al presentarse un embarazo adolescente, es frecuente que sea resultado de un acto no planeado, secundario a una relación esporádica o circunstancial, por tal motivo condiciona que exista unión o matrimonio a temprana edad y que además la pareja puede no estar de acuerdo y no asumir la responsabilidad.<sup>35,12</sup>

La planificación familiar permite a la pareja determinar el número de hijos que desea, así como el tiempo intergenésico en el nacimiento de cada hijo, responsabilidad que deben de asumir tanto la mujer como el hombre.<sup>14</sup> Por lo tanto el hombre juega un papel importante en el apoyo y desarrollo de las necesidades de salud de la pareja, apoyando y participando en la toma de decisiones para una salud reproductiva que incluye la planificación familiar.

Las adolescentes de ambas zonas (rural y urbana) tienen pareja. La mayoría adolescentes manifestaron que tienen una relación satisfactoria mencionando el cuidado y la atención según se presenta a continuación:

*“vamos bien la verdad, me cuida mucho y por eso pues me trae al doctor y todo”* (adolescente 17 años, zona rural).

*“Que es buena, hay buena comunicación y confianza y nos llevamos bien”* (adolescente 19 años, zona urbana).



Sobre las actitudes mostradas por parte de la pareja ante la noticia del embarazo, en la mayoría de las parejas de ambos tipos de población fueron reacciones emotivas de felicidad, según expresan en los discursos:

*“pues se puso alegre porque quería que me yo me embarazara”* (adolescente 18 años, zona rural).

*“mmm emoción, pues fuimos hacer la prueba juntos... estaba feliz”* (adolescente 17 años, zona urbana).

*“pues se puso un poco nervioso y todo, pero pues dijo que se iba ser responsable, que nos íbamos hacer responsable los dos del bebe”* (adolescente 16 años, zona urbana).

La participación de la pareja ante la planificación familiar puede ser factor para la elección de un método anticonceptivo, fomentando o no aceptando su utilización, incluso en algunas ocasiones coaccionando o dejando toda la responsabilidad de la toma de decisiones en un solo integrante. Esto se refiere a la equidad de género en salud, que señala poder ejercer sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva para ambos sexos para ejercer su decisión en cuanto a decidir el número de hijos y sus intervalos de nacimientos.<sup>12</sup>

De las adolescentes de ambos tipos de población la mayoría respondieron que la actitud de la pareja es de aceptación ante el uso de planificación familiar mencionando deseos de cuidarse en un próximo embarazo, según expresan en los siguientes discursos:

*“pues dice que esteee...ahora que tengamos al niño, que nos cuidemos unos años pues para que no me embarace”* (adolescente 17 años, zona rural).



*“ehh bueno pues estamos planeando cuidarnos ahorita teniendo al bebé, estamos buscando un método que sea... ¿cómo se dice? ..para no tener otro bebé, es algo en que los dos lo hemos platicado y estamos de acuerdo”* (adolescente 19 años, zona urbana).

Uno de los cambios ante el embarazo adolescente es sobre su ámbito social, enfrenta a nuevas tareas y responsabilidades que no realizaban en la infancia o en su etapa de adolescencia o que eran realizadas por otro integrante de la familia de origen.<sup>8</sup> Al ser madre adolescente es frecuente adoptar un nuevo rol de género tradicional, y dejar actividades o vivencias propios de la adolescencia.<sup>12</sup>

En ambos tipos de población las adolescentes asumen el rol de pareja y cambio de actividades de tipo familia tradicional. La mayoría del área rural mencionan la limitación de realizar actividades físicas que antes realizaban. Por su parte el otro grupo expone que abandonaron la actividad social con las amigas, el ejercicio y la escuela, así como el aumento de los gastos, tal como expresan en los discursos:

*“pues antes si hacía mucho deporte, de jugar fútbol y todo, es que cuando terminé la secundaria ya me ajunté”* (adolescente 17 años, zona rural).

*“pues ya no salir, y nada más... salir con mis amigas, también la escuela lo dejé estaba yo aquí en villa en la secundaria ya estaba yo de tercero”* (adolescente 16 años, zona urbana).

*“mmm por ejemplo las salidas, los gastos, la escuela bueno pues ahorita no estoy estudiando”* (adolescente 19 años, zona urbana).

En ambos tipos de población la mayoría de las adolescentes respondieron que el rol de amas de casas conforma sus nuevas actividades.

*“mmm hago muchas cosas, quehacer lavar ropa, hacer comida, lavar trastes”* (adolescente 14 años, zona rural).



*“ahh pues que por ejemplo no tenía esposo y pues que ahora practico las labores de casa, antes pues no le lavaba la ropa a nadie, no hacía comida y cosas así, entonces ahorita tengo que hace todas esas cosas ...”* (adolescente 19 años, zona urbana).

#### **Categoría 4.** Percepción de la adolescente embarazada ante el uso de Métodos Anticonceptivos

Las adolescentes tienen conocimientos sobre sexualidad y reproducción en la misma medida en que conocen otros aspectos de la vida, el problema deriva en la calidad de esos conocimientos.<sup>22</sup> En ocasiones el conocimiento se basa únicamente en la existencia de los diferentes métodos, y desconocimiento sobre las contraindicaciones, efectos secundarios, y forma de uso adecuado ya que de lo contrario la consecuencia es un embarazo no planeado o enfermedades de transmisión sexual. <sup>25</sup> Como médico familiar es fundamental tener los conocimientos adecuados bajo un abordaje integral del adolescente, aclarando dudas y asegurar al momento de indicar algún método de planificación que el adolescente ha comprendido la información.

A la entrevista sobre el concepto de planificación familiar las adolescentes embarazadas del área rural la mayoría mencionó ejemplos sin tener el concepto definido, por otra parte, el grupo del área urbana la mayoría se refirió al uso como una actividad para cuidado y prevención del embarazo, sin tener un concepto definido. Así se expresan en los siguientes discursos:

*“pues no sé.. Bueno el uso de condón, de las pastillas, del DIU y todo eso”* (adolescente 16 años, zona rural).

*“no sé qué son mmm... el condón, el que te ponen en el brazo na más”* (adolescente 18 años, zona rural).



*“pues no se mucho, es como cuidarse o para prevenir un embarazo no... eso le entiendo yo”* (adolescente 19 años, zona urbana).

*“pues para cuidarse no, y para no tener bebe y aparte para no tener enfermedad”* (adolescente 16 años, zona urbana).

