

UNIVERSIDAD DE SONORA
División de Ciencias Sociales
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

LA ADOLESCENTE DE 14 A 17 AÑOS FRENTE AL EMBARAZO
CASO:
HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA DRA. LUISA
MARÍA GODOY



QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTAN:

LUZ ADRIANA BARRÓN RABAGO
ROSA ELIZEH HERNÁNDEZ MURRIETA

DIRECTORA: M.E.E. LUCIA OLIVAREZ CELIS
ASESORA: LIC. VICTORIA MARÍA NÚÑEZ NAVARRO



El Estado de Sonora
Hermosillo, Sonora
Com. de Desempeño
del Departamento de
Trabajo Social

Hermosillo, Sonora

Enero de 2004

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

AGRADECEMOS

A:

NUESTRA DIRECTORA DE TESIS

M.E.E. LUCIA OLIVAREZ CELIS

NUESTRA ASESORA DE TESIS

LIC. VICTORIA MARIA NUÑEZ NAVARRO

LA ADOLESCENTE DE 14 A 17 AÑOS FRENTE AL EMBARAZO

CASO:

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

DRA. LUISA MARIA GODOY

LUZ ADRIANA BARRON RABAGO

ROSA ELIZETH HERNÁNDEZ MURRIETA

AGRADEZCO:

A DIOS, porque me dio la oportunidad de existir y lograr mis metas, por darme la dicha de sentir el amor de un hijo.

A MI MAMA, por su apoyo y comprensión, por sus oraciones que me ayudaron a realizarme como mujer y profesionista.

A MIS HERMANOS, porque siempre estuvieron dispuestos a brindarme su apoyo incondicional.

A MI ESPOSO, por su apoyo y paciencia en todo momento.

A MI HERMANA, María y su esposo Ángel, por darme su ayuda y porque estuvieron conmigo en los momentos difíciles.

A MIS AMIGOS, Lorena, Alma, Jesús y Salvador, por brindarme su amistad y todo su apoyo.

A MIS MAESTROS, porque con su sabiduría e inteligencia hicieron que despertara en mi, las ganas de prepararme, para así, poder hacer un buen papel como profesionista.

A MI SOBRINA, Maryam, porque con su amor y alegría, me ha enseñado que la vida tiene un valor importante por el cual debo de seguir superándome.

Luz Adriana Barrón Rabago

PARA:

MIS PADRES, porque gracias a su esfuerzo y cariño e podido lograr mis metas.

A MIS HERMANOS, por su apoyo incondicional.

A MIS AMIGAS, Alma y Lorena, por su apoyo y por que son parte importante de este trabajo.

GRACIAS

Rosa Elizeth Hernández Murrieta

ÍNDICE

Introducción

CAPITULO I. Marco de Referencia Institucional.

- 1.1 Datos Generales.
- 1.2 Marco Histórico Jurídico.
- 1.3 Marco Administrativo-Operativo.
 - 1.3.1 Objetivo General.
 - 1.3.2 Objetivo Especifico.
 - 1.3.3 Organigrama.
 - 1.3.4 Programas Institucionales.
 - 1.3.5 Política del HIES.
- 1.4 Ejercicio Profesional del Trabajador Social en el HIES.
 - 1.4.1 Funciones realizadas por el departamento de Trabajo Social.
 - 1.4.2 Programas manejados por el departamento de Trabajo social
 - 1.4.3 Problemas en los que interviene Trabajo Social.
 - 1.4.4 Profesionistas que interactúan con Trabajo Social.
 - 1.4.5 Características generales de los usuarios del servicio del trabajo social

CAPITULO II. Adolescencia, Sexualidad, Educación Sexual, Procreación Temprana o Embarazo Adolescente.

- 2.1 Adolescencia.
 - 2.1.1 Definición.
 - 2.1.2 El adolescente y la sociedad.
 - 2.1.3 El conflicto de identidad.
- 2.2 Sexualidad.
 - 2.2.1 Concepto.

- 2.2.2 Factores que influyen en la formación de la sexualidad.
- 2.2.3 La sexualidad en la adolescencia.
- 2.3 Educación sexual en la adolescencia.
- 2.4 Embarazo.
- 2.5 Procreación temprana o embarazo adolescente.
 - 2.5.1 Definición.
 - 2.5.2 Antecedentes.
 - 2.5.3 Complicaciones.
 - 2.5.4 Reacciones emocionales de la procreación temprana
 - 2.5.5 Consecuencias.
 - 2.5.5.1 Consecuencias sociales y económicas de la procreación temprana
 - 2.5.5.2 Consecuencias educacionales de la procreación temprana.
 - 2.5.5.3 Consecuencias emocionales de un embarazo no deseado.
 - 2.5.5.4 Consecuencias emocionales ante la decisión de tener al hijo.
 - 2.5.5.5 Consecuencias emocionales ante la decisión del aborto.

CAPITULO III. Estudio de campo.

- 3.1 Justificación.
- 3.2 Planteamiento del problema.
- 3.3 Objetivo General.
- 3.4 Objetivo Especifico.
- 3.5 Hipótesis.
- 3.6 Tipo de Estudio.
- 3.7 Diseño de instrumento.
- 3.8 Selección de la Muestra.

3.9 Recopilación de la información.

3.10 Procesamiento de Datos.

3.11 Análisis de la información.

CAPITULO IV. Propuesta de intervención del trabajador social: “Programa de Información y Orientación para Adolescentes Embarazadas”.

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

ABSTRACT

El embarazo adolescente o precoz se constituye, como un serio problema dentro de nuestra sociedad y, dadas las implicaciones económicas, políticas y sociales que conlleva, se realiza una investigación descriptiva explicativa que posibilita el diseño de estrategias de atención a sesenta casos presentados en el área de Ginecología del Hospital Infantil del Estado "Dr. Luisa María Godoy".

Trabajo social desde su perspectiva, identifica y potencializa las capacidades de la adolescente de 14 a 17 años para superar esta situación.

Mediante programas de intervención bien estructurados, en los cuales se abarquen los diferentes aspectos que se presentan con un problema como es el embarazo precoz, ya que la orientación y la información son la base para la prevención de este tipo de problemas.

INTRODUCCIÓN

Unas de las problemáticas a las que nuestra sociedad se enfrenta hoy en día, involucra directamente a las adolescentes, para quienes su proyecto de vida se torna aún mas difuso con el hecho de convertirse en madres prematuramente. A pesar de que actualmente se maneja mucho el tópico de libertad sexual, vemos que la sola información no basta, se requiere de una mejor orientación, tanto en las instituciones como en el hogar.

El presente documento aborda esta problemática desde la perspectiva del trabajo social, esto con la intención de presentar el caso del Hospital Infantil del Estado de Sonora, donde las adolescentes son atendidas por diversos problemas de salud. Y, a donde acude un alto índice de jovencitas embarazadas para recibir atención medica y psicológica. Una labor muy importante de esta Institución es la de informar a los jóvenes sobre temas como: etapas del desarrollo, sexualidad y como manejar su sexualidad.

Para el desarrollo de este documento, fue necesaria la implementación de seis capítulos, en los que se explica la problemática a tratar.

El primer capítulo esta basado en el Marco de Referencia Institucional del HIES, institución bajo la dirección del Dr. Luis Eduardo García y la jefatura de Trabajo Social de la Licenciada Beatriz Alicia Félix Peña.

El HIES surge como respuesta a la demanda de servicios médicos especializados por parte de la población infantil del Noroeste de la Republica, su objetivo es la prestación de servicios de segundo y tercer nivel de atención a la población menor de 18 años así como a mujeres gestales o con enfermedades gineco-obstétricas y la realización de actividades de enseñanza e investigación en el marco de las políticas estatales y de acuerdo con la normatividad aplicable.

El siguiente capítulo aborda conceptos básicos sobre la sexualidad, adolescencia y embarazo; cuando hablamos de sexualidad nos referimos a un conjunto de fenómenos emocionales de conducta relacionados con el sexo, que marcan de forma decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo,

algunas etapas de la sexualidad son: etapa de aislamiento, orientación de la sexualidad, apertura a la sexualidad y de consolidación. Se habla también sobre el educación sexual en la adolescencia, posteriormente sobre embarazo y sus etapas de evolución, algunos antecedentes del embarazo adolescente y sus consecuencias.

En el tercer rubro denominado estudio de campo, se desarrolla la investigación realizada en el HIES, con el objetivo de conocer las actitudes emocionales que implica un embarazo a temprana edad, abarcando su entorno familiar y social, para poder dar una alternativa de atención desde la perspectiva de Trabajo Social. En este apartado se hace referencia a las motivaciones, metodología utilizada, etc., así como la estructura del trabajo de campo basado en la propuesta del autor Roberto Hernández Sampieri. En este capítulo se incluye el análisis de la información obtenida como resultado de la investigación realizada.

El cuarto apartado esta conformado por la propuesta de intervención de trabajo social denominada “Programa de información y orientación hacia adolescentes embarazadas”.

Como último capítulo se presenta la propuesta de evaluación, para la cual se utilizó bibliografía de la autora Maria Cecilia Tobón quién propone la evaluación de seguimiento la cual tiene la finalidad de comparar sistemáticamente el avance de cada una de las actividades del proyecto que este en ejecución en un periodo determinado.

CAPITULO I.
MARCO DE REFERENCIA INSTITUCIONAL

1.1 DATOS GENERALES

El Hospital Infantil del Estado de Sonora Dra. Luisa Maria Godoy, bajo la dirección del Dr. Luis Eduardo García, se encuentra en Reforma No. 355 entre calle 11 y 8, colonia Ley 57, con los teléfonos 11-60-48 y 14-30-84.

El horario para el servicio de consulta externa es de lunes a viernes de 8:00 a 1:00 y de 3:00 a 7:00 hrs. Y el servicio de consultas de urgencias atiende las 24 horas del día. Actualmente la institución cuenta con 904 empleados y 21 Trabajadoras Sociales distribuidas en los diferentes departamentos.

1.2 MARCO HISTÓRICO JURÍDICO

El Hospital Infantil del Estado (HIES) surge como respuesta a la demanda de servicios médicos especializados por parte de la población infantil del noroeste de la República. Durante el gobierno del Lic. Luis Echeverría Álvarez se plantea la necesidad de establecer una institución de salud que brinde atención a los niños de los Estados de Sonora, Sinaloa, Chihuahua, Baja California Sur y Baja California Norte.

Como parte de los programa del IMAN (Instituto Mexicano de Atención a la Niñez) en los años de 1975 y 1976 se constituye en la ciudad de Hermosillo el Hospital del niño IMAN del Noroeste, inaugurándose el edificio el 28 de Noviembre de 1976, por el entonces secretario de Salubridad y asistencia Dr. Gines Navarro; pero es el 1ro. de enero de 1978 cuando comienza a brindar sus servicios a la población infantil. IMAN del Noroeste da inicio con los servicios de urgencias, infectología, cirugía, pediatría general, quirófano, anestesia, laboratorio de análisis clínicos y banco de sangre, radiología, patología, así como las áreas médicas y administrativas. Con el manejo de estos servicios busca proporcionar atención a todas las especialidades medicas relacionadas con la pediatría.

Todavía en 1977 el Hospital continuaba realizando gestiones para dar inicio a la atención a la niñez; el personal seleccionado para laborar en la institución fue enviado al hospital IMAN en México donde recibió su capacitación.

El 14 de enero de 1977 bajo el gobierno del Presidente José López Portillo se fusiona el hospital IMAN y el IMPIF (Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia) en un solo organismo descentralizado con personalidad jurídica y

patrimonio propio, denominado “Sistema Nacional para el desarrollo Integral de la familia (DIF)”, teniendo el propósito de promover el bienestar social en el país, desarrollo de la comunidad, apoyar y fomentar la nutrición y las acciones de medicina interna, neonatología, ortopedia, y traumatología, dermatología, otorrinolaringología e inhaloterapia.

A partir de marzo del mismo año el Hospital se convierte en sede de enseñanza de postgrado del curso universitario de Especialización en Pediatría de la División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina de la UNAM. En 1982 se amplían los cursos universitarios en las Sub-Especialidades de Cirugía, Ortopedia y Anestesiología Pediátrica.

En el boletín Oficial del Gobierno del Estado de Sonora del 18 de julio de 1984 se publica el decreto congregacional No. 197 bajo el régimen del primer Director Abraham Katase Tanaka, en el cual se crea el Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES). Como un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio y se deposita en él los derechos y obligaciones del Hospital del Niño DIF del Noroeste, determinándose las aportaciones presupuestales en un 85% a la Federación y el 15% restante al Estado.

1.3 MARCO ADMINISTRATIVO-OPERATIVO

1.3.1 OBJETIVO GENERAL DE LA INSTITUCIÓN

La institución tiene como objetivo general la prestación de servicios de segundo y tercer nivel de atención a la población menor de 18 años, así como a mujeres gésales o con enfermedades Gineco-Obstétricas y la realización de actividades de Enseñanza e investigación en el marco de las políticas Estatales y de acuerdo con la normatividad aplicable.

1.3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Establecer un modelo de atención Hospitalario para la madre y el niño que otorgue servicios de calidad y calidez.

1.3.3 ORGANIGRAMA



1.3.4 PROGRAMAS INSTITUCIONALES

Entre las actividades generales relacionadas con el servicio Institucional se tienen, los programas de coordinación con diferentes Instituciones de salud (IMSS, ISSSTE, etc.) y organismos del sector Gobierno, así también los programas de coordinación con proveedores de Recursos materiales. Sus objetivos específicos se orientan a:

Promover la salud de la comunidad.

Proporcionar asistencia médica-pediátrica a menores de 18 años.

Realizar actividades docentes en el campo pediátrico.

Hacer investigaciones científicas.

Participar en la elaboración de programas sectoriales e Institucionales.

Dentro de los programas de atención pediátrica intra-institucional están los servicios de consulta externa, especialidades médicas y quirúrgicas:

Programa "ATENCIÓN PEDIÁTRICA INTRAMUROS"; Su objetivo es brindar atención Médica al paciente Pediátrico.

Programa "PRE-CONSULTA", su objetivo es agilizar la atención médica especializada.

Programa "CIRUGÍA AMBULATORIA". Objetivo: Integrar al servicio de Cirugía ambulatoria como medio para brindar una rápida y adecuada atención al niño que requiere atención quirúrgica, disminuyendo la estancia hospitalaria con menores costos y cargas de trabajo a enfermería.

Programa "PADRES PARTICIPANTES EN ATENCIÓN AL PACIENTE".
Objetivo, promover la participación de los padres de los pacientes.

Programa "LABORATORIO LAS 24 HORAS AL PACIENTE". Objetivo, practicar examen de laboratorio las 24 horas al paciente con previa solicitud del médico.

Programa "MODULO DE INFORMACIÓN", Su objetivo es proporcionar información ágil y veraz.

Programa "CAPACITACIÓN DEL PERSONAL EN GENERAL". Objetivo: es que el personal este debidamente capacitado en las diferentes áreas.

Programa "CURSOS DE ESPECIALIZACIÓN". Su objetivo es que el médico

se actualice y elija una especialidad.

Programa "ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE DIFERENTES ENFERMEDADES" Objetivo: proporcionar información, procedimientos y metodología al público usuario sobre diferentes enfermedades.

Programa "JORNADAS MEDICAS". Objetivo: Dar a conocer programas que se estén manejando y temas de interés.

Programa "PLANIFICACIÓN FAMILIAR" Objetivo: orientar a los padres para que planeen la procreación familiar.

Programa "CLÍNICA DEL ADOLESCENTE". Objetivo: Conocer la problemática del adolescente encausando los cambios que se presentan en dicha etapa.

Programa "VASECTOMÍA SIN BISTURÍ". Objetivo colaborar con la planificación familiar.

Programa "CLUB DE EMBARAZADAS". Objetivo: que la mujer tenga la información necesaria, acerca de su embarazo.

Actualmente la estructura orgánica del Hospital Infantil del Estado de Sonora se integra con la dirección y los departamentos de asistencia médica, enseñanza e investigación y administración, correspondiendo al primero un 53.1% del personal activo, un 8.7% al área de enseñanza e investigación y un 38.2% restante al departamento de administración.

En la estructura orgánica tiene establecidos como órganos asesores de la dirección, el consejo técnico, el comité de evaluación y auditoría médica, así como en la asesoría jurídica; el departamento de asistencia comprende los servicios médicos y los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, enfermería, farmacia, así como servicios de archivo clínico, trabajo social, nutrición, banco de leche, relaciones hospitalarias y el departamento de administración quedan comprendidas las oficinas de contabilidad, presupuesto, tesorería, recursos humanos, adquisiciones, almacén y activos fijos, ropería e intendencia y mantenimiento.

1.3.5 POLÍTICA DEL HIES

- ⇒ El 100% del personal que aquí labora, deberá tener conocimiento sobre los programas y actividades de la institución, a fin de que se involucre decididamente en los mismos.
- ⇒ El personal para la atención de la salud del hospital, deberá realizar permanentemente acciones específicas a fin de garantizar una efectiva protección, promoción y apoyo a la lactancia materna.
- ⇒ El alojamiento Madre-Hijo será conjunto en todos los nacimientos que aquí se atiendan, inclusive en la de operación cesárea, y toda paciente puérpera sin complicaciones, deberá iniciar lo más tempranamente posible (dentro de la primera media hora del post-parto) la lactancia materna, para lo cual deberá ser capacitada adecuadamente a fin de disminuir los riesgos de abandono de la lactancia al egreso hospitalario.
- ⇒ Identificación de puérperas con riesgo de abandono de la lactancia, para darle seguimiento y su domicilio a través de medicina familiar.
- ⇒ Solo por estricta indicación médica, se realizara lavado gástrico rutinario y se prescribirá ayuno a los recién nacidos.
- ⇒ Ningún recién nacido será alimentado con biberón ni deberá incluirse en su alimentación soluciones glucosadas, aguas, té, etc.
- ⇒ El servicio de nutrición y dietética (banco de leche) no elabora las formulas lácteas en biberón, sino en frascos especiales para tal situación.
- ⇒ Cuando el caso lo requiera y solo por indicación médica, el recién nacido y lactante de cualquier edad será alimentado con vaso, cuchara, sonda, jeringa, o gotero, pero no con biberón.
- ⇒ Verificar que todo recién nacido sea citado a la semana de vida para practicar tamiz neonatal y supervisar si se está alimentando al seno materno y ver su técnica de la lactancia.
- ⇒ No promoción de "sucedáneos"¹ de la leche materna dentro del hospital ni

¹ Sucedáneo: sustancia que por tener propiedades parecidas a las de otra, puede reemplazarlas

permitir obsequios de muestras de ellas.

1.4 EJERCICIO PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL

El departamento de trabajo social se creó el 16 de Noviembre de 1976. Los profesionistas adscritos al mismo tiempo recibieron su capacitación en el hospital IMAN de México por espacio de un año, iniciando sus operaciones el día primero de Enero de 1978 estaba como Director el Doctor Abraham Katase Tanaka.

El trabajador social del HIES realiza acciones directamente con el familiar y el paciente, siendo a la vez intermediario entre el médico y el familiar. Su trabajo va encaminado al manejo integral del paciente, teniendo la posibilidad de detectar las alteraciones de diferentes aspectos de la familia y a la vez apoyar canalizar, a los pacientes en busca de la solución a sus problemáticas.

El objetivo del departamento de trabajo social va orientado a brindar una atención integral en el sentido bio-psico-social y económico al niño y a su familia, y así contribuir a su reintegración a la comunidad.

El manejo social del caso conlleva a una interpretación en unión con el equipo de salud con el cual se decide las acciones tendientes a desarrollar para detectar factores socioculturales que influyen en el proceso de enfermedad. El departamento de trabajo social desempeña una serie de actividades encaminadas tanto al conocimiento de caso como a la atención integral del paciente y su familia; dentro del manejo del paciente esta la realización de estudios socioeconómicos, que se realizan mediante la entrevista, permite conocer la dinámica familiar, los ingresos económicos y sobre todo la atención y actitud de la familia ante el padecimiento del paciente detectando alteraciones dentro de este ámbito. Mediante notas subsecuentes o notas sociales que forman parte del expediente clínico, el departamento de trabajo social puede dar seguimiento al caso, plasmando en sus notas los avances presentados en el transcurso de hospitalización del paciente.

La visita domiciliaria es uno de los medios comúnmente utilizados en el servicio para detectar los factores ambientales y sociales presentes en el proceso salud-enfermedad, abarcando saneamiento ambiental, condiciones de vivienda y el medio familiar en el que se desenvuelve.

1.4.1. FUNCIONES REALIZADAS POR TRABAJO SOCIAL

- Aplicación de clasificaciones socio-económicas a pacientes.
- Reconsideración y actualización de datos en pacientes que reingresan al servicio.
- Elaboración de estudios socio-económicos profundos y resúmenes sociales del paciente.
- Realización de investigaciones de casos de pacientes con enfermedades infecto contagiosas como tuberculosis.
- Registro actualizado del paciente con acta de nacimiento del registro civil.
- Orientación y entrevista a familiares de niños hospitalizados.
- Visitas con el equipo técnico a pacientes hospitalizados.
- Visitas domiciliarias.
- Localización de familiares ausentes en el servicio de hospitalización.
- Trámites necesarios en caso de fallecimientos normales y de caso médico legal.
- Solicitud y promoción para la donación de sangre a familiares de pacientes hospitalizados.
- Trámites institucionales para pacientes que son abandonados en el servicio de hospitalización.
- Trámite de egreso del paciente por alta normal, alta voluntaria o alta por traslado a otra institución.
- Trámite para otorgar permisos temporales de salida a paciente hospitalizado.
- Obligaciones administrativas de Trabajo Social.
- Manejo y coordinación de casos médicos legales con las dependencias y autoridades correspondientes.

1.4.2 PROGRAMAS MANEJADOS POR TRABAJO SOCIAL.

Los programas manejados en el Hospital Infantil del Estado de Sonora por parte del área de trabajo social son las siguientes:

EL PROGRAMA PADRES PARTICIPANTES: Tiene como objeto fomentar la participación y cooperación de los padres del tratamiento del menor a través de

pláticas de temas relacionados con la enfermedad.

PROGRAMA DE PACIENTE ONCOLÓGICO A.N.L.A.C. (Asociación de niños leucémicos y afectados de cáncer.) Tiene como objeto brindar apoyo emocional al paciente y su familia, estimular e informar sobre la importancia del tratamiento y por medio de A.N.L.A.C. brindar la oportunidad de apoyo con el tratamiento médico.

PROGRAMA ENFERMO RENAL. Su objetivo es fomentar y concientizar a los padres sobre los cuidados indispensables que requiere el paciente por su enfermedad.

PROGRAMA CORAZÓN AMIGO. Esta dirigido a pacientes que presentan problemas del corazón. El servicio de cardiología tiene como objetivo fomentar la atención de los padres al paciente al acudir a control periódicamente.

PROGRAMA DISPENSARIO MEDICO DE TRABAJO SOCIAL. Tiene como objetivo brindar apoyo al paciente de escasos recursos económicos en el tratamiento médico solicitado; obtención de medicamentos a través de instituciones de asistencia social, personas voluntarias o clubes sociales.

PROGRAMA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA: Su objetivo es la coordinación con el equipo interdisciplinario para brindar apoyo a casos específicos que requieren atención médica.

PROGRAMA EDUCACIÓN PARA LA SALUD: Tiene como objetivo brindar información sobre los procedimientos propios de cada servicio de hospitalización buscando ante todo la promoción de la salud.

Estos programas son dirigidos hacia el paciente y su familia y son elaborados por trabajo social. Utilizando la metodología de casos y grupos, la intervención profesional del trabajador social se evalúa por medio de supervisiones semanales por parte de jefatura de trabajo social.

1.4.3 PROBLEMAS EN QUE INTERVIENE TRABAJO SOCIAL

Los problemas en que interviene el trabajador social fundamentalmente son:

- Abandono del paciente en la institución (en coordinación con la procuraduría de la defensa del menor y la familia, se investiga a la familia del paciente).

- Apoyo con recetas médicas a pacientes que lo necesitan.
- Localización de familiares cuando éstos se ausentan por largas temporadas del servicio.
- Conseguir aparatos para terapia y rehabilitación (sillas de rueda, andaderas, válvulas, muletas, etc.)
- Intervenir en problemas de familiares conflictivos y problemas de tipo social y económico.

1.4.4 PROFESIONISTAS QUE INTERACTÚAN CON TRABAJO SOCIAL

En relación a los profesionistas que interactúan con el trabajador social en los problemas en que interviene, están:

MEDICO: Es el que brinda información sobre el padecimiento del paciente, pudiendo así el trabajador social ser el intermediario entre el médico y el paciente.

ENFERMERA: Es la persona que está más en contacto directo con el paciente, por lo que puede brindar datos para el manejo social del paciente, así como la ausencia de familiares, falta de medicamento y si existen conflictos entre el familiar y el personal médico.

PSICÓLOGO: Se encarga de brindar apoyo emocional al paciente y a su familia lo cual conlleva a una interrelación con trabajadores sociales para el manejo del caso.

Específicamente el objetivo que se pretende lograr en los problemas en los que interviene el trabajador social es canalizar debidamente los recursos socio-económicos a fin de lograr un mejor bienestar bio-psico-social y familiar, así como colaborar en la orientación y prevención de enfermedad.

1.4.5 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO

Los usuarios del servicio que presta el HIES, pertenecen básicamente al grupo de no asalariado, por estar dentro de la población infantil, sin embargo, los familiares de estos pacientes pertenecen en su mayoría al grupo de asalariados eventuales (jornaleros, peones, vendedores ambulantes, obreros, etc.) siendo éstos en su mínima parte pertenecientes a diversas culturas étnicas.

Dentro del nivel educativo, pueden ser usuarios analfabetas, usuarios de

nivel preescolar, primaria, secundaria y nivel medio. La población que acude a solicitar los servicios principalmente es de áreas suburbanas siguiéndoles el área rural y por último la urbana.

El usuario demanda el servicio institucional específicamente a partir de presentar una enfermedad y de requerir una atención médica.

El usuario que acude con mas frecuencia al departamento de trabajo social de los distintos servicios son aquellos que cuentan con alguna exención de pago, por mencionar de algunos de los que se encuentran son: Clínicas de Niños y Niñas sanos, Programa progreso, Jornaleros Agrícolas, Instituto Nacional Indigenista (INI), Albergue Temporal "JINESEKI", casa hogar Divina Providencia, casa Unacari, Ciudad de los niños, Cotume, Cereso, Casa Madre Teresa de Calcuta y Menores Trabajadores, etc., De igual manera atienden a familiares de aquellos que tienen servicios médicos como ISSSTE, IMSS, UNISON, etc. Estos no pagan el servicio, ya que su cuenta pasa a la administración de las instituciones antes mencionadas, es decir son pacientes subrogados.

Además de brindarles servicio a infantes, se atiende a mujeres en los últimos meses de embarazo de octavo y noveno mes, pero siempre y cuando vengán canalizados de los centros de salud o clínicas particulares. No se atienden a mujeres derechohabientes de otros servicios médicos.

Otra atención brindada a las mujeres es la detección oportuna de cáncer cervicouterino.

CAPITULO II.
SEXUALIDAD, ADOLESCENCIA Y EMBARAZO

2.1 ADOLESCENCIA

2.1.1 DEFINICIÓN

Existen muchas definiciones que intentan enunciar los elementos y características de la adolescencia; sin embargo, es difícil encontrar una que la contemple bajo los tres aspectos básicos de la vida humana: el biológico, el psicológico y el social.

“Littre nos da una definición centrada en los aspectos biológicos y nos dice que ésta es la edad que sucede a la infancia y que comienza con los primeros signos de la pubertad. P. Blos la define como: la suma total de todos los intentos para ajustarse a la etapa de la pubertad al nuevo grupo de condiciones internas y externas que confronta el individuo”.²

El adolescente es un ser humano completo y por tanto, si deseamos comprender el proceso que vive, debemos dejar de considerar en forma aislada a los tres factores ya mencionados. Tomando en cuenta los elementos Biológicos, Psicológicos y Sociales, puede entonces definirse la adolescencia como: una etapa de transición de la vida infantil a la vida adulta, durante el cual el joven busca las pautas de conducta que respondan al nuevo funcionamiento de su cuerpo y a los requerimientos socio-culturales de ese momento.

Por otra parte, es muy importante distinguir pubertad de adolescencia, la pubertad es un acto de la naturaleza y la adolescencia es un acto del hombre, se puede afirmar que la pubertad es el componente biológico de la adolescencia y puede terminar antes o después de la misma.

2.1.2 EL ADOLESCENTE Y LA SOCIEDAD.

La sociedad a través de sus instituciones influye en los individuos para que estos adquieran las actitudes, normas y pautas de conducta que les permitan integrarse como miembros activos en el sistema socio-cultural establecido. Este proceso llamado socialización, pasa por una etapa conflictiva durante la adolescencia.

² Carrizo Barrera, Héctor. La Educación de la Sexualidad Humana. Editorial CONAPO. México, D.F. 1982. Pp. 119.

El adolescente debe adaptarse a los requerimientos del sistema socioeconómico: la sociedad le exige que sea responsable; que empiece a ser productivo y que se prepare con seriedad para la vida adulta. Sin embargo, no le ofrece ni un status, ni un rol bien definido; por una parte se le sigue tratando como un niño y por otra parte se le demanda que se comporte como adulto.

Al ser la adolescencia una moratoria de tipo social en la que se permite al joven experimentar algunas conductas, mientras se le restringe al acceso a muchas otras, es necesario que existan ciertos factores que faciliten su proceso; es decir, que se requiere de una infraestructura que sostenga a los jóvenes, proporcionándoles actividades de tipo formativo, informativo, productivo y recreativo que les permitan posponer la adquisición de compromisos considerados de la vida adulta como por ejemplo el trabajo, el matrimonio y la procreación.

2.1.3 EL CONFLICTO DE IDENTIDAD.

Se puede decir que un individuo tiene identidad cuando su personalidad se integra en un todo y le permite diferenciarse de los demás.

La identidad sexual comienza a formarse a temprana edad y entra en conflicto cuando el adolescente tiene que abandonar el rol de niño o niña, para adoptar el de varón o mujer. "Bleger considera que ésta es el centro de la problemática y que la sexualidad surge como elemento organizador de la identidad en general. De hecho, los aspectos de uno y otro tipo de identidad se interrelacionan, siendo la sexualidad el centro generador de toda la problemática adolescente".³

³ Carrizo Barrera, Héctor. La Educación de la Sexualidad Humana. Editorial CONAPO. México, D.F. 1982. Pp. 119.

2.2 SEXUALIDAD

2.2.1 CONCEPTO

A través del tiempo, la concepción de la sexualidad ha experimentado una constante transformación, su definición y concepción se ha construido en base a informaciones y desinformaciones que marcan, muchas veces, la vida de los individuos.

“Sexualidad es un sistema de conductas o comportamientos, de fuente instintiva e intelectual, con una finalidad reproductiva (función reproductiva) y placentera (función erótica), al servicio de la comunicación y la trascendencia que se descarga en un objeto sexual a través del coito o sus sustitutos y condicionado en su expresión por las pautas culturales y morales de cada época y lugar”.⁴

El concepto de sexualidad comprende tanto el impulso sexual, dirigido al goce inmediato y a la reproducción, como los diferentes aspectos de la relación psicológica con el propio cuerpo (sentirse hombre, mujer o ambos a la vez) y de las expectativas de rol social. En la vida cotidiana, la sexualidad cumple un papel muy destacado ya que, desde el punto de vista emotivo y de la relación entre las personas, va mucho más allá de la finalidad reproductiva y de las normas o sanciones que estipula la sociedad.

Además de la unión sexual y emocional entre personas de diferente sexo, existen relaciones entre personas del mismo sexo que, aunque tengan una larga tradición (ya existían en la antigua Grecia y en muchas otras culturas), han sido hasta ahora condenadas y discriminadas socialmente por influencias morales o religiosas.

Durante siglos se considero que la sexualidad entre los animales y en los hombres era básicamente de tipo instintivo. En esta creencia se basaron las teorías para fijar las formas no naturales de la sexualidad, entre las que se incluían todas aquellas prácticas no dirigidas a la procreación.

⁴ Flores Colombino Andres. Sexo, Sexualidad y Sexología. Editorial Hvmánita. Buenos Aires, Argentina. 1998. Pp. 92 y 95.