Al efectuar consejería sobre métodos de planificación familiar a los adolescentes se requiere mayor atención dada las características de esta etapa, además que sea lo más completa posible, aclarando dudas de acuerdo a sus necesidades y expectativas.<sup>36</sup>

De las adolescentes embarazadas del área rural, la mitad señala desconocer los beneficios, por el contrario, las otras si conocen los beneficios para evitar embarazos. Del grupo de adolescentes embarazadas del área urbana la mayoría respondieron sobre el beneficio de evitar embarazos y enfermedades. Así lo expresan en sus discursos:

*“mmm pues hay algunos para prevenir enfermedades de transmisión sexual y... Pues no tener embarazos que no lo desean y pasan”* (adolescente 18 años, zona rural).

*“porque te ayudan a que no quedes embarazada, a cuidarte, a tener una mejor vida, para ti, porque también porque no puedes tener un bebé si no tienes nada que ofrecerle, que vida le vas a dar... siento que eso nos ayuda mucho a muchas personas”* (adolescente 19 años, zona rural).

*“que no te embarazas cuando no quieres, y así pues no hay tanto abortos... y para no tener una enfermedad”* (adolescente 17 años, zona urbana).

*“Espaciar los embarazos, no embarazarte a una edad chica y evitar enfermarte”* (adolescente 19 años, zona urbana).



De las pacientes adolescentes embarazadas de ambos tipos de población desconocen las contraindicaciones para el uso de métodos de planificación familiar. Sus discursos así lo expresan:

*“mm no se”* (pacientes adolescentes, 18 años zona rural y adolescente 17 años, zona urbana).

Para evitar los embarazos adolescentes la utilización de métodos anticonceptivos es una de las herramientas con la que se cuenta en los servicios de salud, no obstante existe baja demanda y además los adolescentes son el grupo que plantea retos para el uso antes y después de un embarazo, así como su continuidad.<sup>9</sup> Por lo tanto los métodos anticonceptivos son un recurso valioso para la población en general y específicamente para los adolescentes que inicia su vida sexual, es una tarea primordial de los servicios de salud que se incremente y promueva el uso con una visión positiva para un cambio de actitud de los adolescentes.

En este estudio, la mayoría de las adolescentes de ambas áreas (rural y urbana) refirió no utilizar un método de planificación familiar antes del primer embarazo, la mitad de las adolescentes del área rural y urbana manifestaron que fue por desconocer que método utilizar y las otras porque no desearon utilizarlo a pesar de conocer los riesgos de un embarazo. Así se expresan en los siguientes discursos:

*“no, nunca me cuidé, porque no sabía yo, solo sabía del condón, pero mi pareja no”* (adolescente 16 años, zona rural).

*“no, pues porque no, todo iba natural pues, pues como ya vez que luego después de que... usas método de planificación como todavía soy primera pues todavía no decidí usar uno”* (adolescente 19 años, zona urbana).



*“no, ninguna vez, pues porque o sea si lo sabíamos que existían, pero nunca se nos pasó cuidarnos”* (adolescente 17 años, zona urbana).

De las pacientes adolescentes embarazadas secundigestas de ambas áreas refieren que posterior a su primer embarazo únicamente utilizaron un método anticonceptivo de barrera. Así lo expresan en sus discursos:

*“sí condón y una vez postday”* (adolescente 17 años, zona rural).

*“mmm preservativos, ni pastillas ni inyecciones”* (adolescente 17 años, zona rural).

*“si obviamente, el condón solo”* (adolescente 19 años, zona urbana).

Una de las tareas del desarrollo en la etapa de matrimonio son los acuerdos para planificar la futura paternidad<sup>10</sup>, situación que se omite al presentar un embarazo no deseado, que es motivo de unión forzada entre las parejas, saltándose la etapa prematrimonial para ir directo a la etapa del matrimonio. El embarazo en los adolescentes puede ser un acto no planeado o fortuito, resultado en ocasiones de un noviazgo corto o de una relación sexual esporádica sin protección.<sup>35</sup>

De las adolescentes embarazadas de ambas áreas la mayoría expresó que su embarazo no fue planificado, con los siguientes discursos:

*“no, pues es que paso así de la nada la verdad”* (adolescente 17 años, zona rural).

*“no, porque yo no pensaba tener un bebe a esta edad, quería seguir estudiando, voy a seguir estudiando, pero no estaba en mis planes”* (adolescente 19 años, zona rural).

*“no teníamos pensado, ni lo sabíamos, no teníamos idea que estaba embarazada, bueno el si quería...pero yo todavía no”* (adolescente 15 años, zona urbana).



*“No, porque este no lo habíamos planeado bien... nos descuidamos”* (adolescente 19 años, zona urbana).

Una adolescente del área rural secundigesta expresó que fue un embarazo planificado y la otra adolescente que no lo fue, mientras la adolescente secundigesta del área urbana expresó que fue planificado. Lo expresan en los siguientes discursos:

*“no fue”* (adolescente 17 años, zona rural).

*“no fue planificado, este sí”* (adolescente 17 años, zona rural).

*“sí, nos costó mucho”* (adolescente 19 años, zona urbana).

Durante la adolescencia con base en los conocimientos por parte de la familia, escuela, red social o cultura es posible que se tengan ideas equivocadas o no clarificadas acerca del uso de métodos de planificación familiar sobre todo en los efectos secundarios, los cuáles pueden condicionar a un rechazo o actitud en su utilización. Entre la ideas que destacan está lo que piensan sobre el DIU que se adhiere al útero o al producto, los cambios estéticos como aumento de peso y acné por lo métodos hormonales, es decir constituyen un grupo que refleja el rechazo, mal apego y poca tolerancia a los efectos secundarios.<sup>8</sup> Entre los adolescentes en este estudio, se encontraron diferentes opiniones sobre planificación familiar dignas de tomarse en cuenta, para garantizar una adecuada orientación sobre salud sexual reproductiva y retrasar un embarazo no planificado o precoz y por ende las infecciones de transmisión sexual.

La mayoría de las adolescentes embarazadas de ambas áreas enunciaron apreciaciones positivas acerca de los métodos de planificación familiar, posterior al evento no esperado y al enfrentar su situación actual de embarazo y sus consecuencias. Así lo expresan en los siguientes discursos:



*“por una parte pues si están bien, porque a veces hay personas que no quieren traer a las criaturas al mundo y sufren mucho”* (adolescente 17 años, zona rural).

*“me interesa mucho el tema, la verdad, porque ya quiero cuidarme, ya quiero estudiar mi carrera hacer mi profesión, ya después si Dios quiere más adelante de que yo termine mi carrera pues tener otro”* (adolescente 19 años, zona rural).