Actualmente, en el límite de las formas ampliamente aceptadas de comportamiento sexual se encuentran las llamadas perversiones. La evolución en los usos y costumbres y el ensanchamiento del margen de tolerancia ha hecho que conductas consideradas tradicionalmente perversas se admitan como válidas en el marco de los derechos a una sexualidad libre. Sólo en los casos de malestar o de conflicto del propio individuo con sus tendencias, o en aquellos en los que se pone en riesgo la integridad física y moral de terceros, se impone la necesidad de tratamientos psicoterapéuticos. La sexualidad, en definitiva, no debe apartarse de dos principios fundamentales: el mutuo consentimiento y la superación de autocensura, para que cada individuo se acepte a sí mismo, aunque ello exija a veces lograr el difícil equilibrio entre las inclinaciones individuales, ciertos prejuicios y atavismos sociales.

2.2.2 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA FORMACIÓN DE LA SEXUALIDAD

La sexualidad recibe influencias sociales, económicas y culturales, mismas que moldean la manifestación del sexo biológico en la conducta de relación con el medio ambiente y con nosotros mismos.

Los factores externos que influyen en la formación de la sexualidad son:

- “Estereotipos culturales
- Estereotipos de género
- Esquemas de género”⁵

Estereotipos culturales.- Son acuerdos que permiten a un grupo de personas cooperar y funcionar. Y son flexibles ya que, la sociedad los transforma a través del tiempo según las condiciones económicas, políticas, etc.

Estereotipos de género.- Son acuerdos referentes a los roles que la sociedad asigna tanto a hombres como a mujeres.

Esquemas de género.- Es la percepción que adquiere el individuo de lo que la sociedad espera de él, como hombre o como mujer y, que se trasmite a través de la familia, que le da al individuo un sentido de identidad.

⁵ Monroy de Velazco, Anameli. Salud, Sexualidad y Adolescencia. Editorial Pax México. 1985. Pp. 147-167.

2.2.3 LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia implica una serie de cambios biológicos y psicosociales, que sitúan al sujeto ante una nueva forma de sentirse y percibirse, ante todo aquello que le rodea.

Igualmente, y en cuanto objeto, estos cambios posibilitan que el o la adolescente sea percibido(a) de una forma muy diferente por las personas que están a su alrededor y, por la sociedad en general.

La adolescencia comienza con la aparición de la pubertad y con ella tienen lugar una serie de cambios específicamente sexuales, que culminan con la maduración de los órganos sexuales.

Desde el punto de vista psicológico, van a aparecer nuevas necesidades y capacidades en el adolescente. La búsqueda de una identidad personal, es decir, el desarrollo de un sentimiento del propio yo como alguien diferenciado de los demás y, que mantiene un sentido de continuidad y coherencia a lo largo del tiempo y de las situaciones, sin duda, se convierte en la tarea más importante de la adolescencia.

2.3. EDUCACIÓN SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA

Es toda instrucción sobre el proceso y las consecuencias de la actividad sexual, generalmente dada a niños y adolescentes. Hoy, la educación sexual hace referencia a los temas incorporados al currículo sobre este tipo de enseñanza en las escuelas primarias y secundarias, en general como parte de la materia o asignatura referente a las ciencias de la naturaleza.

La variedad de temas investigados y discutidos como parte de este tipo de educación comprenden: el proceso físico de la reproducción humana, la función de los órganos sexuales del hombre y de la mujer, el origen, contagio y efectos de las enfermedades de transmisión sexual, los roles y estructuras de la familia, la ética de las relaciones sexuales, las causas y consecuencias emocionales y psicológicas del sexo (como la sexualidad prematura, entre otros), el matrimonio y la paternidad. Aunque muchos padres aprueban la enseñanza de esta materia en las escuelas, en la práctica siempre ha habido opiniones en contra, ya que

algunos de ellos rechazan la educación sexual por razones religiosas o morales.

Históricamente, la tarea de instruir a los adolescentes sobre el sexo ha sido responsabilidad de los padres. Sin embargo, existen otros factores que contribuyen en la educación sexual de los niños y adolescentes. Los de mayor influencia son:

- a. "La familia
- b. La escuela
- c. Grupo de amigos
- d. Religión
- e. Medios de comunicación".⁶

- a. La familia.- Es el primer grupo al que se pertenece y en el que se adquieren los valores básicos acerca del sexo y la sexualidad. Es aquí donde se aprende lo bueno, lo malo y lo socialmente aceptable, así como los roles sexuales.
- b. La escuela.- En esta se reciben múltiples influencias a través de la enseñanza de diversas materias, de la forma en que se abordan los temas sexuales en clase, y del comportamiento de los maestros hacia los alumnos; esto hace que se vayan forjando en los alumnos modelos y normas de conducta sexual.
- c. Grupo de amigos.- A través del grupo de amigos se aprenden conceptos de lo que significa ser hombre o ser mujer, del trato ideal en pareja, el significado de madurez. Es en este donde se resuelven algunas dudas que los adolescentes no se atreven a cuestionarle a los padres.
- d. Religión.- Toda sociedad vive ciertos valores religiosos que tiene gran influencia en la conducta. Siendo la religión un factor importante en la conformación de la sexualidad, conviene conocer las características específicas del grupo con que se trabaja.
- e. Medios de comunicación.- El uso generalizado de la radio, la televisión, los impresos, es una característica de la sociedad actual hecho que hace que la información se difunda rápidamente y a grandes núcleos y que éstas sea recibida

⁶ Monroy de Velasco, Anameli. Salud, Sexualidad y Adolescencia. Editorial Pax México. 1985. Pp. 147-167.

de un modo indiscriminado por hombres y mujeres de todas edades, creando así modelos que no siempre corresponden a nuestra realidad sociocultural.

Son muchos los problemas ocasionados por una educación inadecuada de la sexualidad y el conocerlos, muchas veces contribuye a tomar la decisión de desempeñar esta labor responsablemente.

2.4 EMBARAZO

El embarazo comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el óvulo de una mujer y este óvulo fecundado se implanta en la pared del útero, como el embarazo altera los esquemas hormonales normales de una mujer, uno de los primeros síntomas del embarazo es la pérdida del periodo menstrual, otros síntomas son: aumento de la sensibilidad de las mamas, cansancio, náuseas, sensibilidad a los olores, cambios de humor y aumento de peso. Los senos aumentan de tamaño y se oscurecen los pezones. El síntoma más evidente es el aumento de peso. En la actualidad la mayoría de los médicos aconsejan que el aumento de peso no supere los 12 kilogramos al final del embarazo.

Los primeros meses del embarazo son los más críticos para el niño en desarrollo, ya que durante este periodo se forman su cerebro, brazos, piernas y órganos internos.

Las 40 semanas del embarazo se dividen en tres trimestres. El bebé que se está desarrollando recibe el nombre de embrión durante las ocho primeras semanas, después se le denomina feto. Todos sus órganos importantes se desarrollan durante el primer trimestre. Las náuseas y los vómitos son frecuentes en la mujer gestante, en especial durante las mañanas. Sus pechos aumentan de volumen y se vuelven delicados, y su peso comienza a aumentar.

En el segundo trimestre, el feto tiene ya una apariencia humana reconocible, y crece con rapidez. El embarazo de la madre es evidente, tanto externa como internamente. Su ritmo cardiaco y presión sanguínea aumentan para adaptarse a las necesidades del feto.

En el tercer trimestre, los órganos de éste maduran. La mayoría de los bebés prematuros nacidos al comienzo del tercer trimestre sobreviven, y sus

probabilidades de supervivencia aumentan cada semana que permanecen en el útero. La mujer embarazada tiende a sentir calor e incomodidades durante este período y, su sueño, muy importante en ese momento, puede verse alterado.

Una mujer embarazada debe tener especial cuidado antes de tomar algún tipo de medicación si no es aconsejada por un médico que conoce su estado. También debe evitar los rayos "X" y el consumo de tabaco y alcohol.

2.5. PROCREACIÓN TEMPRANA O EMBARAZO ADOLESCENTE

2.5.1 DEFINICIÓN

"El embarazo en la adolescencia se define como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica = edad de la menarquía, que es la época de la vida de la mujer caracterizada por la aparición del primer periodo menstrual), cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental".⁷

2.5.2 ANTECEDENTES

Durante siglos casarse y tener hijos a los 14 ó 16 años era en realidad algo muy natural, pero en nuestros días tiene una significación diferente: evoca una anomalía social y numerosos riesgos.

Ser madre a los 17 ó 18 años era, norma admitida en nuestra sociedad, hoy es habitual considerar los 20 años como edad mínima para la maternidad. Sin embargo en otros países, en otras culturas, se sigue casando a las hijas a los 13 y 15 años, aunque esta tendencia va disminuyendo.

En el pasado, la educación sobre la vida familiar de los (as) adolescentes era responsabilidad de la gran familia (padre, madre, tío, tía, etc.). a esto se le agregaban ritos de iniciación que preparaban a los jóvenes para una vida responsable, garantizando con éstos la conservación de su virginidad, como un honor para ellas, sus familias y su futuro esposo.

⁷ Silber J. Tomás. Manual de medicina de la adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. 1997. Pp.473.

“Ciertas comunidades eran muy tolerantes y acogían sin dificultad, en el marco de la familia amplia, a la joven madre soltera y a su hijo, mientras que otras al contrario, los repudiaban con violencia condenándolas prácticamente a la muerte, o al menos a una exclusión tan severa que, a la larga significaba la pena de muerte”.⁸

En nuestra sociedad, aún encontramos familias tradicionalistas que, a menudo niegan a los (as) adolescentes el acceso a toda orientación sexual, dejando a las (os) adolescentes a merced de embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual (ETS) y SIDA.

La adolescente embarazada de los 14 a 17 años, presenta características distintas a las de una mujer adulta en la misma situación. Su embarazo es distinto al de una mujer mayor y, esta diferencia amenaza el futuro de la madre y del niño concebido. La madre es adolescente no se encuentra preparada ni física ni psicológicamente, para la maternidad. Si es soltera, por lo menos en el momento de la concepción y en los primeros meses del embarazo, su maternidad, será pues, cuestionada y hasta sometida a juicios de valor.

El nacimiento de hijos fuera del matrimonio es un fenómeno común a todos los tiempos y a todos los pueblos; pero no tenía desde luego, la dimensión que tiene hoy.

Algunos estudios, se caracterizan por atender un discurso que niega legitimidad a la actividad sexual de las jóvenes y estigmatiza el embarazo, asociándolo con riesgos de carácter biológico social y económico.

“Los estudios publicados en México a partir de 1967 enfatizan los efectos negativos del embarazo en las jóvenes. El tema se convirtió en objeto de estudio de la investigación biomédica. En ellos se concluye que el embarazo en las jóvenes, a diferencia al de las adultas, constituye un riesgo para la salud. La información disponible no permite dilucidar si la edad es la responsable de la morbilidad reportada, ni la influencia de otros factores económicos, sociales y culturales, o bien, en qué medida influían ambas posibilidades. De 1986 en

⁸ Deschaps, Jean Pierre. Embarazo y Maternidad en la Adolescente. Editorial Herder. Barcelona. 1979. Pág. 21-111

adelante proliferaron los trabajos sobre los riesgos biológicos, psicológicos y sociales del embarazo en mujeres jóvenes la mayoría se realizaron con población de estrato social medio y bajo que acudían a los hospitales públicos en la ciudad de México y su zona conurbada”.⁹ En todos los estudios la edad es la variable que diferencia o agrupa a la población estudiada.

Las condiciones de pobreza en México se confirman como variables sobresalientes en relación a la actividad sexual y la fecundidad entre las mujeres menores de 20 años de edad, pero no son elementos determinantes para entender la vivencia del embarazo juvenil.

El interés sobre el embarazo de las jóvenes se ha ido incrementando con la participación de algunas organizaciones no gubernamentales (ONG). Se publicaron diversos artículos, se realizaron reuniones nacionales e internacionales sobre el tema, se levantaron encuestas y se implementaron programas de intervención orientados a posponer la actividad coital de los y las jóvenes y/o a dar información sobre el uso de anticonceptivos.

Las recomendaciones para la población joven se centraron en la abstinencia sexual, dado el margen de inseguridad de la tecnología anticonceptiva y los fuertes críticas que recibieron las organizaciones promotoras del uso de anticonceptivo entre la juventud.

“El embarazo en las jóvenes es por lo mismo un fenómeno con múltiples aristas. Lo que está en juego, al considerarlo problema social, es la actividad sexual de las adolescentes y las relaciones de poder entre los géneros y las generaciones”.¹⁰ El embarazo evidencia ante la sociedad la actividad sexual de la joven al margen de lo que se considera deseable para ella. Además de los riesgos biológicos y la preocupación por la contribución de las jóvenes a la fecundidad global, otros estudios asocian el embarazo con la desventaja social en que viven muchas mujeres. Una de las más señaladas es el riesgo de abandono escolar cuando se presenta un embarazo.

⁹ Roman, Rosario. *Del primer Vals al Primer Bebe*. Editorial Lagabel. México. 2000. Pp. 18,19

¹⁰ Op. Cit. 19-20.

Así podemos decir que el embarazo de la adolescente tiende a inscribirse como consecuencia de lo que se ha convenido en llamar inadaptación social de los jóvenes, cuyo origen se identifica en la falta de conformidad entre las necesidades y las aspiraciones de los mismos, así como las posibilidades que la sociedad ofrece para satisfacerlas.

2.5.3 COMPLICACIONES

Al ser la adolescente una persona en crecimiento, su cuerpo aún no alcanza la madurez biológica necesaria para sostener el crecimiento de su hijo (a) por lo cual, el embarazo puede resultar delicado o ser de alto riesgo. Los riesgos médicos asociados al embarazo en madres adolescentes, son entre otros: la patología hipertensiva, anemia, parto prematuro, nutrición insuficiente, bajo peso del bebe, entre otras, determinan la elevación de la morbi-mortalidad materna y aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil.

Según un estudio retrospectivo realizado en el Hospital Infantil del Estado de Sonora, durante el periodo comprendido de junio de 1995 a mayo de 1997; del total de eventos obstétricos, el 24% corresponden a adolescentes.¹¹

De forma global se describe la morbilidad de la adolescente embarazada, por períodos de gestación:

En la primera mitad se destacan:

- ❖ Aborto
- ❖ Anemia
- ❖ Infecciones urinarias

En la segunda mitad:

- ❖ Cuadros hipertensivos
- ❖ Hemorragias asociadas a patologías placentarias
- ❖ La escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada
- ❖ Síntomas de parto prematuro
- ❖ Ruptura prematura de membranas.

¹¹ Vázquez, Elba; Rojo Rafael. Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado. Vol. 17. Pp. 38-39.

Las patologías maternas, peri natales y del recién nacido son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años y, sobre todo, en los grupos de edades más cercanos a la menarquia.

Los problemas de salud de los hijos de madres adolescentes se relacionan con bajo peso al nacer y riesgo de muerte en el primer año de vida el cual es dos veces mayor que en otras edades maternas.

2.5.4 REACCIONES EMOCIONALES DE LA PROCREACIÓN TEMPRANA

Desde el punto de vista psicológico, en la adolescente embarazada, van a aparecer nuevas necesidades y capacidades. La búsqueda de una identidad personal, es decir, el desarrollo de un sentimiento del propio yo como alguien diferenciado de los demás, y que mantiene un sentido de continuidad y coherencia a lo largo del tiempo y de las situaciones, sin duda, se convierte en la tarea más importante de la adolescencia.

REACCIONES EMOCIONALES EN LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

Algunas de ellas pueden ser las siguientes:

- ⇒ "Deseo de no tener al bebé.
- ⇒ Quieren al bebé confusa e idealizadamente.
- ⇒ Otras adolescentes pueden ver la creación de otra vida como un logro extraordinario, pero sin darse cuenta de las responsabilidades que esto conlleva.
- ⇒ Intención de quedarse con el bebé para complacer a otro miembro de la familia.
- ⇒ Quieren al bebé por tener alguien a quien amar, pero no se dan cuenta de la cantidad de atención que requiere la criatura.
- ⇒ Incapacidad para anticipar que ese bebé tan adorable puede hacer demandas constantes o ser muy irritante.

Se sienten abrumadas por la culpabilidad, la ansiedad y el miedo a futuro.

- ⇒ La depresión es muy común entre las adolescentes embarazadas".¹²

¹² Internet. Google American Academy of Child Adolescent Psychiatry.