*“que son muy importantes obviamente, porque un bebé ahorita no es cualquier cosa se podría decir, y porque hay que cuidarse para no tener un embarazo no deseado como me pasó”* (adolescente 19 años, zona urbana).

*“Son buenos porque te ayudan a decidir cuando quieres tener hijo... o a espaciar tus embarazos”* (adolescente 19 años, zona urbana).

Es importante destacar la importancia de crear un ambiente de confianza para los adolescentes, donde expresen sus necesidades relacionados con la salud sexual y reproductiva, la empatía es un paso hacia una buena relación médico paciente de lo contrario no existirá colaboración para profundizar en el tema o mostrar interés cuando se otorga consejería.<sup>9</sup>

La mayoría de las adolescentes de ambas áreas manifiestan interés al escuchar sobre los temas de planificación familiar. De esta manera lo expresan en los discursos:

*“bueno si me da lo del interés, porque si me interesa mmm nada más”* (adolescente 17 años, zona rural).

*“pues interesante, importante porque es algo que como que todos debemos saber”* (adolescente 19 años, zona urbana).



*“pues bien, a veces me da pena, pero a la vez se escucha algo interesante porque es muy buena información”* (adolescente 16 años, zona urbana).

La planificación familiar dentro del concepto de salud reproductiva ejerce el derecho de decidir cuándo procrear y el intervalo de nacimientos de los hijos <sup>8,14</sup> permite actuar de manera responsable a través de los diferentes métodos de planificación familiar que se encuentran disponibles en el momento que decidan utilizarlo, cubriendo sus expectativas.

La mayoría de las adolescentes embarazadas del área rural no tiene una visión clara de lo que esperan al usar un método de planificación familiar. Contrario a esto las adolescentes del área urbana, la mayoría opinó que al elegir un método esperan que funcione adecuadamente para no presentar un embarazo. Así lo expresan en los siguientes discursos:

*“mmm no lo sé”* (adolescente 17 años, zona rural).

*“pues esté... Que con eso me pueda ayudar a no tener otro embarazo, unos tres años o cuatro”* (adolescente 16 años, zona urbana).

*“pues que me va dar un cierto tiempo para no embarazarme ahorita y poder cuidar bien a mi bebe”* (adolescente 17 años, zona urbana).

A través de los servicios de salud, el adolescente puede recibir información, consejería y métodos de planificación familiar, es un espacio que contribuye a fomentar la prevención en esta etapa por las conductas de riesgo que se presentan y que pueden llegar a un desenlace con un embarazo no planificado o embarazo reincidente, sin embargo existen obstáculos que dificultan el acceso por parte de este grupo de población.<sup>9</sup>

Las expresiones de las adolescentes de ambas áreas fueron variadas ante los obstáculos para el uso de planificación familiar, por ejemplo, refieren que no deciden usarlo por falta de interés, por timidez, temor a que no funcione, por el



desacuerdo con la pareja o porque no les gusta usarlo a pesar de saber los riesgos. Así lo expresan en los discursos:

*“pues porque a veces no quieren ir a la clínica a buscar un método para cuidarse... a veces porque hay parejas que no quieren que se cuiden o algo así”* (adolescente 18 años, zona rural).

*“tal vez a veces por pena, vergüenza, no se o miedo, o la falta de confianza, porque a veces sus papas se ciegan y piensan hay mi hija ya anda ahí”* (adolescente 19 años, zona rural).

*“pues yo digo que puede ser por pena o no les gusta venir a estos tipos de lugares y un poco de nervios que les hablen sobre eso, también parte de aquí del servicio deberían de ir a dar esa información en la escuela o en otra parte”* (adolescente 16 años, zona urbana).

*“A veces es la falta de conciencia que piensan que no pasa nada, y en muchas ocasiones que no se sabe cómo usar”* (adolescente 19 años, zona urbana).

La decisión de elegir un método de planificación familiar post evento obstétrico constituye un componente esencial para la salud reproductiva de los adolescentes y plantea un reto para los servicios de salud. La oferta y concientización sobre los métodos debe ocurrir desde el control prenatal, durante su estancia en la unidad donde ocurre el evento obstétrico y durante el puerperio para no presentar una reincidencia de embarazo adolescente y un periodo intergenésico corto. Por otra parte, es indispensable la supervisión por parte del médico familiar para que el método sea utilizado correctamente y que tenga continuidad para prolongarlo por más de dos años.

La mayoría de las adolescentes embarazadas de ambas áreas en este estudio, desean utilizar un método de planificación familiar posterior al evento obstétrico.



Las adolescentes del área rural la mayoría expresaron que desean utilizar hormonales inyectables y el implante subdérmico, sin embargo, al referirse a él, no lo hicieron de manera correcta. El grupo de adolescentes del área urbana la mayoría expresó que desea utilizar el implante subdérmico.

*“sí, es que no sé cómo se llama el que se pone en el brazo”* (adolescente 17 años, zona rural).

*“es que yo quiero usar inyecciones, quiero usar después de mi embarazo, porque es que mi suegra me ha informado acerca de las inyecciones que son buenas que su hija las uso y pues quiero intentar con esas”* (adolescente 19 años, zona rural).

*“un implante acá en el brazo”* (adolescente 16 años, zona urbana).

*“yo creo que el implante”* (adolescente 16 años, zona urbana).

**Categoría 5.** Percepción de las adolescentes embarazadas ante el uso de métodos de planificación familiar basada en la información brindada por el servicio de salud.

Uno de los componentes esenciales para que las adolescentes embarazadas acepten utilizar un método de planificación familiar es el establecimiento de salud en el que acuden, el acceso a recibir educación sobre salud sexual reproductiva, así como la calidad de la atención que se ofrece en dicho establecimiento, además de la educación que previamente reciban por parte de la familia, sin embargo es frecuente que el primer lugar donde reciban por primera vez un tema sobre salud sexual y reproductiva se realice en la escuela a través de los profesores.<sup>9</sup>



Así lo expresan en los discursos la mayoría de las adolescentes de ambas áreas, que fue en la escuela donde escucharon hablar de anticoncepción y el profesor impartía esos temas:

*“mm en la secundaria, una vez que llegaron las enfermeras y... Un maestro”* (adolescente 17 años, zona rural)

*“mmm pues en la escuela, un maestro”* (adolescente 18 años, zona rural)

*“en la escuela, en la secundaria...fue la maestra”* (adolescente 17 años, zona urbana)

*“pues también en la secundaria nos decía la maestra”* (adolescente 17 años, zona urbana).