2.5.5 CONSECUENCIAS DE LA PROCREACIÓN TEMPRANA

2.5.5.1 CONSECUENCIAS SOCIALES Y ECONÓMICAS

La actitud de la sociedad: aparentemente la sociedad ha sido muy condescendiente con respecto a las adolescentes embarazadas o madres solteras, en lo que se refiere a actitudes y reglamentaciones que proclaman los derechos de las madres solteras y de sus hijos, en el aumento de ayuda institucionales, esta tolerancia contrasta hasta cierto punto con las dificultades con las que se enfrenta en el seno familiar.

Hay un rechazo general, a veces implícito, a veces explícito, hacia la adolescente embarazada o a la madre soltera, rechazo de la familia, de la sociedad, de la escuela, se descubre una exclusión global. El rechazo, la reprobación, la burla, son reacciones que, aunque no sean expresadas abiertamente, producen en la adolescente embarazada, presión, estrés y vergüenza; incertidumbre por su futuro y el de su hijo.

El embarazo en la adolescente es un producto de la patología sexual: negligencia paterna, carencia efectiva, inseguridad, pobreza, ignorancia, violencia. La menor embarazada esta psicológica y socialmente, sola para asumir su maternidad. La ilegitimidad en si sería poca cosa si el peso de la desconsideración que la acompaña no viniera a complicar las dificultades de la futura madre. Ya que, a menudo se ven obligados a remediarla con la celebración apresurada de una boda, de la que es fácil presumir su fragilidad, al unir para salvar el honor, a dos jóvenes que nunca habían imaginado formar un hogar y vivir conjuntamente su vida. Es también del todo evidente que el matrimonio no convertirá a la adolescente en una persona adulta.

La posibilidad de un embarazo existe igualmente para las adolescentes de los ambientes considerados como mas favorecidos, es algo menos visto, menos conocido, menos reflejado en las estadísticas, pero ello se debe a que las familias de posición holgada poseen la facultad de disimular sus problemas ante los demás; el caso de estas jóvenes es tan doloroso como el de sus semejantes de ambientes mas modestos, soportan solas el peso de sus dificultades y las

soluciones apuntadas por la familia tienden a encubrir un objeto de escándalo que a proporcionar o brindar una ayuda adecuada a la adolescente.

En consecuencia, la práctica cotidiana del quehacer médico o social contempla más a menudo muchachas de clases menos favorecidas, como en muchos de los problemas sociales, los pobres son los más desamparados, los más vulnerables, en comparación con los demás.

Para las jóvenes que apenas han llegado a la adolescencia, los riesgos de la procreación temprana no terminan en el parto. En comparación con las mujeres que postergan la procreación hasta ya cumplidos los 20 años, las que tienen el primer hijo antes de los 20 años tienen más probabilidades de:

- ⇒ Recibir menos educación.
- ⇒ Tener menos posibilidades de empleo y menores ingresos.
- ⇒ Divorciarse o separarse de su compañero.

Las consecuencias sociales de la procreación temprana varían de una cultura a otra. En lugares donde las mujeres se casan jóvenes y comienzan temprano a tener hijos, la maternidad suele brindar prestigio social y respeto.

Si se espera que una joven pruebe su fecundidad como parte del proceso matrimonial, como ocurre en algunas partes, aun el embarazo involuntario puede mejorar las circunstancias sociales de la joven al acelerar el proceso del matrimonio o garantizar su sostén económico.

Cuando las niñas tienen escasa probabilidad de continuar los estudios o de tener un trabajo remunerado, la maternidad temprana, incluso fuera del matrimonio, puede verse como la mejor ruta a la madurez y una vida satisfactoria.

Muchas sociedades, sin embargo, condenan a las jóvenes no casadas que tienen hijos y consideran que merecen sufrir penurias emocionales y económicas, numerosas familias, por lo tanto, prefieren casar a sus hijas mientras son jóvenes para evitar el riesgo de que alguna de ellas quede embarazada antes del matrimonio.

En sociedades en las que el divorcio es inaceptable, es de preveer que las mujeres forzadas a casarse jóvenes por estar embarazadas han de soportar sin

remedio episodios de violencia o abandono. Si una joven queda embarazada antes de casarse, puede que su familia la rechace o que sus padres la envíen a otra parte. Si una joven se siente abrumada ante la perspectiva de sanciones sociales o familiares, puede escaparse o intentar suicidarse. "En todo el mundo un número desproporcionado de suicidios corresponde a adolescentes embarazadas".¹³

Consecuencias para la Familia:

Los padres, especialmente los de la chica, se encuentran ante una situación de rechazo social, que rompe sus expectativas sobre su propio futuro y el de la familia. Puede suceder que se sientan estigmatizados y que descarguen su frustración sobre su hija.

CONSECUENCIAS ECONÓMICAS

Debido a las transformaciones sociales y económicas que atraviesa todo el mundo en desarrollo, las consecuencias económicas de la paternidad temprana suelen ser ahora más extremas y de larga duración que en el pasado.

En forma creciente, las mujeres y hombres jóvenes encuentran que necesitan tener empleos remunerados y la preparación necesaria para obtenerlos.

La joven pareja apunto de tener un hijo, se encuentra en una situación social difícil ya que el joven no cuenta con un trabajo ni una vivienda para acoger a su ahora mujer y próximamente a su hijo.

Cuando las mujeres jóvenes tienen escasa oportunidad de avanzar económicamente, como en las zonas rurales de muchos países en desarrollo, la procreación temprana tal vez no empeore las ya deficientes perspectivas económicas de las jóvenes.

Pero casi todas las zonas urbanas ofrecen a una joven alguna oportunidad de trabajo remunerado si ella tiene la capacitación necesaria. En las ciudades una mujer que ha tenido un hijo antes de los 20 años puede sufrir las mismas dificultades económicas que sus homólogas de los países desarrollados, en gran parte porque su educación ha quedado interrumpida.

¹³ Internet. Google. American Academy of Child Adolescent Psychiatry.

En la relación entre la pobreza y la paternidad precoz, la causalidad parece ir en ambos sentidos. Las mujeres más pobres son las que más tienden a tener hijos cuando son jóvenes y las que tienen hijos de jóvenes también tienden a quedarse en la pobreza. En el extremo, muchas jóvenes madres no casadas se ven forzadas a practicar el comercio sexual para que ellas y sus hijos puedan mantenerse.

2.5.5.2 CONSECUENCIAS EDUCACIONALES DE LA PROCREACIÓN TEMPRANA

“La eficiencia terminal de las instituciones de educación pública se reduce a medida de que se avanza en el nivel de estudios; esto es, en las edades que coinciden con el periodo de la adolescencia. Aunque en Sonora este indicador es más alto que el reportado a nivel nacional, el porcentaje indica la necesidad de impulsar medidas que abatan el abandono escolar.

El nivel de escolaridad reportado de las madres jóvenes de este estudio y el abandono de la escuela por embarazo forman parte del problema general de deserción escolar y de la eficiencia del proceso educativo, y no son sólo una consecuencia del embarazo”.¹⁴ La relación entre el embarazo y el abandono escolar dista mucho de ser causal o directa. Es un fenómeno complejo en el que confluyen condiciones de carácter económico y cultural hasta ahora poco documentadas empíricamente.

Por un lado, esta la carencia de recursos económicos, en las familias de los estratos populares, para sostener la educación de las hijas. Por otro, están las pocas posibilidades que la educación tiene de ser un medio para acceder a un mejor nivel de vida, por lo que tiende a desvalorizarse. Aunado a esto se encuentra la creencia, arraigada todavía en algunas familias, de que el estudio y la educación en las mujeres son deseables pero no indispensables para cumplir en su misión maternal.

Además, el ambiente escolar es poco propicio para la estudiante embarazada por la actitud del personal docente, de las autoridades escolares y de

¹⁴ Roman, Rosario. *Del primer Vals al Primer Bebe*. Editorial Lagabel. México. 2000. Pp. 18-19.

sus compañeros, condiciones que tampoco han sido estudiadas.

A los 14 ó 15 años, incluso embarazada, se considera una estudiante, a los 17 años, aunque liberada de la obligación escolar, tiene que seguir sus estudios o un aprendizaje, a menos que tenga ya un trabajo. La adolescente es un ser dependiente y el embarazo o el alumbramiento no harán sino aumentar esa dependencia, haciéndola a la vez mas larga y mas difícil de resolver, así como mas penosa de soportar.

La condición de escolar en la mayoría de los casos, es la que tiene la adolescente al inicio de su embarazo., no siempre se trata de una escolaridad brillante. En la actualidad aun nos encontramos con adolescentes que no han terminado sus estudios primarios, otras apenas saben leer y escribir y todavía, hoy se encuentran jóvenes analfabetas.

El embarazo escolar es común en todas las clases sociales, y en todos los países. Mucha adolescentes que se encuentran estudiando interrumpen sus estudios, por miedo a no ser aceptadas en el colegio, por temor al escándalo o el rechazo en un futuro, o más a un su propia familia se encarga de interrumpir sus estudios, ya sea para que la joven se dedique de entero a su embarazo o a su hijo.

“En Algunos países, el embarazo sigue siendo el motivo más frecuente de expulsión escolar de las adolescentes, o bien del abandono voluntario de los estudios”.¹⁵ La joven excluida sólo muy raramente prosigue sus estudios después de tener a su hijo, en este caso corre igualmente el riesgo de no ser aceptada por la escuela. Se dice, a veces, que uno de los motivos del despido escolar es la necesidad de no descubrir el embarazo a los demás alumnos, para no causar turbación, pero por lo general los demás alumnos ya están enterados del acontecimiento bastante antes de que lo sepan los maestros y la familia de la interesada. También se podría dar la expulsión de la joven por el mal ejemplo dado a sus compañeros, por las perturbaciones emocionales que puede acarrear la presencia de la adolescente embarazada, de modo que los padres de los demás estudiantes pueden firmar una petición para obtener el despido, como si

¹⁵ Internet. Google. American Academy of Child Adolescent Psychiatry.

esos estudiantes no hubiesen tenido nunca una relación sexual, como si el mal ejemplo no pudiera ser mas bien, particularmente para los muchachos, una ocasión de reflexión y de medir las responsabilidades en que podrían incurrir un día. O tal vez quizá se trate de la reputación moral del centro escolar, de su personal y de sus alumnos, reputación que se vería empañada por la presencia de una alumna embarazada. Al no encontrar una justificación convincente, se dice que la exclusión escolar de las adolescentes embarazadas no es más que el síntoma de un rechazo social más amplio, pero es también un factor considerable de disminución de futuras posibilidades en el campo educativo y profesional.

Expulsar de la escuela a una adolescente embarazada representa también, a corto plazo, agravar sus dificultades, intensificar su aislamiento, marginarla, cortar su cultura en crecimiento, aumentar su culpabilidad infligiéndole lo que no puede experimentarse mas que como un castigo, reducirla a la inactividad en el momento en que es preciso ocupar su espíritu a fin de tener otros temas en que pensar además de su embarazo, privarla, finalmente de un apoyo muy valioso, la ayuda y la simpatía de sus compañeros.

"Estudios realizados en los años 60 y 70 eran pesimistas para el futuro de estas jóvenes madres, pero en los 90 se ha demostrado que la evolución, para mucha de estas mujeres es positiva".¹⁶ Ciertos factores influyen en el buen pronostico: un buen nivel escolar antes y después del nacimiento y, el hecho de no estar aisladas socialmente.

Las jóvenes que comienzan a tener hijos temprano tienen menos escolaridad que las mujeres que postergan la procreación hasta haber cumplido los 20 años. En los países en desarrollo las escolares que quedan embarazadas rara vez retornan a la escuela, estén casadas o no.

En algunos países las escuelas expulsan habitualmente a las jóvenes que quedan embarazadas, mientras rara vez toman medidas contra los estudiantes varones que han causado el embarazo. Muchas jóvenes se arriesgan a tener un aborto peligroso para no tener que dejar la escuela. Si bien algunos países están

¹⁶ INTERNET. Google.. UNESCO. Club de mujeres. "la colombe", jóvenes para el desarrollo la cooperación

modificando las medidas de expulsión de las escolares embarazadas, en su mayoría las jóvenes no pueden retornar a la escuela después de dar a luz por que deben cuidar a sus hijos.

Durante esta etapa es frecuente que la adolescente presente trastornos psicológicos como, vergüenza, culpa, angustia y depresión, sentimientos que las pueden inducir al alcoholismo, las drogas y hasta el suicidio. Todos los roles que tradicionalmente se desempeñan en esta etapa, como educación, recreación y deporte, se ven afectados; al romperse este equilibrio se presenta el conflicto. La futura madre empieza a preguntarse si tiene o no ilusiones, si continua siendo una adolescente y si realmente esta preparada para educar a su hijo. Al darse esta situación, las probabilidades de que se presente algún desorden en la salud mental de la adolescente son altas, lo que puede llevar a que muchas de ellas pierdan todo interés en la vida y en lo que les depara el futuro.

Los desordenes mas frecuentes se manifiestan en malas relaciones interpersonales, estrés, ansiedad, agresividad, carencia de afecto, alcoholismo, prostitución y suicidio.

2.5.5.3 CONSECUENCIAS EMOCIONALES DE UN EMBARAZA NO DESEADO.

Estas implican no solo a la chica adolescente y a su posible hijo, sino también a su pareja, a los padres de ambos y a la sociedad en general. Algunas tienen efecto sólo a corto plazo, pero otras pueden afectar a largo plazo, incluso de por vida.

Tradicionalmente se considera que un embarazo no deseado tenía para la joven sólo algunas consecuencias orgánicas con un efecto limitado en el tiempo. Sin embargo, tome la decisión que tome esta expuesta a importantes consecuencias no solo orgánicas, sino también psicológicas, sociales, económicas y educativas y a que los efectos de algunas de ellas van mucho más allá del parto y el posparto.

Las consecuencias para el chico han sido menos estudiadas, aunque parece que dependen en gran parte del grado en que se implique en el problema.

Consecuencias Iniciales:

Son frecuentes el miedo y ansiedad ante la situación de incertidumbre que se crea, esta ansiedad se manifiesta, entre otras cosas, en pérdida de apetito y dificultades para dormir y para concentrarse en los estudios o en el trabajo. Le asaltan dudas sobre que va a hacer, con quién va a hablar de ello, cómo reaccionara el chico al saberlo, como va a decírselo a sus padres, etcétera.

2.5.5.4 CONSECUENCIAS EMOCIONALES ANTE LA DECISIÓN DE TENER AL HIJO.

Teniendo en cuenta el estado psicológico de la madre, su inmadurez biológica, el tardío o inexistente cuidado prenatal y otros factores, los embarazos en estas edades son considerados de alto riesgo. Son más probables las complicaciones durante la gestación, el parto y el posparto.

Por otro lado, la chica adolescente se ha de enfrentar a unas demandas para las que no tiene respuesta y a multitud de presiones contradictorias como estrés, depresión, suicidios, baja autoestima y de otros problemas psicológicos.

La sociedad, por su parte, aunque va siendo algo más tolerante con las relaciones prematrimoniales, castiga los nacimientos.

El abandono escolar es mucho mas frecuente en madres adolescentes y, si los padres y la sociedad no prestan o no están en condiciones de prestar el apoyo necesario, son muy posibles la inseguridad social y económica.

2.5.5.5 CONSECUENCIAS EMOCIONALES ANTE LA DECISIÓN DEL ABORTO

Los abortos en la adolescencia suelen ser clandestinos y vividos en soledad, por lo que son más frecuentes, a nivel orgánico, perforaciones uterinas, hemorragias, infecciones e incluso la propia muerte y, a nivel psicológico, sentimientos de tristeza, de pérdida y de culpabilidad. Desde el punto de vista social, puede darse rechazo en caso de que el hecho llegue a ser conocido.

CAPITULO III.
ESTUDIO DE CAMPO

3.1 JUSTIFICACIÓN

El embarazo en adolescentes, hoy en día es un problema de salud pública, no sólo asociado a los trastornos orgánicos propios de la maternidad en la juventud, sino porque están implicados factores socio-culturales y económicos que comprometen el binomio madre e hijo. "Se dice que el número de embarazos adolescentes esta aumentando de manera considerable y que alcanza altas cifras y altas proporciones (alrededor de 450,000 nacimientos anuales en los últimos años en México, equivalentes aproximadamente al 15% del total). Las condiciones sociales y culturales en las que tiende a ocurrir el embarazo adolescente tiene mucho mas peso que la edad y los factores biológicos relacionados con esta en sus consecuencias negativas para la salud".¹⁷ Como la adolescencia es una etapa en la cual ocurren un conjunto de cambios fisiológicos, sociales y emocionales; dependiendo de la edad de la adolescente y del tiempo que ha transcurrido entre su desarrollo y el embarazo puede haber más o menos complicaciones; si la adolescente tiene menos de 15 años se ha observado mayor riesgo de aborto, parto pretérmino o parto por cesárea por inmadurez fisiológica.

"Otro de los argumentos comúnmente manejados para definir este fenómeno como un problema social, que parece ser el que ha adquirido un mayor peso en la actualidad, es, el de sus efectos adversos sobre la salud de la madre y del niño".¹⁸ Ciertamente, hay preocupaciones legítimas por el embarazo adolescente en términos de la salud de madres e hijos.

El embarazo durante la adolescencia presenta normalmente una crisis para la joven que está en estado y para su familia. "Si es mayor de 15 años, la embarazada tiene el mismo riesgo que una paciente adulta, excepto si está mal alimentada, o si se encuentra en situación de abandono por parte de su pareja o familia, por otro lado es posible que la adolescente no esté preparada para asumir

¹⁷ Internet. Google. Stern Claudia. Ph. D. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. Salud pública Méx. 1997 Pág. 3-5

¹⁸ Op. Cit. Pág. 6

emocionalmente el compromiso de un bebé o necesite mayor apoyo”.¹⁹ Las reacciones emocionales más comunes en la joven madre incluyen la ira, la culpabilidad y el negarse a admitir el problema. Si el padre es joven también y se involucra, es posible que las mismas reacciones ocurran con su familia.

“Los niños nacidos de madres adolescentes corren el riesgo de tener problemas a futuro en muchos aspectos importantes de la vida, incluyendo el fracaso en la escuela, la pobreza, y las enfermedades físicas o mentales”.²⁰

“No hay duda de que el embarazo adolescente contribuye al crecimiento de la población y que, en tanto lo haga de manera desmesurada, puede constituirse en un factor negativo para el bienestar presente o futuro de la sociedad Mexicana y por lo tanto definirse como un problema público legítimo”.²¹ La legitimidad del embarazo adolescente como problema demográfico no implica que su solución se limite a una mayor cobertura de métodos anticonceptivos, como se piensa a menudo.

“En sectores muy numerosos de la sociedad mexicana, en particular la sociedad rural y marginal urbana, precisamente aquellos en los que el embarazo temprano es más frecuente, que la unión y la maternidad temprana aun constituye una parte indisoluble de formas de vida femenina ante las cuales existen pocas opciones reales. Para las mujeres de estos sectores, la extensión de escolarización y la apertura de opciones de vidas distintas a la maternidad solo se irán produciendo conforme se vayan modificando las estructuras sociales y culturales que ahora los limitan. En tanto esto sucede, una mayor información y acceso a métodos anticonceptivos entre los y las jóvenes probablemente tendrán poca efectividad para prevenir un primer embarazo, ya que no existe ni la motivación para dejar la maternidad, ni las condiciones adecuadas para hacerlo”.²²

¹⁹ Stern Claudia. Ph. D. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. Salud pública Méx. 1997 Pág. 3

²⁰ No. 31 AMERICAN CHILDREN E, ADOLESCENT PSYCHIATRY. Cuando los adolescentes tienen hijos. Pág. 1

²¹ Op cit. Pág.4.

²² Op cit. Pág. 6

Como ejemplo se puede mencionar el caso del Hospital Infantil del Estado, que según una investigación realizada en el año de 1997, atendió para control prenatal a un total de 4249 embarazadas de las cuales 765 eran adolescentes. Dicha investigación también arrojó los siguientes resultados:

- ⇒ “De las 125 defunciones fetales correspondió a adolescentes el 19.2%.
- ⇒ De 11101 eventos obstétricos 1925 correspondieron a adolescentes; 519 de ellos fueron cesáreas en adolescentes.
- ⇒ De 1126 casos de legrado uterino 219 fueron en adolescentes.
- ⇒ De 43 casos en los que utilizaron fórceps 17 fueron de adolescentes.
- ⇒ En las adolescentes el total de recién nacidos fue de 2456, con un peso menor de 2500g. en 155 casos, y mayor de 2500g. en 2304 casos.”²³

Es en Hermosillo donde se presenta la mayor incidencia de embarazos adolescentes en el Estado de Sonora, ya en los meses de agosto y septiembre del año 2001 se presentaron, en el HIES, alrededor de 1130 embarazos entre mujeres adolescentes y adultas, de los cuales 190 casos fueron embarazos juveniles, representando el 17% del total. En vista de esto, es necesario crear programas para fomentar la información y los servicios requeridos a los jóvenes para concientizarlos y lograr una sexualidad responsable. Asimismo, es necesario crear grupos de apoyo para las adolescentes embarazadas, tanto desde el punto de vista médico como emocional. Por lo que es necesario detectar las posibles afecciones emocionales de esta problemática, que hoy en día es tan latente en nuestra sociedad.

²³ Vázquez Pizaña, Elva; Rojo, Adalberto. Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora. Complicaciones del Embarazo en Adolescentes y Mayores de 20 Años. Vol. 17. Abril de 1997. Pp. 36-42.

3.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“Al presentarse la adolescencia como un período de importancia en la estructuración de varones y mujeres, se acepta que tanto estos como aquellas deben vivirlo de manera intensa para llegar de mejor manera a la juventud y a la vida adulta. Se empieza a dejar de lado la idea de que el ser humano es maduro cuando es capaz de reproducirse. La pubertad es tan sólo una capacidad de realizar funciones reproductoras; mas no legitima, de manera alguna, la puesta en acto de esta capacidad”.²⁴

La adolescencia, en cambio, es un tiempo privilegiado en el proceso de conformación de la muchacha y el chico en todas sus dimensiones, que origina nuevos estilos de vida, crea una nueva concepción del mundo y de los valores, de las relaciones interpersonales y del sentido de la existencia.

“A diferencia de la pubertad que dice si una chica ya puede quedar embarazada y ser mamá y si el muchacho puede ser papá, la adolescencia anuncia que mujeres y varones atraviesan un período de intensas vivencias y experiencias destinadas a preparar no sólo la maternidad y la paternidad, sino la vida entera”.²⁵ La adolescencia aparece para ofrecer posibilidades de vivir nuevas experiencias y alternativas de elegir. La pubertad es apenas un proceso biológico. La adolescencia es lo psíquico y social.

Las causas del embarazo en la adolescencia son políticamente discutibles, de gran carga emocional. Se deben examinar muchos factores, además de la causa obvia que es que los adolescentes mantienen relaciones sexuales sin las medidas de contracepción (condón, pastillas etc.) adecuadas.

El nacimiento de hijos fuera del matrimonio es un fenómeno común a todos los tiempos y a todos los pueblos; pero no tenía desde luego la dimensión que tiene hoy. Ciertas comunidades eran muy tolerantes y acogían sin dificultad en el

²⁴ Deschaps, Jean Pierre. Embarazo y Maternidad en la Adolescente. Editorial Herder. Barcelona. 1979. Pág. 21-111

²⁵ *Ibidem*. Pag. 21-111

marco de la familia amplia, a la joven madre soltera y a su hijo.²⁶

La maternidad en la adolescente ofrece aspectos modernos que hace de ella un problema social nuevo. La adolescencia se ha convertido en una clase de edad numéricamente importante con sus propias necesidades, sus problemas, sus dificultades de relación con los mayores.

“Por todas partes el embarazo de la adolescente tiende a inscribirse como consecuencia de lo que se ha convenido en llamar inadaptación social de las jóvenes y que sería preferible considerar por una parte, como la falta de conformidad entre las necesidades y las aspiraciones de las jóvenes y, por otra de las posibilidades de satisfacerlas que les ofrece la sociedad en cambio”.²⁷

La adolescente contemporánea se muestra muy distinta de la adolescente tradicional, la cual surge como clase de edad en la socialización del siglo XX, convirtiéndose así en objeto de estudio.²⁸

“La edad de la pubertad ha descendido en los últimos años y las primeras relaciones sexuales tienen lugar entre los 15 y los 17 años. En el 50% de los casos, estas primeras relaciones se llevan a cabo sin ningún tipo de contracepción y un 0.8% terminan en embarazo (un 14% de las adolescentes tienen menos de 16 años)”.²⁹

“Las estadísticas recientes sobre nacimientos fuera del matrimonio, resulta que la mayoría de estos son de madres adolescentes y por lo regular solteras, en el momento de concebir a su hijo, no precisamente por que las leyes de su país la obliguen a ello, si no por que, en general la idea del matrimonio no se le había ocurrido aun y por que la concepción del hijo se ha hecho al margen de cualquier

²⁶ Roman, Rosario. *Del primer Vals al Primer Bebe*. Editorial Lagabel. México. 2000. Pp. 18,19

²⁷ UNESCO. Club de mujeres. “la colombe”, jóvenes para el desarrollo la cooperación

²⁸ Roman, Rosario. *Del primer Vals al Primer Bebe*. Editorial Lagabel. México. 2000. Pp. 17-31

²⁹ Revista. ¡mujeres jóvenes por el cambio!. *Adolescencia y embarazo*. Pág. 4

referencia a una pareja estable, a un hogar o a una familia".³⁰ En muchos casos, la joven toma conciencia de su estado demasiado tarde, por lo que puede tener graves consecuencias en la evolución del embarazo y la salud del feto. Sin embargo, los embarazos en la adolescencia no suelen plantear solo problemas de tipo obstétrico, si no también emocionales.

"La situación psicológica de la adolescente embarazada es dolorosa y compleja, en ella se acumulan las dificultades habituales en la adolescencia, los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo, las dificultades personales o familiares que acaso favorecieron el advenimiento del embarazo, las que originaran ciertas reacciones reales o simplemente temidas del entorno; la inquietud ante un porvenir que aparece sombrío, sin salida incluso; la perturbación por las graves decisiones que se han de afrontar, el vacío afectivo tan frecuente, la forma como la adolescente asumirá la explosión de las emociones propias de su edad".³¹

Por lo anterior nos enfocamos a investigar ¿Como afecta emocionalmente en la adolescente el estar embarazada a su edad?, ¿Cuál es la situación económica, social y educacional en la que se encuentra en esta etapa de su vida?, ¿Recibe el apoyo moral y económico de la pareja y/o de la familia?, ¿Consumieron alcohol, tabaco o algún tipo de droga durante su embarazo?, ¿Tenían información sobre los métodos anticonceptivos?, ¿Cuáles son los conocimientos que tienen sobre los cambios de su cuerpo y su mente durante el embarazo?. Estas son algunos de los tantos cuestionamientos que nos hicimos al trabajar con jóvenes embarazadas. Al elegir hacer una investigación sobre su problemática social, es de nuestro interés el conocer todos estos factores que rodean a la adolescente embarazada, para culminar en un diagnostico social de su problema, el cual nos ayude a implementar un proyecto de intervención desde la perspectiva del trabajador social.

³⁰ Deschaps, Jean Pierre. Embarazo y Maternidad en la Adolescente.. Editorial Herder. Barcelona. 1979. Pág 21-111

³¹ Salvatierra Mateu Vicente. Psicología del Embarazo y sus Trastornos.. Editorial Martínez roca. México, D.F.1998. Pp. 60-63.

3.3 OBJETIVO GENERAL

Conocer las actitudes emocionales que implica un embarazo a temprana edad, abarcando su entorno familiar y social, para poder dar una alternativa de atención desde la perspectiva de Trabajo Social.

3.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Precisar los problemas emocionales que las jóvenes presentan en el embarazo.

Conocer la relación intrafamiliar de la adolescente embarazada y su concepción del problema.

Conocer la situación civil de la joven y si cuenta con el apoyo de su pareja.

Conocer que fue lo que cambio en su vida a raíz de su embarazo.

Determinar si conocen o no los métodos anticonceptivos

Conocer la situación económica y cultural de la adolescente.

Conocer si consumieron algún enervante antes o durante el embarazo y cuales fueron sus razones.

3.5 HIPÓTESIS

La poca o nula información sobre la sexualidad y la falta de apoyo brindado por la familia, son la causa de los embarazos durante la adolescencia.

3.6 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación está sustentada en un estudio descriptivo que se basa en la metodología de Roberto Hernández Sampieri, quien dice que los estudios descriptivos por lo general fundamentan las investigaciones correlacionales las cuales a su vez proporcionan información para llevar a acabo estudios explicativos que generan un sentido de entendimiento y son altamente estructurados.

Las investigaciones que se están realizando en un campo de conocimiento específico pueden incluir los tipo de estudio en las distintas etapas de su desarrollo. Una investigación puede iniciarse como exploratoria, después ser descriptiva y correlaciona y terminar como explicativa.

“El propósito del investigador es describir situaciones y eventos. Esto es, decir como es y se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades, o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar.”³²

Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga.

Los estudios descriptivos miden conceptos: es necesario hacer notar que los estudios descriptivos miden de manera mas bien independiente los conceptos o variables, como es el caso de la presente investigación, de las cuales se puede mencionar las siguientes: ocupación, sustento económico, motivo por el cual se abandono el estudio, disposición para retomar los estudios, aceptación del embarazo, entre otros. Aunque, desde luego, pueden integrar las mediciones de cada una de dichas variables para decir como es y se manifiesta el fenómeno de interés, su objetivo no es indicar como se relacionan las variables medidas.

³² Hernández Sampieri, Roberto. Metodología de la investigación. Editorial McGraw-Hill. México. 1998. Pág. 60

Así como los estudios exploratorios se interesan fundamentalmente en descubrir, los descriptivos se centran en medir con la mayor precisión posible. Como menciona Selltitz (1965), en esta clase de estudio el investigador debe ser capaz de definir que se va a medir y como se va a lograr precisión en esa medición. Así mismo, debe ser capaz de especificar quien o quienes tienen que incluirse en la medición.

La investigación descriptiva, en comparación con la naturaleza poco estructurada de los estudios exploratorios, requiere considerable conocimiento del área que se investiga para formular las preguntas específicas que busca responder, en este caso las cuestiones formuladas son, ¿Tenias información sobre métodos anticonceptivos?, ¿Cómo es la relación que mantienes con tu familia?, ¿Cómo te sentiste emocionalmente ante tus primeros síntomas de embarazo?, ¿Fumaste o bebiste durante el embarazo?, ¿Consumiste algún tipo de droga durante el embarazo?, por mencionar algunas.

La descripción puede ser más o menos profunda, pero en cualquier caso se basa en la medición de uno o más atributos del fenómeno descrito.

En el caso de la presente investigación se realizó a través de una guía de entrevista estructurada, aplicada a jóvenes adolescentes embarazadas de 14 a 17 años de edad. Para la aplicación de esta guía se tomó una muestra del 30% de casos presentados en el HIES durante el período del 26 de julio al 25 de septiembre del 2001. Para ser aplicada del 10 al 31 de octubre del 2001 a un total de 60 adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecología, para ser hospitalizadas en dicha institución.

Se trabajó con las siguientes variables: edad, escolaridad, estado civil, procedencia, reacción emocional ante el problema, los cambios que tienen a raíz de su embarazo, nivel de información sobre el tema, si es apoyada y por quien, entre otros aspectos de interés para la investigación.

3.7 DISEÑO DEL INSTRUMENTO

En la presente investigación se utilizó la técnica de entrevista estructurada, diseñada con 18 preguntas, dirigidas a la madre adolescente, en relación con su vida social, su pareja y su familia. La muestra para la aplicación de dicha entrevista, fue de 60 jóvenes embarazadas, de 14 a 17 años de edad que asisten para su atención al servicio de ginecología del Hospital Infantil del Estado de Sonora.

3.8 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Para continuar con la investigación, una vez diseñado el instrumento de medición se procedió a la selección de la muestra; para esto, se utilizaron los siguientes criterios:

INCLUSIÓN:

La muestra incluye a adolescentes de entre 14 y 17 años.

En la muestra se incluyen a las adolescentes que se atienden en el Hospital Infantil del Estado.

Se incluyen a mujeres hospitalizadas durante el periodo en que se realizó la investigación.

EXCLUSIÓN:

La muestra excluye a los padres de los bebés.

Excluye a mujeres embarazadas mayores de 17 años y menores de 14.

A los padres de las adolescentes.

Se excluyen también a Doctores, Enfermeras y personal del Hospital.