En el acceso a los servicios de salud por parte de los adolescente se ven involucrados diferentes situaciones dentro de las cuales destacan el temor a los procedimientos médicos, sobre todo la exploración física<sup>8</sup>; además de que los adolescentes piensan que los servicios están diseñados para personas adultas o casadas es decir se sienten excluidas<sup>36</sup>; por lo tanto participan barreras institucionales, personales, familiares, culturales.

Las adolescentes del área rural expresaron diferentes discursos sobre el motivo por el que no acuden al servicio de salud para información y atención sobre planificación familiar, mencionando que los principales son que no existe interés de parte de ellas, por timidez al acudir, no tienen presente los riesgos que existen, porque la familia no participa en esos temas. Las adolescentes del área urbana la mayoría expresó que es la timidez que provoca que no acudan a recibir información sobre planificación familiar en el servicio de salud.

*“porque piensan que...ay... no pasa nada pues si uno lo hace así sin protección”* (adolescente, 17 años zona rural).



*“porque a veces siento que no tienen el interés por cuidarse, se ciegan mucho se dejan llevar por la calentura o algo así y no ven lo que más adelante puede pasar... y porque a veces sus padres tan desinteresados que no son capaces de sentarse hablar con ellos de explicarle y decirles” (adolescente 19 años, zona rural)*

Las áreas con las que cuenta el establecimiento de salud para la atención a los adolescentes deben disponer de ciertas características para que sea idónea su accesibilidad, con una localización y espacio que permita la confidencialidad, con un ambiente que quite barreras entre el profesional y las adolescentes,<sup>8</sup> además de un trato cordial y personas capacitadas y sensibles aplicando los principios de respeto, autonomía y confidencialidad.<sup>36</sup>

Sobre la atención que debería ofrecer el servicio de salud acerca de la planificación familiar, las adolescentes del área rural expresaron discursos variables y no claros mencionando únicamente que deben estar presentes esos temas de planificación con más interés del médico y trato amable, las adolescentes del área urbana expresaron que deberían mejorar en atención respecto a orden de sus citas, con más interés sobre el tema, con un trato amable y con información clara.

*“pues muy amable” (adolescente 17 años, zona rural)*

*“debería ser la verdad con más interés de no sé... de informar a los jóvenes o cualquier tipo de persona, porque la verdad por ejemplo en mi centro de salud, llegas y nada más te clean en la computadora, pero no te dicen nada, ni un consejo o algo... nada” (adolescente 19 años, zona rural)*



*“pues que fuera quizá que hicieran un grupo entre todos los adolescentes para dar ese tipo de información y ponerlos sobre aviso sobre las cosas que pueden pasar”  
(adolescente 16 años, zona urbana)*

*“pues un poquito más mejor... pues que a veces te dan citas y no llega la doctora, te dicen que está de vacaciones, porque así me lo hizo me dio cita y vine ese día y no estaba y hasta ahorita vengo a sacar cita” (adolescente 17 años, zona urbana)*

*“pues que fueran muy claro en lo que van explicar, y ... Amables” (adolescente 19 años, zona urbana)*

La importancia de la persona responsable de la atención de las adolescentes radica en que cumpla con los pilares de la medicina familiar basado en un manejo integral, que otorgue continuidad, con una visión preventiva y conozca la comunidad donde se encuentra inmerso.<sup>10</sup>

En ambas áreas de adolescentes la mayoría manifiesta que la persona encargada del servicio de salud responsable de impartir información de planificación familiar sea el médico. Este punto es de singular importancia ya que este grupo poblacional tiende a cuestionar y requiere la imagen de un médico con liderazgo en los temas de salud sexual que cumpla sus expectativas, con conocimientos claros y concretos para poder impactar en sus decisiones sobre el cuidado de la salud.

*“yo digo que el doctor porque es el que siento yo que debería tener más experiencia y ser amable” (adolescente 18 años, zona rural)*

*“que este pues que sea una persona que sea capaz de hacerlo, pues un doctor”  
(adolescente 19 años, zona urbana).*



En la prestación del servicio por parte de la unidad médica, específicamente del área responsable de planificación familiar, resulta idóneo que se realicen algunas estrategias para la consejería donde se incluya material informativo de tipo escrito u oral de promoción, para ofrecer los diversos métodos anticonceptivos y fomentar la relación interpersonal con el profesional de la salud.<sup>9</sup>

En nuestro estudio la mayoría de ambas áreas, las adolescentes expresaron que perciben la información que otorga la unidad de salud como insuficiente. Así lo expresan en los discursos:

*“no, porque que es que casi no te platican nada pues exactamente lo que...los beneficios ni nada, nada más pues así y ya”* (adolescente 17 años, zona rural).

*“pues no, hace falta mucho porque, en mi centro de salud, yo hablo de mi centro de salud, casi no dan pláticas para chavos jóvenes para que se informen, no hacen, nada más llegan personas citadas, y eso que solo teclean y ya”* (adolescente 19 años, zona rural).

*“pues la verdad nunca... O sea, fui a recibir información, ahorita el doctor no hablado de eso”* (adolescente 19 años, zona urbana).

*“no, hasta ahorita aquí nadie solamente he hablado con mi suegra sobre los métodos para cuidarse”* (adolescente 16 años, zona urbana).

Así mismo expresan sobre la forma de recibir información por parte de la unidad de salud, la mayoría de ambas áreas refieren que han recibido material impreso en forma de folletos sobre planificación familiar, sin embargo, la mayoría prefieren que la información sea otorgada por medio de pláticas.

*“como folletos y eso, el enfermero que me atiende si ya me dio dos folletos”* (adolescente 18 años, zona rural).



*“sí me han dado, cuando vine a la primera cita, me lo dio la enfermera”*  
(adolescente 16 años, zona urbana).

*“pues que me expliquen, yo prefiero mejor que expliquen a que den folletos nada más”* (adolescente 17 años, zona rural).

*“pues sería mejor en una plática”* (adolescente, 16 años, zona urbana).