3.9 RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para recopilar la información, se aplicó una entrevista estructurada a 60 adolescentes que se encontraban hospitalizadas, después de haber tenido a su bebé, en el área de ginecología del Hospital Infantil del Estado de Sonora. Dra. Luisa María Godoy.

Primeramente se revisó la libreta de ingresos de enfermería de dicho servicio, para localizar a las adolescentes, posteriormente se acudió a los cuartos,

hubo una presentación por parte de las practicantes de trabajo social con cada una de las adolescentes informándoles la función en la Institución y el objetivo que se pretendía con la entrevista, a la cual aceptaron amablemente, se realizó una entrevista personalizada con una duración aproximada de 30 minutos en la cual, la informante respondía verbalmente las preguntas planteadas.

3.10 PROCESAMIENTO DE DATOS

Después de recopilada la información se hizo un vaciado de datos para obtener porcentajes y posteriormente se realizaron las gráficas con una pequeña interpretación, donde se puede apreciar mejor la información recabada de las entrevistas a las adolescentes.

3.11 ANÁLISIS

Se llama embarazo adolescente a la concepción de las mujeres menores de 19 años, edad en la que se considera que termina esta etapa de la vida. Sin embargo en nuestra sociedad existe un considerable índice de embarazos adolescentes, principalmente situados entre 14 y 17 años de edad.

Esto quiere decir que los adolescentes son capaces de procrear mucho antes de alcanzar la madurez emocional. Por lo tanto, en la adolescencia es considerado un embarazo no deseable. Por otro lado la chica adolescente se ha de enfrentar a demandas para las que, generalmente no tiene respuesta y a multitud de presiones contradictorias como estrés, depresión, baja autoestima y de otros problemas emocionales.

Otro de los aspectos de importancia en el embarazo adolescente es que por lo regular, la joven al momento de la concepción es soltera y muchas veces se ve obligada por sus padres o por las circunstancias a vivir con su pareja en unión libre, casarse por lo civil o simplemente permanecer soltera.

El abandono escolar es mucho mas frecuente y, si los padres y la sociedad no prestan o no están en condiciones de prestar el apoyo necesario, es muy posible que, se encuentre en una situación de desamparo en lo que a seguridad social se refiere, así como una crisis económica generada y/o agravada por su situación. Muchos adolescentes llegan a esa edad sin información sobre las

funciones sexuales, la relación entre los sexos y cómo se previene el embarazo. Sin embargo, la sola información no es suficiente. La verdadera educación no sólo consiste en datos, sino en un conjunto de valores que les son proporcionados en sus hogares y escuelas, dándole sentido en gran parte a su vida, permitiendo construir un futuro mejor. Dentro de ese futuro el sexo, la pareja, el matrimonio y la procreación podrán ser elegidos con libertad y responsabilidad.

La falta de ese tipo de educación se debe principalmente a que en muchos hogares no se tiene una actitud abierta y comprensiva con respecto a la sexualidad. Muchos padres, no se atreven a hablar sobre el tema de la sexualidad con sus hijos, a pesar de que ellos mismos no tuvieron la información debida en sus familias.

A esto debemos sumar la sobrevaloración del sexo que existe en la cultura actual. Los adolescentes de hoy crecen rodeados de una cultura donde la televisión, el cine, la música, el video clip, la publicidad y los lugares de encuentro y diversión se pueblan de mensajes en los cuales las relaciones sexuales sin amor son comunes, aceptadas y esperables.

Para una adolescente el hecho de quedar embarazada, puede ocasionar en ella un estado de frustración y, es común el no querer ser vistas por vecinos o familiares que ven mal el que una "niña" este embarazada, tal vez por esta razón es que de las adolescentes entrevistadas, la mayoría de ellas se dedica al hogar, mientras que su pareja es la que trabaja, o simplemente dependen económicamente de los padres.

Por otro lado solo el 5% de las adolescentes se encuentra estudiando, quienes sienten una mayor responsabilidad y necesidad de seguir con sus estudios y concluirlos, para obtener un mejor empleo y una mejor forma de vida, ya que la situación económica se presenta con mas dificultad en la actualidad.

En los casos donde las adolescentes embarazadas cuentan con el apoyo de su familia, manteniendo una buena relación con la misma, (entendiéndose por "buena relación", ningún tipo de discusión o rechazo de los padres hacia las jóvenes embarazadas y/o recién paridas), se percibe una relativa tranquilidad en el ánimo de la adolescente.

La profesión de Trabajador Social como intermediaría en problemas de la

adolescencia tiene un papel muy importante, pero todavía hay mucho por hacer con respecto a embarazos adolescentes, es un problema social que se debe prevenir. El mal manejo de la información sobre adolescencia y sexualidad, ha impactado de forma importante el proyecto de vida de muchos adolescentes. La sociedad actual si bien ofrece facilidades para la obtención de información, también representa grandes posibilidades para la desorientación.

Es importante por ello que se creen varios programas para padres y adolescentes, incidiendo así, en la prevención de embarazos a temprana edad. Juntos padres, adolescentes y trabajadores sociales, pueden lograr la disminución de embarazos en jóvenes ya que el impacto de este problema trastoca la vida del adolescente, del hijo y en general de su entorno inmediato.

El 25% de las adolescentes entrevistadas que no cuentan con el apoyo de su pareja, ya que fueron abandonadas al momento de enterarse de la noticia. Quien nace con estigmas sociales es el nuevo ser.

El embarazo es algo que varias mujeres desean experimentar en un determinado momento de su vida, sin embargo, para algunas adolescentes resulta frustrante el vivir estos cambios en su cuerpo a raíz del embarazo, su inmadurez emocional e intelectual es un factor que agrava este impacto.

Es evidente que el mencionar adolescencia significa un sin fin de elementos ya que es una etapa de transición de la vida infantil a la vida adulta. El tener información es muy importante, sin embargo no basta, esta debe proporcionarse dentro de un marco de orientación que, conduzca al adolescente a una reflexión y análisis sobre el control de su propia vida, asumiendo riesgos con todo conocimiento de causa. El proporcionar los elementos adecuados para la formación de criterio, para su valoración como ser humano, la capacidad de ser asertivo y poseer la libertad de decisión, a veces, marca la diferencia.

La reacción de los jóvenes ante un embarazo tiene varios estadios: es primeramente de temor el pensar como se lo dirán a sus padres, la incertidumbre sobre su futuro y el futuro de su bebé, rechazo ante la circunstancia que se le presenta, el no saber como reaccionar y finalmente la aceptación de que trae en su vientre un ser vivo, el cual no fue planeado. La actitud de la pareja adolescente

ante el embarazo, muchas de las veces es de aceptación, se ilusionan con la venida de un bebe, todo se les presenta muy fácil ya que adoptan un papel de hermanos y no de padres, por ser menores de edad no fácilmente pueden encontrar un trabajo y ser independientes, por esa razón sus padres deciden adoptar al bebe y así darles apoyo para que sigan estudiando. Los padres exigen a sus hijos que sean adultos pero al mismo tiempo los miran como unos niños y es ahí cuando surge la aceptación por parte de ellos. En algunos casos la actitud de los padres ante la situación de ver a su hija o hijo enfrentar una responsabilidad que ellos saben es difícil y en lugar de brindarles apoyo deciden rechazarlos y correrlos para que, según, ellos aprendan a ser adultos responsables.

Los años de adolescencia que van más o menos de los 12 a los 18 años, son años de gran importancia en todo sentido en términos de crecimiento físico y desarrollo sexual, intelectual y social, así como de definición y formación de carácter. Las cosas están sucediendo tan rápidamente y cambian en tantas direcciones al mismo tiempo que hay una inestabilidad que es típica de este período.

Esta serie de cambios, normales de la adolescencia se acentúan aún mas cuando por la misma inexperiencia de los jóvenes los lleva a embarazarse a una edad temprana, lo que les cambia la vida y les acarrea una responsabilidad que no deberían tener a su edad, así también sufren cambios de carácter, dejar de frecuentar lugares de diversión, cambian su forma de vestir y se ven imposibilitados a seguir sus estudios. Y por consiguiente tienen que madurar a una edad temprana, para dejar de lado su papel de hijo y afrontar su nuevo rol de padre o madre de adolescente.

Aún así, el 61.6% de los adolescentes entrevistadas manifestaron que si tenían el deseo de ser madres. Aunque no especificaron en que momento de su vida.

Se podría pensar que un adolescente, al que además de los problemas propios de su edad se le presenta un embarazo inesperado pensaría en refugiarse en el alcohol o las drogas para escapar de ello; sin embargo de las adolescentes entrevistadas solo el 6.6% manifestó haber fumado o bebido durante el embarazo

y, 3.3% consumió drogas. De lo cual se deduce que a pesar de su corta edad y de la inmadurez que puedan tener las adolescentes toman su embarazo con responsabilidad y desean tener un hijo sano.

En la Institución existe un departamento de medicina del adolescente que se encuentra a cargo de una Doctora y una Trabajadora Social, esta última se encarga de realizar entrevistas a los pacientes adolescentes, con el fin de detectar problemas que afectan al paciente, canalizándolos al departamento de higiene mental.

De los datos obtenidos se observa que los problemas, como el rechazo al embarazo, bajo nivel cultural, madres solteras, son variantes que influyen en lo emocional y de no ser atendidos, a futuro pueden influir o causar en los hogares problemas como violencia intra familiar, madres solteras con varios hijos y de varias parejas, abortos, suicidios, etc.

Se concluye que el embarazo en la adolescencia tiene efectos que pueden evidenciarse en la joven madre y su hijo, el padre adolescente, las familias y la sociedad, ya que las pacientes no cuentan con la información necesaria sobre los cambios que en ella origina el embarazo; Por lo mismo al momento de embarazarse no tiene las armas para proyectarse a futuro, y observar la responsabilidad que es traer una nueva vida a este mundo.

La reacción que tenga con su embarazo, su estado emocional influye en el ámbito familiar que la rodea y, otro de los factores de gran influencia emocional es la relación y apoyo que su pareja le proporcione, así como las posible privaciones que se dan por su estado, como dejar de frecuentar lugares, cambiar su forma de vestir juvenil por ropa de maternidad, la imposibilidad de continuar sus estudios, entre otros aspectos.

En base a los resultados obtenidos con la investigación se pretende colaborar con el servicio de adolescentes de ginecología y planificación familiar, brindando información sobre el embarazo mediante la elaboración de un proyecto de actividades a realizar, que a continuación se define, y que sugerimos que sea de aplicación continua en vinculación con el departamento de Trabajo Social de la Universidad de Sonora.

CAPITULO IV
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE LA
PERSPECTIVA DE TRABAJO SOCIAL

CAPITULO IV: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE TRABAJO SOCIAL

PRESENTACIÓN

La presente propuesta fue creada desde el punto de vista de Trabajo Social, ya que, esta profesión brinda las herramientas teórico-metodológicas necesarias para dar atención a problemas de tipo social. Es dentro de este marco, donde se identifica el problema de embarazos de madres adolescentes, específicamente aquellos que se presentan en el Hospital Infantil del Estado de Sonora y para el que se considera necesario que existan programas de atención.

Las actividades propuestas fueron elegidas porque se consideran las más adecuadas dado que, por una parte, el Hospital Infantil es receptor de casos de esta naturaleza y, por otra parte porque brinda todas las facilidades en cuanto a disponibilidad de espacio para implementar programas de este tipo.

Las actividades contempladas en el programa fueron en su mayoría pláticas de orientación sobre diversos temas como: autoestima, consecuencias económicas, sociales y educacionales de la procreación temprana; entre otras.

A continuación se hace la presentación del programa.

4.1 “PROGRAMA DE INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN HACIA ADOLESCENTES EMBARAZADAS”

OBJETIVO GENERAL: Brindar información y orientación a las adolescentes embarazadas, con el fin de contribuir en la búsqueda de su estabilidad emocional, a través de diversas actividades.

PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDAD I: ORGANIZACIÓN DE GRUPOS.

OBJETIVO ESPECIFICO: Invitar a madres adolescentes a formar parte del grupo, por medio de carteles ubicados en lugares específicos de la institución.

TÉCNICAS:

Encuesta.
Entrevistas grupal.
Invitación mediante carteles.

RECURSOS HUMANOS:

Practicantes de trabajo Social.

RECURSOS MATERIALES:

Cartulinas, copias (hojas blancas), marcadores,
cinta.

RECURSOS FINANCIEROS:

A cargo del HIES

LUGAR:

Hospital Infantil del Estado de Sonora

TIEMPO:

Un mes

ACTIVIDAD II: SOCIALIZACIÓN.

OBJETIVO ESPECIFICO:

Que las adolescentes se conozcan entre si.

TÉCNICAS:

Participación grupal.
Dinámica grupal (naranja ó sandia)
Entrega de gafete de identificación

RECURSOS HUMANOS:

Practicantes de Trabajo Social.
Grupo.

RECURSOS MATERIALES:

Gafetes de identificación.

RECURSOS FINANCIEROS: A cargo del HIES.

TIEMPO:

Una sesión de una hora

COORDINACIÓN:

Trabajo social

LUGAR:

Aula de lactancia materna

ACTIVIDAD III: PLÁTICA DE AUTOESTIMA

OBJETIVO ESPECIFICO:

Que las adolescentes obtengan un mayor conocimiento sobre su autoestima durante el embarazo.

TÉCNICAS:

Exposición oral
Participación grupal.

RECURSOS HUMANOS:

Psicólogo.
Practicantes de Trabajo Social

RECURSOS MATERIALES:

Rotafolio.
Porta rotafolio
Marcadores.

RECURSOS FINANCIEROS: A cargo del HIES.

TIEMPO:

Una sesión de 2 horas

LUGAR.

Aula de Lactancia Materna

COORDINACIÓN:

Con personal del departamento de higiene mental del Hospital Infantil

EVALUACIÓN: mediante una aplicación de cuestionario y grupos de discusión

BIBLIOGRAFÍA: Mexfam salud para tu familia.

ACTIVIDAD IV: PLÁTICA SOBRE LAS ACTITUDES QUE PUEDE OCASIONAR EL EMBARAZO ADOLESCENTE.

OBJETIVO ESPECIFICO:

Proporcionar información a la paciente adolescente embarazada, sobre las consecuencias de un embarazo a temprana edad.

TÉCNICAS:

Exposición oral con apoyo de Rotafolio.
Participación grupal.

RECURSOS HUMANOS:

Practicantes de Trabajo Social.
Psicóloga.

RECURSOS MATERIALES:

Hojas de Rotafolio.
Portarotafolio.
Marcadores.

RECURSOS FINANCIEROS: A cargo del HIES

TIEMPO:

Una sesión de 2 horas.

LUGAR:

Aula de lactancia materna

COORDINACIÓN:

Con personal del departamento de Higiene Mental del Hospital Infantil.

EVALUACIÓN:

Mediante una aplicación de cuestionario y grupos de discusión.

BIBLIOGRAFÍA: No. 31 AMERICAN CHILDREN E, ADOLESCENT PSYCHIATRY. Cuando los adolescentes tienen hijos. Pág. 1

ACTIVIDAD V: PLÁTICA SOBRE REPERCUSIONES ECONÓMICAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE.

OBJETIVO ESPECIFICO:

Que las jóvenes tengan presente las consecuencias económicas que implica un embarazo precoz.

TÉCNICAS:

Exposición oral con apoyo de Rotafolio.
Participación grupal.

RECURSOS HUMANOS:

Trabajadora social.
Practicantes de trabajo social

RECURSOS MATERIALES:

Hojas de Rotafolio.
Portarotafolio
Marcadores

RECURSOS FINANCIEROS: A cargo del HIES.

TIEMPO: Una sesión de una hora

LUGAR: Aula de Lactancia Materna

COORDINACIÓN:

Con personal de trabajo social.

EVALUACIÓN: Mediante una aplicación de cuestionario y grupos de discusión.

BIBLIOGRAFÍA: UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, Volumen 13, Numero 3 oct. 1999

ACTIVIDAD VI: PLÁTICA SOBRE REPERCUSIONES SOCIALES DEL EMBARAZO PRECOZ.

OBJETIVO ESPECIFICO:

Que los jóvenes tengan presentes las consecuencias sociales que implica un embarazo en la adolescencia.

TÉCNICAS:

Exposición oral con apoyo de rotafolios.
Participación grupal.

RECURSOS HUMANOS:

Practicantes de Trabajo Social

RECURSOS MATERIALES:

Hojas de Rotafolio.
Portarotafolio
Marcadores

RECURSOS FINANCIEROS: A cargo del HIES

TIEMPO: Una sesión de una hora

LUGAR: Aula de Lactancia Materna

COORDINACIÓN: Trabajo social

EVALUACIÓN: Mediante una aplicación de cuestionario y grupos de discusión.

BIBLIOGRAFÍA: UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, Volumen 13, Numero 3 oct. 1999.

ACTIVIDAD VII: PLÁTICA SOBRE REPERCUSIONES EDUCACIONALES.

OBJETIVO ESPECIFICO:

Que las jóvenes tengan presente las consecuencias educativas que implica un embarazo precoz.

TÉCNICAS:

Exposición oral con apoyo de Rotafolio.
Participación grupal.

RECURSOS HUMANOS:

Practicantes de trabajo social

RECURSOS MATERIALES:

Hojas de Rotafolio.
Portarotafolio
Marcadores

RECURSOS FINANCIEROS: A cargo del HIES

TIEMPO: Una sesión de una hora.

COORDINACIÓN: Trabajo social

EVALUACIÓN: Mediante una aplicación de cuestionario y grupos de discusión.

BIBLIOGRAFÍA: UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, Volumen 13, Numero 3 oct. 1999

ACTIVIDAD VIII: PERIÓDICO MURAL DE LAS REACCIONES EMOCIONALES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE..

OBJETIVO ESPECIFICO:

Dar a conocer los diferentes tipos de reacciones emocionales que las adolescentes embarazadas presentan.

TÉCNICAS:

Colocación del periódico mural.

RECURSOS HUMANOS:

Practicantes de Trabajo Social

RECURSOS MATERIALES:

Hojas blancas
Marcadores.
Videocinta.
Pegamento.
Colores.
Papel lustre.

RECURSOS FINANCIEROS: A cargo del HIES

LUGAR: Área de ginecología

TIEMPO: Dos meses.

BIBLIOGRAFÍA: UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, Volumen 13, Numero 3 oct. 1999

ACTIVIDAD IX: PERIÓDICO MURAL SOBRE LAS CONSECUENCIAS SOCIALES Y ECONÓMICAS DE LA PROCREACIÓN TEMPRANA.

OBJETIVO ESPECIFICO:

Dar a conocer las diferentes consecuencias sociales y económicas de la procreación precoz.

TÉCNICAS:

Colocación del periódico mural.

RECURSOS HUMANOS:

Practicantes de Trabajo Social

RECURSOS MATERIALES:

Hojas blancas

Marcadores.

Videocinta.

Pegamento.

Colores.

Papel lustre.

RECURSOS FINANCIEROS: A cargo del HIES.

TIEMPO:

Un mes.

LUGAR: Área de Ginecología, cuarto piso.

COORDINACIÓN: Trabajo Social

BIBLIOGRAFÍA: UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, Volumen 13, Numero 3 oct. 1999.

ACTIVIDAD X: PELÍCULA SOBRE EL EMBARAZO ADOLESCENTE.

OBJETIVO ESPECIFICO:

Que las adolescentes obtengan un conocimiento mas amplio del embarazo a temprana edad..

TÉCNICAS:

Proyección de la película, La Foto del Recuerdo
Participación grupal.

RECURSOS HUMANOS:

Practicantes de Trabajo Social

RECURSOS MATERIALES:

Televisión
Vídeo casetera
Videocinta.

RECURSOS FINANCIEROS: A cargo del HIES.

TIEMPO:

Una sesión de 2 horas

LUGAR:

Aula de Lactancia Materna

COORDINACIÓN:

Trabajo Social y MEXFAM

EVALUACIÓN: Mediante una aplicación de cuestionario y grupos de discusión.

ACTIVIDAD XI: PLÁTICA SOBRE EL RIESGO DEL CONSUMO DE TABACO DURANTE EL EMBARAZO.

OBJETIVO ESPECIFICO: Que las adolescentes tengan presente los riesgos del consumo del tabaco durante el embarazo.

TÉCNICAS:

Exposición oral con apoyo de Rotafolio.
Participación grupal.

RECURSOS HUMANOS:

Practicantes de trabajo social.
Enfermera.

RECURSOS MATERIALES:

Hojas de Rotafolio
Portarotafolio
Marcadores

RECURSOS FINANCIEROS: A cargo de HIES

TIEMPO: Una sesión de una hora y media.

LUGAR:

Aula de Lactancia Materna

COORDINACIÓN:

Con personal de enfermería del Hospital.

EVALUACIÓN: mediante una aplicación de cuestionario y grupos de discusión.

BIBLIOGRAFÍA: Mexfam Salud para tu familia

ACTIVIDAD XII: PLÁTICA SOBRE LAS CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS DURANTE EL EMBARAZO

OBJETIVO ESPECIFICO: Que las adolescentes tengan presente los riesgos del consumo de drogas durante el embarazo.

TÉCNICAS:

Exposición oral con apoyo de Rotafolio.
Participación grupal.

RECURSOS HUMANOS:

Practicantes de trabajo social.
Enfermera.

RECURSOS MATERIALES:

Hojas de Rotafolio
Portarotafolio
Marcadores

RECURSOS FINANCIEROS: A cargo del HIES

TIEMPO:

Una sesión de dos horas.

COORDINACIÓN:

Con personal de enfermería del Hospital.

EVALUACIÓN: Mediante una aplicación de cuestionario y grupos de discusión.

BIBLIOGRAFÍA: Mexfam Salud para tu familia.

ACTIVIDAD XIII. PLÁTICA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

OBJETIVO ESPECIFICO: Que las adolescentes conozcan los diferentes tipos de métodos anticonceptivos que existe y como utilizarlos

TÉCNICAS:

Exposición oral con apoyo de Rotafolio.
Participación grupal.

RECURSOS HUMANOS:

Practicantes de trabajo social.
Representante de Mexfam

RECURSOS MATERIALES:

Hojas de Rotafolio
Portarotafolio
Marcadores

RECURSOS FINANCIEROS: A cargo de HIES

TIEMPO: Una sesión de una hora y media.

LUGAR:

Aula de Lactancia Materna

COORDINACIÓN:

Mexfam

EVALUACIÓN: Mediante una aplicación de cuestionario y grupos de discusión.

BIBLIOGRAFÍA: Mexfam Salud para tu familia.

ESTRATEGIAS PARA CONSERVAR LA SALUD REPRODUCTIVA

Existen tres estrategias básicas que coadyuvan en la conservación de la salud materno-infantil.

Inicio oportuno de la reproducción. La vida sexual de la mujer se inicia, generalmente, antes de terminar la adolescencia y alcanzar la vida adulta, pero ello no implica necesariamente que entonces deba iniciar su función reproductora, ya que el período comprendido entre los 20 y 30 años es cuando la mujer se encuentra en mejores condiciones físicas, emocionales y mentales para poder procrear, lo cual repercute en el bienestar propio y de sus hijos.

Espaciamiento de los embarazos: Los embarazos muy frecuente deterioran física y mentalmente a las mujeres, pues su organismo no termina de reponerse de los nutrientes de un embarazo y parto, cuando viene una nueva gestación.

Terminación de la reproducción de una edad temprana: El riesgo de complicaciones de la madre durante el embarazo y el puerperio aumenta con la edad. Asimismo, la incidencia de malformaciones congénitas en el recién nacido es mayor. Desde el punto de vista médico es recomendable que la mujer complete su familia antes de los 35 años.

Para poder seguir las estrategias mencionadas se puede recurrir a evitar las relaciones sexuales, o si se decide tenerlas, acompañar esta decisión con otra en cuanto al uso adecuado de un método anticonceptivo eficaz.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Los métodos anticonceptivos son aquellos que, evitan que el óvulo y el espermatozoide se unan y, así se previene que se lleve a cabo la fecundación.

Los métodos anticonceptivos pueden clasificarse de la siguiente forma:

Temporales.- Son los métodos cuyo efecto dura por el tiempo que se les está empleando, pero que al suspender su uso, la mujer puede embarazarse.

Definitivos.- Son los métodos que después de aplicados, evitan permanentemente la concepción de un hijo.

Entre los métodos Temporales se puede mencionar:

El preservativo o condón: Es una cubierta en forma de saco elástico que se coloca sobre el pene erecto antes del acto sexual para retener el semen eyaculado, previniendo de esa manera su depósito en la vagina. Utilizando de manera correcta y consistente, la efectividad del condón es alta y si se combina con algún espermaticida, aumenta aun más su eficacia.

El diafragma: Es un círculo de látex con un borde semirrígido que una vez ubicado en la vagina recobra su forma circular. Apoyándose en la parte posterior del hueso púbico y en las paredes de la vagina, forma una barrera que impide a los espermatozoides el acceso al cérvix del útero.

Espermaticidas: Son sustancias que destruyen los espermatozoides. Se emplean colocándolas en la vagina antes de las relaciones sexuales. La eficacia de los espermaticidas es baja, pero cuando se combina con el condón, diafragma o las esponjas vaginales, su seguridad aumenta. Su uso no requiere de vigilancia médica a menos que se presenten molestias de tipo local en la mujer o su pareja.

Dispositivo intrauterino: Todos los dispositivos son aparatos pequeños de plástico con algún producto adicional para hacerlos opacos a la observación por radiografía. Se coloca en el útero utilizando un aplicador especial y técnica aséptica.

Los métodos hormonales: Los preparados hormonales son asociados de compuestos sintéticos parecidos a las hormonas ováricas, estrógeno y progesteronas y existen varios preparados. Todos evitan que se produzca la ovulación, y al no haber óvulo, no puede haber embarazo.

No es conveniente utilizar ningún método hormonal durante los primeros meses de lactancia, siendo preferible que la mujer utilice algún otro método anticonceptivo como puede ser el DIU o el preservativo. Tampoco se recomienda a personas jóvenes.

Existen otros métodos de acción temporal que son poco efectivos como: Métodos del ritmo calendario, el ritmo termométrico, ritmo por moco cervical, coito interrumpido o retiro, lactancia materna.

Entre los métodos definitivos pueden mencionar:

Vasectomía: Es una operación que requiere solamente anestesia local y que interrumpe el conducto deferente de su recorrido a través de la porción escrotal alta. Es una técnica fácil y muy popular en algunos países.

Ligadura de trompas: Existen numerosas técnicas para realizar esterilización femenina, en general, todas ellas consisten en bloquear el paso al óvulo en las trompas, cortándolas, ligándolas o cauterizándolas.

PROPUESTA DE EVALUACIÓN

El siguiente escrito contiene, la propuesta para evaluar el programa de información y orientación hacia adolescentes embarazadas. El cual puede ser desarrollado en el Hospital Infantil del Estado de Sonora Dra. Luisa Maria Godoy por practicantes de la Licenciatura en Trabajo Social.

Para María Cecilia Tobon la evaluación de seguimiento tiene la finalidad de comparar sistemáticamente el avance de cada una de las actividades del proyecto que estén en ejecución en un período determinado.

FACTORES A EVALUAR EN EL SEGUIMIENTO.

A. En relación a los objetivos:

→ Cuales de los objetivos específicos deberán estarse cumpliendo a la fecha.

→ Cuales se están cumpliendo realmente.

B. Examinar uno a uno los objetivos específicos cumplidos y no cumplidos.

C. Recomendar las modificaciones que convenga hacer a los objetivos específicos.

D. Resumen y apreciación global sobre los objetivos específicos.

Las metas.

ORGANIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO.

La mejor evaluación del funcionamiento de la organización para la ejecución, son los logros que se hayan alcanzado.

PROCEDIMIENTO.

Establece las formas administrativas y técnicas para realizar este tipo de evaluación.

BIBLIOGRAFÍA

Ander Egg, Ezequiel. Historia del Trabajo Social. Editorial Humanitas. Buenos Aires. 1984.

Azcarraga, Gustavo. Sexología Básica. Ediciones Científicas la Prensa Médica Mexicana. S.A. México, D.F. 1986.

Branden Burg, Ana. Servicio Social Hospitalario. Editorial Humanitas. Buenos Aires. Argentina.. Abril de 1973.

Carrizo Barrera, Héctor. La Educación de la Sexualidad Humana. Editorial CONAPO. México, D.F. 1982

Deschaps, Jean Pierre. Embarazo y Maternidad en la Adolescente. Editorial Herder. Barcelona. 1979.

Flores Colombino Andrés. Sexo, Sexualidad y Sexología. Editorial Hvmanita. Buenos Aires, Argentina. 1998. Pp. 92 y 95

Freud, Sigmund. Los textos fundamentales del psicoanálisis" .Edit. Altaya. Barcelona. 1993.

Grinder, Robert E. Adolescencia. Editorial Limusa. México, D.F. 2000.

Hernández Sampieri, Roberto. Metodología de la investigación. Editorial McGraw-Hill. México. 1998.

Hernández de Vittoriosa, Lidia. Asistente Social. Editorial Humanitas. Buenos Aires, Argentina. 1987.

Hurlock, Elizabeth B. Psicología de la Adolescencia. Editorial Paidós Mexicana, S.A. México, 1987.

López Sánchez, Félix. Educación Sexual de Adolescentes y Jóvenes. Editorial Públimex. S.A. México, D.F. 1996.

Meece, Judith. Desarrollo del Niño y el Adolescente para Educadores. Editorial Mc Graw Hill. 2000.

Monroy de Velazco, Anameli. Salud, Sexualidad y Adolescencia. Editorial Pax México, 1985.

Roman, Rosario. Del primer Vals al Primer Bebe. Editorial Lagabel. México. 2000.

Salvatierra Mateu Vicente. Psicología del Embarazo y sus Trastornos. Editorial Martínez roca. México, D.F. 1998.

Silber J. Tomás. Manual de medicina de la adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. 1997.

Vazquez Pizaña, Elva; Rojo, Adalberto; Figueroa Rosa Ma. Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora. Características del Embarazo en adolescentes. Vol. 14. Abril de 1997. Pp. 23-28.

Vazquez Pizaña, Elva; Rojo, Adalberto. Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora. Complicaciones del Embarazo en Adolescentes y Mayores de 20 Años. Vol. 17. Abril de 1997. Pp. 36-42.

Vazquez Pizaña, Elva; Rojo, Adalberto; Roman Rosario. Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora. El Embarazo en la adolescente: ¿Un riesgo Biológico o la confrontación de una ideología?, Vol. 17. Abril de 1997. Pp.13-22

INTERNET

American Children E, Adolescent Psychiatry, Cuando los adolescentes tienen hijos. No. 31.

AUPAC Agencia Universitaria de periodismo científico. 4.

Mujeres Jóvenes por el Cambio. Revista, Adolescencia y Embarazo.

Pulsomed Ultima Actualización: octubre 2000.

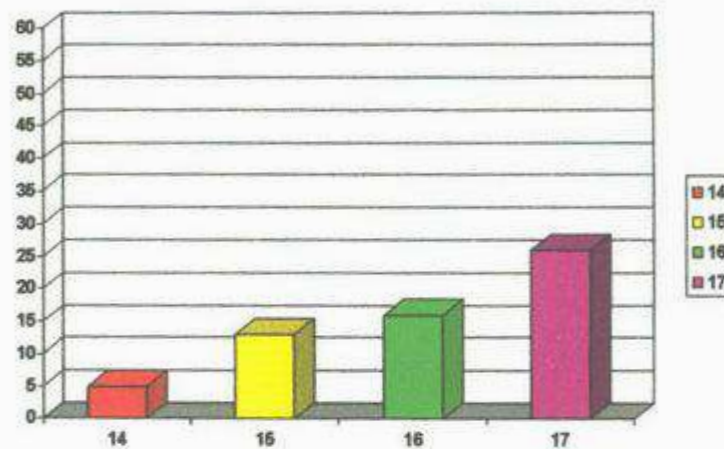
Stern, Claudia. Salud Pública Mex. Ph. D. El Embarazo en la adolescencia. 1997.

UNESCO. Club de Mujeres. "La Colombe", Jóvenes para el desarrollo la cooperación.

UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Volumen 13, Numero 3 oct., 1999.