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



## VII. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que la percepción de las adolescentes embarazadas ante la aceptación y utilización de un método de planificación familiar se ven influidas por varios factores, entre ellos la situación con la familia de origen, ya que se encontró que ambas áreas de población provienen de familias desintegradas, donde la mayoría presentó alguna crisis paranormativa del ciclo vital que pudo condicionar el tipo de familia monoparental o no parental donde estuvieron insertas. Estos resultados coinciden con Rojas Betancurt et al.<sup>22</sup> en un estudio realizado en Colombia donde las familias de adolescentes embarazadas tienen un origen muy disperso y una tipología en continua recomposición siendo de tipo compuestas o monoparentales, e incluso cuestionan la capacidad familiar como contenedor del embarazo a temprana edad. Así mismo, Barcelata Eguiarte et al.<sup>24</sup> en su estudio realizado en ciudad de México, encontraron que las adolescentes embarazadas provenían de familias desestructuradas y disfuncionales, concluyendo que la familia constituye un factor de riesgo para que las adolescentes se embaracen de forma prematura. Este es un resultado similar a lo reportado por Rojas Betancurt et al.<sup>22</sup> donde la trayectoria de vida de sus participantes fueron caracterizadas por problemas familiares de violencia, carencias afectivas, educativas y económicas que condicionó el tipo de familia recompuesta, sin embargo, concluyeron que un embarazo precoz no debe ser visto como una patología del ciclo vital familiar, y que existen trayectorias de vida similares en adolescentes que no presentan embarazos así como mujeres adultas que no tuvieron hijos, por lo que no es causa directa presentar un tipo de condiciones familiares específicas.

En este estudio se encontró que la mayoría de las adolescentes embarazadas de ambas áreas expresaron que ante la noticia del embarazo las reacciones de su familia fueron de enojo y posteriormente existió aceptación y apoyo familiar; señalaron que las relaciones familiares posteriormente se fortalecieron. Estos resultados son similares al estudio de Rojas Betancurt et al.<sup>22</sup> realizado en Colombia donde concluyen que el papel de la familia además de proteger el



embarazo a temprana edad actúa como ámbito de normalización del acontecimiento cuando este se conoce socialmente. De forma similar se observó en los reportes de Trinidad Noguera et al.<sup>17</sup> en un estudio realizado en el Estado de Veracruz donde el nivel de confianza y comunicación que existía entre las adolescentes y los padres previo al embarazo era mínima o se había deteriorado a lo largo del tiempo, pero posterior al embarazo las relaciones mejoraron y existió apoyo familiar. La familia constituye el principal recurso para prevención de situaciones de riesgo, como lo señala Garza Elizondo<sup>10</sup> en su libro *Trabajo con familias*, puede ser generadora de salud o enfermedad entre sus integrantes, de acuerdo a su estructura y funcionalidad basados en la cultura, actitudes y creencias, y enfatiza que es necesario conocer las características y necesidades de esta etapa de la adolescencia para ofrecer un adecuado desarrollo y crecimiento.

Este estudio evidencia que la mitad de adolescentes del área rural no recibió información sobre planificación familiar por parte de sus padres, en el resto la información fue insuficiente o de mala calidad, semejante al grupo del área urbana donde la mayoría expresó no recibir ninguna información por parte de su familia. Resultados semejantes a los reportados por Ayala Castellanos et al.<sup>37</sup> en un estudio realizado en la Cd. de Guadalajara donde la mayor fuente de información en educación sexual para los adolescentes fue la escuela (51%), el médico (14%), los amigos (13%), la televisión (11%), las revistas (5%), la internet (2%), la familia (2%) agregando que la mayoría cuenta con poca o mala información sobre cuestiones reproductivas.

Por parte de Barbón Pérez<sup>38</sup> en un estudio realizado en la Habana, evidencia que las principales vías por las cuales el adolescente considera que recibió información sobre educación sexual para prevenir el embarazo fueron en primer lugar los medios de comunicación masiva, en segundo lugar a los amigos, el tercer lugar correspondió a los profesores y en cuarto la familia, además reporta que los adolescentes prefieren recibir educación sexual antes que todo de la familia, y destaca que solo un 12% de los adolescentes estudiados se comunica



frecuentemente con los padres sobre temas de sexualidad, el 57% lo hace con poca frecuencia y el 30% nunca lo hace.

Eguíluz et al.<sup>35</sup> en su libro *Dinámica familiar* señala que de una forma tradicional en la conformación de una pareja lo esperado es que se realice en la etapa de noviazgo, integración y formalización, sin embargo, es frecuente que el inicio de la familia en adolescentes sea resultado del embarazo no planificado, de una relación esporádica, circunstancial o fortuita. Los resultados de nuestro estudio muestran que las adolescentes de ambas áreas de población viven con una pareja, la mayoría en unión libre y expresaron que tienen una relación satisfactoria mencionando el cuidado y la atención. También manifestaron que ante la noticia del embarazo la mayoría de las parejas tuvieron reacciones emotivas de felicidad. Estos resultados difieren del estudio de Barreto Hauzeur et al.<sup>23</sup> realizado en Colombia acerca del significado que tiene el embarazo de una adolescente en su familia de origen y en ella misma, donde reporta que no todas cuentan con parejas, y ante la noticia del embarazo reaccionaron con miedo, además de que la ausencia de la pareja se debió a decisión propia y en las demás existió influencia de la familia de origen para que no ejerciera su papel de pareja o padre.

Aspilcueta Gho<sup>15</sup> en su publicación argumenta que se otorga más responsabilidad a la mujer debido a que la mayoría de los métodos y estrategias están diseñados para ellas, no involucrando la participación masculina, además de diferentes situaciones que pueden influir para el rechazo por parte de la pareja como la violencia, abandono, rechazo, ser proveedores económicos del hogar, temor a la infidelidad. Sin embargo, en este estudio se evidencia que en ambos grupos la actitud de la pareja es de aceptación ante el uso de planificación familiar mencionando deseos de cuidarse de un próximo embarazo.

Nuestro estudio evidencia que los adolescentes no recibieron información por parte de su familia de origen, además la mayoría expresó que el sitio donde escucharon hablar del tema fue en la escuela, lo que demuestra que no consideran a la familia o a los servicios de salud como fuentes primarias de información y consejería. Además la información que poseen es insuficiente o de mala calidad por las deficiencias encontradas al momento de cuestionarlas sobre



que es planificación familiar, donde se expresaron únicamente con ejemplos o como una actividad de prevención del embarazo sin tener un concepto definido. Además todas expresaron desconocer alguna contraindicación para el uso de métodos de planificación familiar, esto se sustenta aún más al encontrar que la mayoría de ambos grupos no utilizaron ningún método de planificación familiar antes de su primer embarazo por desconocer que método utilizar. Estos resultados coinciden con Sánchez Meneses et al.<sup>39</sup> en un estudio en adolescentes con vida sexual activa, donde reporta que al momento del estudio el 55% de los adolescentes usaban algún MPF, y 45 % no; el método mayormente utilizado y de conocimientos fue el condón con 65.2% y 95.8% respectivamente y que los maestros son la fuente de información más frecuente con 37.5%, seguido del personal de salud con 31.7%. Sin embargo respecto al conocimiento adecuado, tuvieron nivel medio en 60.8% y bajo en 23.3%. En lo que se refiere a la aplicación de hormonales inyectables, estos fueron los métodos con menor conocimientos adecuados, el lugar para obtener los métodos fueron las farmacias con 70.8% seguidos de los servicios de salud con 25.8%. Rojas Betancur et al.<sup>22</sup> en un estudio realizado en Colombia señala que el conocimiento de sexualidad en los adolescentes principalmente para la prevención de embarazo está íntimamente ligado a la calidad de los conocimientos en todos los ámbitos de desarrollo durante esta etapa. Moreno Gonzalez et al.<sup>25</sup> coincide y sustenta lo antes expuesto con sus resultados con base en un estudio realizado en Colombia sobre el conocimiento mínimo aceptable definido para su estudio con el 90% de respuestas correctas sobre sus instrumentos de recolección de datos. Además reporta que el 94.4% manifestaron conocer al menos un método, siendo los hormonales inyectables mensuales. El 70% de los embarazos fueron no planeados. El nivel de conocimientos mínimo aceptable fue de 26.2%, principalmente en el uso y en las reacciones adversas. A pesar de que fue realizado en una muestra en embarazadas, pero no adolescente se evidencia la deficiencia en la calidad de los conocimientos en otros grupos de edad, por lo tanto deben considerarse y es necesario plantear una mejor calidad en la atención no solo en adolescentes sino para toda la población en edad fértil.



En nuestro estudio se obtuvo que la mayoría de los embarazos fueron no planificados en ambas áreas de población, situación que concuerda con los datos emitidos por el Consejo Nacional de Población a nivel estatal donde los adolescentes presentan el mayor porcentaje de embarazos no planeados o deseados en un 40%.<sup>27</sup> Además se encontró que en la mayoría de ambas áreas las adolescentes no utilizaron algún método de planificación antes de su embarazo principalmente por desconocer los métodos y que a pesar de los riesgos no desearon cuidarse, estos datos coinciden con ENSANUT en 2012 donde se reporta que una de cada tres adolescentes que tienen vida sexual activa no utilizó un método anticonceptivo en su primera relación sexual, y que casi 37% tampoco lo usó en su última relación sexual.<sup>8</sup>

Los resultados del estudio muestran que los adolescentes de ambas áreas coinciden que la timidez es el obstáculo para acudir a los servicios de salud para información y consejería, además las del área rural agregan como motivos la falta de interés, no tener presentes los riesgos, y que la familia no participa en esos temas. Estos resultados coinciden con lo planteado por Valdivia Ibarra et al.<sup>36</sup> donde considera que la población adolescente manifiesta que es frecuente que los jóvenes no conozcan los servicios de salud y programas destinados a ellos; además agrega que pueden pensar que están diseñados únicamente para mujeres adultas o casadas, incluso sentirse excluidas. El Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva (MAISSRA)<sup>8</sup> agrega que el desconocimiento de los procedimientos médicos de exploración generan temor en los adolescentes.

Basado en los resultados de la percepción de los adolescentes sobre la atención del servicio de salud, nuestros adolescentes expresaron que se debe impartir la atención con más interés y trato amable, la información clara y cumplimiento en las citas, esto coincide con lo que manifiesta Valdivia Ibarra et al.<sup>36</sup> sobre la existencia de distintos aspectos por considerar en los servicios de salud emitidos por los jóvenes dentro de los cuales se encuentra a sentirse más aceptados, bajo un contexto cómodo, además con servicios en las tardes y noches con personas sensibles y respetando los principios de autonomía y confidencialidad.



## VIII. CONCLUSIONES

Las adolescentes embarazadas piensan que los métodos de planificación familiar son útiles, sin embargo, no los utilizaron previo a su embarazo porque sentían temor a acudir al servicio de salud, por falta de interés y escasa información sobre salud sexual reproductiva y porque no los utilizaron a pesar de conocer los riesgos.

Las características sociodemográficas y clínicas que influyeron en la percepción de las adolescentes son la edad, el nivel de estudios secundaria, ser amas de casa, el inicio de vida sexual a los 16 años y ser primigestas. Se evidencia que tuvieron que asumir el tipo de familia tradicional interrumpiendo su proyecto de vida.

Las percepciones también se ven influidas por factores familiares como la desintegración familiar, que condiciona el tipo de familia monoparental o no parental y que además proporcionó escasa o nula orientación sobre MPF.

No hubo participación de la pareja en las medidas preventivas previo al embarazo, actualmente ante la crisis paranormativa (embarazo), la actitud de la pareja es de aceptación de un método de planificación familiar post evento obstétrico.

Las adolescentes como usuarias manifestaron deficiencia en la atención en los servicios de salud y expresan que no constituye una fuente primaria de orientación.

Las expectativas sobre su salud sexual y reproductiva son: la utilización de un método de planificación familiar post evento obstétrico, recibir mejor atención en la unidad médica cuando acuden, poniendo mayor interés y amabilidad y recibir capacitación por medio de pláticas, otorgada principalmente por el médico.

Los resultados de este estudio permitirán al médico familiar el desarrollo de estrategias de consejería y trabajo con familia en los casos seleccionados para disminuir el embarazo y sus repercusiones en los adolescentes.



## RECOMENDACIONES

### Para los servicios de salud:

- Coordinación de un equipo interdisciplinario para la atención de adolescentes
- Promover actividades de participación y promoción con el equipo de salud, maestros y familias y lograr una integración en beneficio de conductas de riesgo.
- Difundir los servicios amigables con adolescentes
- Capacitación y sensibilización al personal de salud basados en la NOM-047, NOM 005, MAISSRA, ENAPEA

### Para los Médicos familiares:

- Fortalecer el área de medicina familiar para las tareas del desarrollo de los adolescentes y guías anticipadas.
- Identificar familias con adolescentes y conductas de riesgo y proponer trabajo con familias
- Fomentar la elaboración de familiogramas en el personal de salud, y ubicarlo en el expediente clínico.
- Promover la participación paterna en salud sexual reproductiva
- Dar seguimiento a las adolescentes que no acuden a control prenatal o planificación familiar por medio de visitas domiciliarias
- Consejería de calidad principalmente en el uso correcto, reacciones adversas, efectividad, de acuerdo a las necesidades y expectativas.
- Difundir la importancia de los estudios cualitativos con los adolescentes y sus familias.

### Para los servicios amigables:

- Fortalecer en cada unidad de salud: Mayor confianza al grupo, utilizar estrategias innovadoras y escucha activa.
- Sensibilizar a los adolescentes sobre sus proyectos de vida
- Aplicar el MAISSRA y valorar efectividad de acuerdo a la estrategias



## REFERENCIAS

1. Contreras Kallens PA, Vallejos Oportot G. Percepción Directa El enfoque ecológico como alternativa al cognitivismo en la percepción. [Tesis de grado en filosofía]. Santiago, Chile: Universidad de Chile Facultad de Filosofía y Humanidades Departamento de Filosofía; 2012.
2. Lachat Leal C. Percepción visual y traducción audiovisual: la mirada rígida. MonTI. Monografías de traducción e interpretación [Revista en línea] 2012[ Consultado 18 de Abril de 2018]; (4): [87-102]. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265125413004>
3. Arias Castilla C. Enfoques teóricos sobre la percepción que tienen las personas. Horiz. Pedegóg [ Revista en línea] 2006 [ Consultado 19 de Abril de 2018]; 8 (1): [9–22]. Disponible en <https://revistas.iberamericana.edu.co/index.php/rhpedagogicos/article/view/590>
4. Oviedo GL. La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. Revista de Estudios Sociales [en línea] 2004 [Fecha de consulta: 9 de Diciembre de 2019]; (18): [89-96]. Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81501809>> ISSN 0123-885X.
5. Munar E. Roselló J. Sánchez Cabaco A. Atención y percepción. Madrid: Alianza; 2014.
6. Moreno A. La adolescencia. Barcelona: UOC; 2015.
7. Secretaria de salud. Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes. 2da edición. México, DF: secretaria de salud; 2002.
8. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. México, D.F: Secretaria de Salud; 2015.
9. De Castro F. Barrientos T. Hernández M. Cruz L. Embarazo adolescente. 1ra Ed. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2015.
10. Garza Elizondo T. Trabajo con familias Abordaje médico integral. 3ra Ed. México, DF; Manual moderno; 2015.



11. Montero A. Anticoncepción en la adolescencia. Rev. Med. Clin. Condes. [en línea] 2011 [ 11 de Mayo 2018]; 22(1): [59 – 67]. DOI.10.1016/S0716-8640(11)70393-5
12. Consejo Nacional de Población. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Gobierno de la Republica México. 2015.
13. Secretaria de salud. Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018. Programa sectorial de salud. México. 2014
14. Secretaria de salud. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar. 1993. Disponible en: [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html)
15. Aspilcueta Gho D. Rol del varón en la anticoncepción, como usuario y como pareja. Rev Perú Med Exp Salud Publica. [Revista en línea] 2013 [ 30 de octubre 2018]; 30(3): [480-6]. Disponible en [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342013000300018](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300018)
16. Arias Trujillo CM, Carmona Serna IC, Castaño Castrillón JJ, Castro Torres AF, Ferreira González AN, González Aristizábal AI, et al. Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia), 2012. Arch Med [Revista en línea] 2013 [ 26 de Agosto de 2018];13(2): [142-159]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273829753004>.
17. Trinidad Noguera K, Chávez Montes de Oca V, Carrasco Ponce B, Sánchez Valdivieso EA. Percepción de la relación afectiva con los padres como principal factor que influye sobre el embarazo en adolescentes en Veracruz, México. Reinad, UPV [Revista en línea] 2015 [ 13 de diciembre de 2018]; 8: [75-83]. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4995/reinad.2015.3420>
18. Lugo Cortes JJ. Conocimientos y uso de métodos de planificación familiar en adolescentes solteras de 15 a 19 años embarazadas de la UMF 47 del IMSS en San Luis Potosí 2003. [Tesis posgrado de Medicina Familiar]. San Luis Potosí, México: Universidad Autónoma de México, IMSS; 2006. •



19. Guillén Terán AM. Nivel de conocimiento y percepción de los y las adolescentes de 14 a 18 años sobre el uso de métodos anticonceptivos frente a la prevención del embarazo no deseado en la institución educativa ludoteca de septiembre a diciembre del 2014. [Tesis de Maestría en salud sexual y reproductiva]. Quito, Ecuador: Universidad Central del Ecuador Facultad De Ciencias Médicas; 2015.
20. Calderón Montoya SA. Percepciones de las madres adolescentes con embarazo reincidente sobre el uso de métodos anticonceptivos, atendidas en el hospital de vitarte, julio 2013. [Tesis de grado en obstetricia]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de san Marcos; 2014.
21. Huaman Santillan KY. Factores de riesgo asociados a la reincidencia de embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Ventanilla-Callao en el año 2015. [Tesis de grado en obstetricia]. Lima, Perú: Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2017.
22. Rojas Betancur M, Méndez Villamizar R, Álvarez Nieto C. El papel de la familia en la normalización del embarazo a temprana edad. Revista Encuentros [Revista en internet] 2016 [consultado 15 Octubre de 2018];14 (01): [139-150]. Disponible en DOI: <http://dx.doi.org/10.15665/re.v14i1.674>
23. Barreto Hauzeur E, Sáenz Lozada ML, Velandia Sepúlveda F, Gómez González J. El embarazo en adolescentes bogotanas: Significado relacional en el sistema familiar. Rev salud pública [Revista en línea] 2013 [Consultado el 20 Junio de 2018]; 15 (6): [837-849]. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42231751004>
24. Barcelata Eguiarte BE, Farías Anda S, Rodríguez Alcántara R. "Embarazo Adolescente: Una Mirada al Funcionamiento Familiar en un Contexto Urbano-Marginal. Eureka [Revista en internet] 2014 [consultado 16 Octubre de 2018];11(2): [169-186]. Disponible en <http://psicoeureka.com.py/publicacion/11-2/articulo/8>
25. Moreno González E, Ortiz Martínez RA. Nivel de conocimiento respecto a la planificación familiar en gestantes que acudieron al Hospital Universitario San José, Popayán, Colombia, 2014-2015. Rev Colomb Obstet Ginecol



- [Revista en internet] 2016 [consultado 08 octubre de 2018]; 67 (3): [207-214]. Disponible en <http://dx.doi.org/18.597/rcog.768>
26. Secretaría de Gobernación. Consejo Nacional de Población. El embarazo en la adolescencia y los métodos anticonceptivos. Indicadores de Salud Sexual y Reproductiva 2014. Estimaciones con base en la ENADID 2014. Disponible en [https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/planeacion\\_spf/ARTICULO-EL%20EMBARAZO%20EN%20LA%20ADOLESCENCIA.pdf](https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/planeacion_spf/ARTICULO-EL%20EMBARAZO%20EN%20LA%20ADOLESCENCIA.pdf)
27. Consejo Nacional de Población. Salud sexual y reproductiva Tabasco. Principales resultados ENADID 2014. Disponible en [www.conapo.gob.mx](http://www.conapo.gob.mx)
28. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Estado de la población mundial 2013. Maternidad en la niñez, enfrentar el reto del embarazo adolescente. Nueva York: UNFPA. 2013. Disponible: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>
29. Organización Mundial de la Salud. "Adolescent Pregnancy". Ginebra, OMS. 2014. Disponible en <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/adolescent-pregnancy>
30. Azevedo JP, Favara M, Haddock SE, López Calva L, Müller M, Perova E. Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos. Washington DC, USA: Banco Mundial-LAC; 2012.
31. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Estado de la población mundial 2013. Maternidad en la niñez, enfrentar el reto del embarazo adolescente. Nueva York: UNFPA. 2013. Disponible: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>
32. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 2011. La adolescencia. Una época de oportunidades. Nueva York, UNICEF; 2011. Disponible en <https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/fullreport.php>
33. Dirección General de Información en Salud. Base de datos de Certificado de Nacimiento Nacimientos ocurridos 2012. [en línea]: Sistema Nacional de



Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. Disponible en

[http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/cernac\\_sinac12.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/cernac_sinac12.html)

34. Monje Álvarez CA. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Neiva, Colombia: Universidad sur colombiana, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas; 2011.
35. Eguíluz LL, Robles Mendoza AL, Rosales Pérez JC, Ibarra Martínez A, Córdova Osnaya M, Gómez Herrera J, et al. Dinámica de la familia, un enfoque psicológico sistémico. México DF: Pax México; 2003.
36. Valdivia Ibarra R, Lombana Ruiz J, Lazcano Ponce E, Rojas Martínez R, et al. Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud 2012. México, DF: Instituto Nacional de Salud Pública; 2013.
37. Ayala Castellanos MM, Vizmanos Lamotte B, Portillo Dávalo RA. Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara, México. Ginecol Obstet Mex [ Revista en internet] 2011 [ consultado 06 de octubre de 2018]; 79(2): [86-92]. Disponible en <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=28192>
38. Barbón Pérez OG. Fuentes de información sobre educación sexual en adolescentes estudiantes de enfermería. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología [ Revista en internet] 2011 [ consultado 08 de octubre de 2018]; 49(2): [238-246] Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032011000200010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000200010)
39. Sánchez Meneses MC, Dávila Mendoza R, Efrén R. Ponce Rosas ER. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. Aten Fam [ Revista en internet] 2015 [ consultado 15 octubre de 2018]; 22(2): [35-38]. Disponible en [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30044-X](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30044-X)



## ANEXOS

### GUIA DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD “PERCEPCIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE UN ÁREA RURAL Y URBANA DE TABASCO”

Buenas Tardes agradezco el tiempo que nos ha brindado para poder realizar esta entrevista. Los comentarios e información que nos proporcione servirán para el proyecto de tesis a realizar, garantizando su confidencialidad.

PERFIL DE LA ENTREVISTADA ¿Cuál es tu nombre? ¿Qué edad tienes? ¿De dónde eres? ¿Qué grado de escolaridad tienes? ¿Cuál es tu estado civil? ¿A qué te dedicas? ¿Cuántos años tenías cuando quedaste embarazada por primera vez? ¿Cuántos embarazos has tenido? (incluyendo el embarazo actual) ¿Has tenido abortos? De ser así ¿Cuántos has tenido? ¿Cuántos hijos vivos tienes actualmente? ¿Cuál es el grado de escolaridad de tu mamá? ¿Cuál es el grado de escolaridad de tu papá? ¿Qué edad tiene tu pareja? ¿Cuál es el grado de escolaridad de tu pareja?

#### PREGUNTAS

1. ¿Con quién te has criado?
2. ¿Siempre has vivido con la persona que te crió?
3. ¿Qué opinas de la relación que tienes con tu familia?
4. ¿Cómo cambió la relación familiar ante la noticia del primer embarazo?
5. ¿Ha habido casos de embarazo adolescente en tu familia?
6. ¿Qué actividades cambiaron después de tu embarazo que has dejado de hacer?
- 7.- ¿cuáles son las nuevas actividades que realizas ante tu embarazo?
8. ¿Las personas que te criaron te hablaron alguna vez sobre métodos anticonceptivos?
- 9.- ¿Cuál era su actitud acerca del tema?
10. ¿Qué opinas de la relación con tu pareja?
11. Cuando tu pareja se enteró de tu primer embarazo, ¿Cuál fue su actitud?



12. ¿Cuál es la actitud de tu pareja frente al uso de métodos anticonceptivos?
13. Usaste algún método anticonceptivo antes de tu primer embarazo? ¿Por qué?
14. Después de tu primer embarazo ¿Usaste algún método anticonceptivo?
15. ¿Tu primer embarazo fue planificado? ¿Por qué?
16. ¿Tu segundo embarazo fue planificado? ¿Por qué?
17. ¿Qué opinas acerca de los métodos de PF?
18. ¿Cómo te sientes cuando te hablan de métodos anticonceptivos?
19. ¿En qué otro lugar te hablaron sobre planificación familiar? ¿Qué persona fue o a través de qué?
20. ¿Por qué crees que las adolescentes no acuden a un establecimiento de salud a solicitar información sobre planificación familiar?
21. ¿Cómo consideras que debería ser la atención en un establecimiento de salud?
- 22.- Quien debería dar la información en el servicio de salud sobre MPF?
23. ¿Es suficiente la información brindada por el establecimiento de salud? ¿Por qué?
24. ¿Te han brindado material informativo acerca de métodos anticonceptivos?
25. ¿Cómo prefieres que te brinden la información?
26. ¿Que son los métodos de planificación familiar?
27. ¿cuáles son los beneficios de utilizarlos
28. ¿cuáles son las contraindicaciones de su utilización?
29. ¿qué esperarías como adolescente sobre el uso de MPF
30. ¿cuál crees que sea una barrera u obstáculo para poder usar un MPF?
31. ¿Qué método anticonceptivo usaras?



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:

Adolescentes embarazadas con o sin acompañamiento.

DECLARACIÓN VOLUNTARIA: Por este medio siendo adolescente de \_\_\_\_\_ años de edad manifiesto de manera voluntaria aceptar participar en este estudio sin acompañamiento, me explicaron acerca del estudio, me concedieron tiempo para leer este documento y las preguntas sobre el estudio han sido contestadas de manera satisfactoria.

En caso de ser acompañado por padre/madre de familia o pareja. Se me ha explicado acerca del estudio y mis preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria. Acepto que mi menor hija o pareja participe en los siguientes componentes del estudio. Nombre del padre/ madre o pareja.

\_\_\_\_\_