EDAD

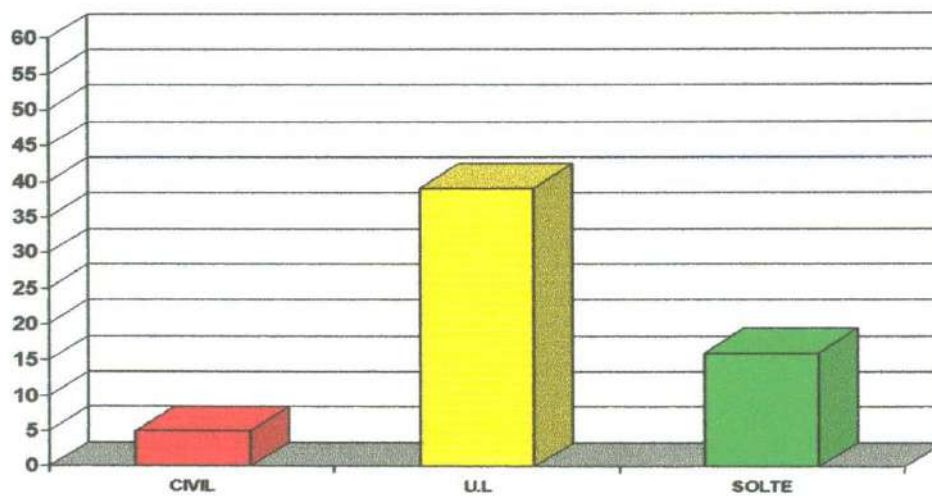
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------|------------|------------|
| 14 | 5 | 8.33% |
| 15 | 13 | 21.66% |
| 16 | 16 | 26.66% |
| 17 | 26 | 43.33% |
| TOTAL | 60 | 100% |



De las mujeres entrevistadas el 43.33% son de 17 años, el 26.66% de 16 años, y el resto del total que conforma un 29.99% se encuentra entre las edades de 14 y 15 años.

ESTADO CIVIL

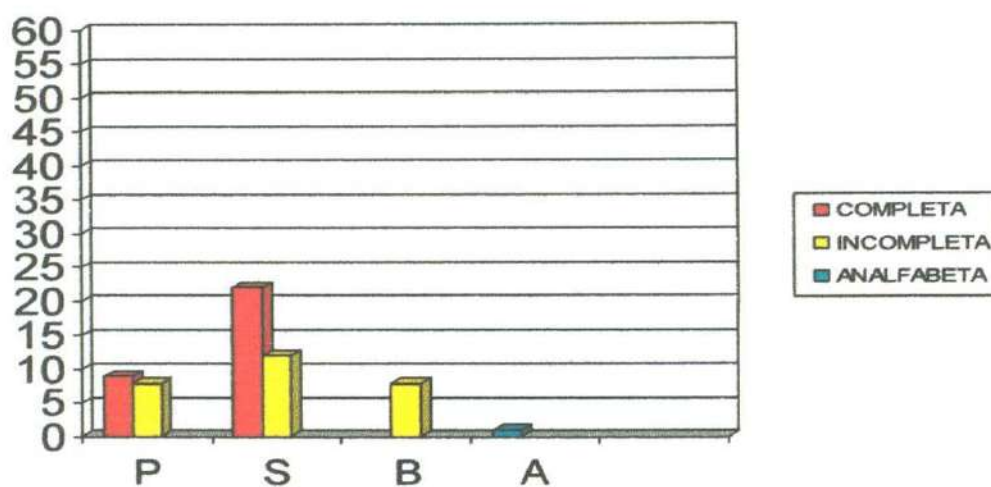
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------|------------|------------|
| U. LIBRE | 39 | 65% |
| CASADA | 5 | 8.33% |
| SOLTERA | 16 | 26.6% |
| TOTAL | 60 | 100% |



El 65% son mujeres que viven en unión libre, un 26.66% son solteras y el 8.33% casadas.

ESCOLARIDAD

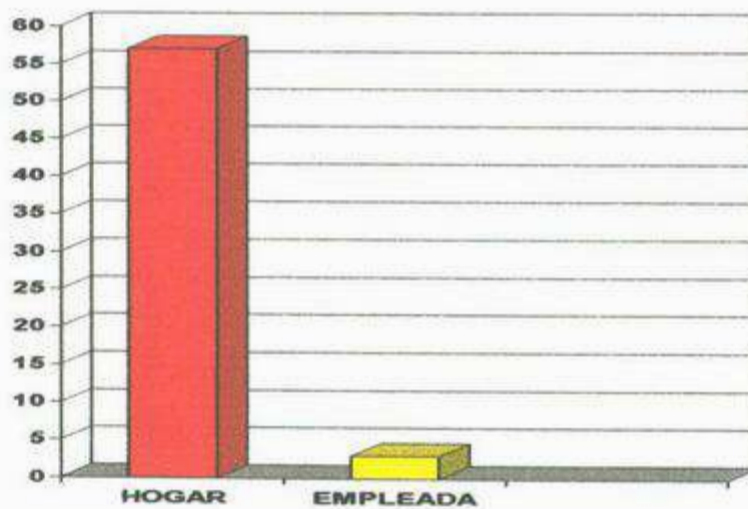
| | FREC | % |
|------------------|------|-------|
| ANALFABETA | 1 | 1.66% |
| PRIMARIA | 9 | 15% |
| P. INCOMPLETA | 8 | 13.3% |
| SECUNDARIA | 22 | 36.6% |
| SEC. INCOMPLETA. | 12 | 20% |
| BACHILLERATO | 8 | 13.3 |
| TOTAL | 60 | 100% |



La mayoría de las adolescentes han concluido la secundaria, ocupando este dato un 36.6% del total, un 15% termino la primaria el 46.6% restante no concluyo con sus estudios, mientras que el 1.6% no sabe leer ni escribir.

¿QUÉ OCUPACIÓN TIENES?

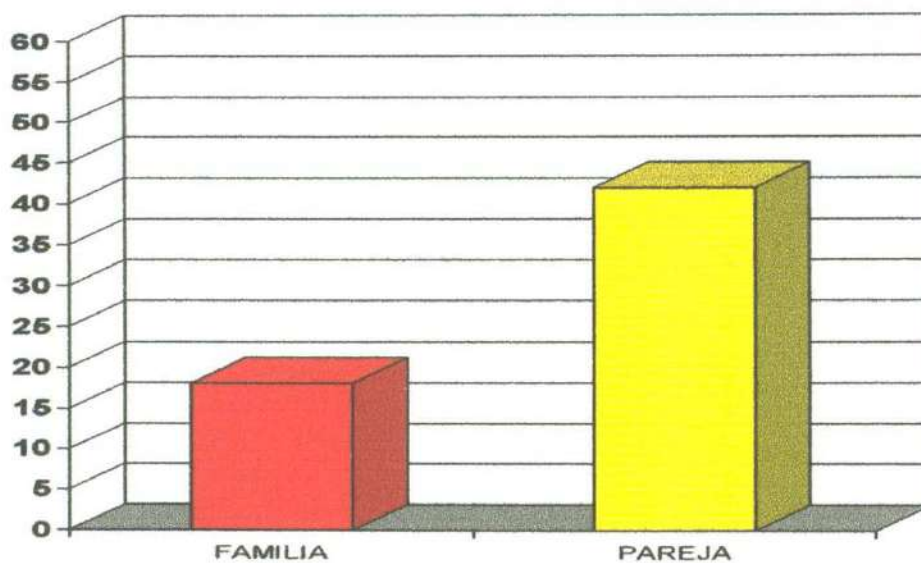
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------|------------|------------|
| HOGAR | 57 | 95% |
| ESTUDIANTE | 3 | 5% |
| TOTAL | 60 | 100% |



Un 95% de las personas entrevistadas se dedican al hogar, mientras que solo el 5% son empleadas.

¿QUIÉN TE SOSTIENE ECONÓMICAMENTE?

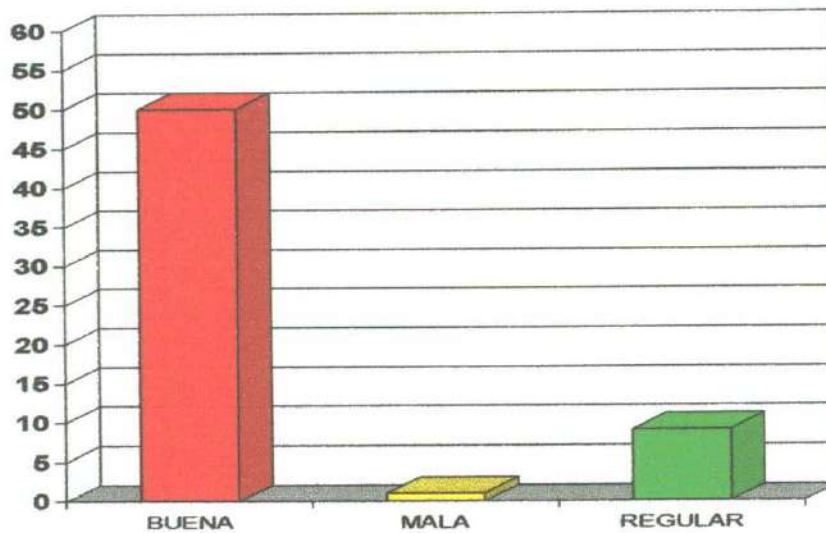
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------|------------|------------|
| FAMILIA | 18 | 30% |
| PAREJA | 42 | 70% |
| TOTAL | 60 | 100% |



La mayoría de las mujeres entrevistadas dependen económicamente de su pareja, ocupando un porcentaje del 70% y el resto depende de su familia.

¿COMO ES LA RELACIÓN CON TU FAMILIA?

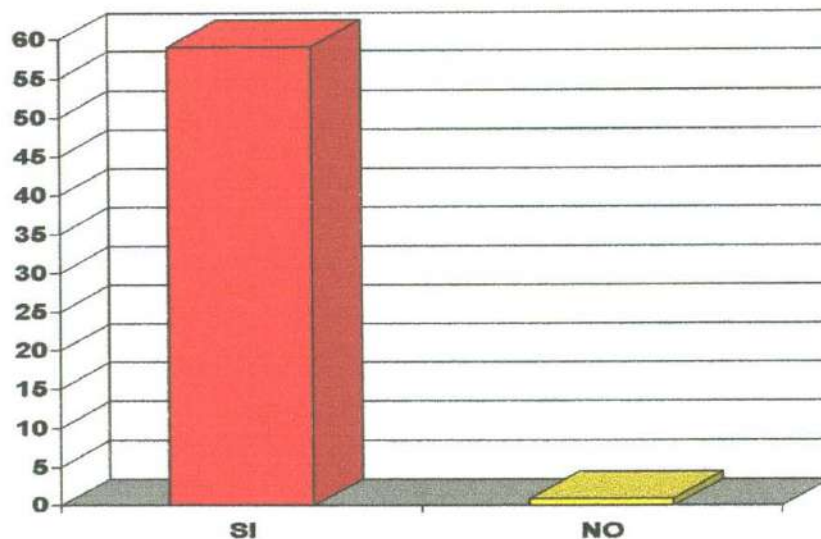
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------|------------|------------|
| BUENA | 50 | 83.3% |
| MALA | 1 | 1.66% |
| REGULAR | 9 | 15% |
| TOTAL: | 60 | 100% |



La relación que la paciente entrevistada, tiene con su familia la mayoría refiere ser buena(83.33%), y el 15% menciona que es regular, mientras que el 1.6% mantiene una mala relación familiar.

¿CUENTA CON EL APOYO DE SU FAMILIA?

| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------|------------|------------|
| SI | 59 | 98.3% |
| NO | 1 | 1.66% |
| TOTAL | 60 | 100% |

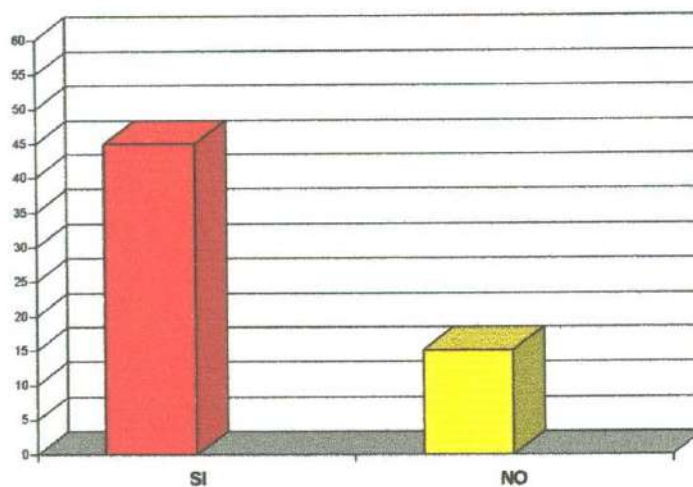


El 98.3% de mujeres entrevistadas cuentan con el apoyo de la familia mientras que el 1.66% no.



¿CUENTA CON EL APOYO DE SU PAREJA?

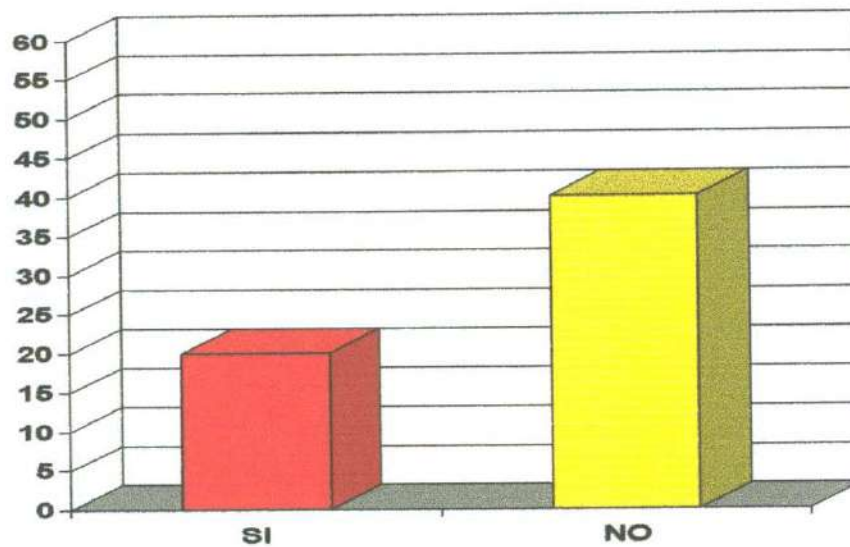
| | FREC. | PORCENTAJE |
|-------|-------|------------|
| SI | 45 | 75% |
| NO | 15 | 25% |
| TOTAL | 60 | 100% |



Un 75% de mujeres entrevistadas cuentan con el apoyo de su pareja y el 15% restante no.

¿TENÍAS INFORMACIÓN SOBRE LOS CAMBIOS QUE TIENE EL CUERPO DURANTE EL EMBARAZO?

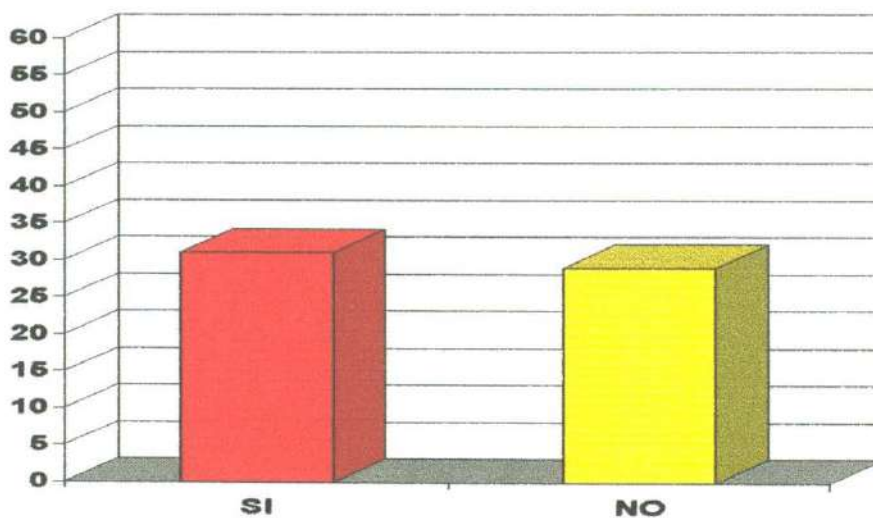
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------|------------|------------|
| SI | 20 | 33.3% |
| NO | 40 | 66.6% |
| TOTAL | 60 | 100% |



Del total de pacientes encuestados el 66.6% tiene información sobre los cambios del cuerpo en el embarazo, mientras que el resto no esta enterado.

¿TENÍAS INFORMACIÓN SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?

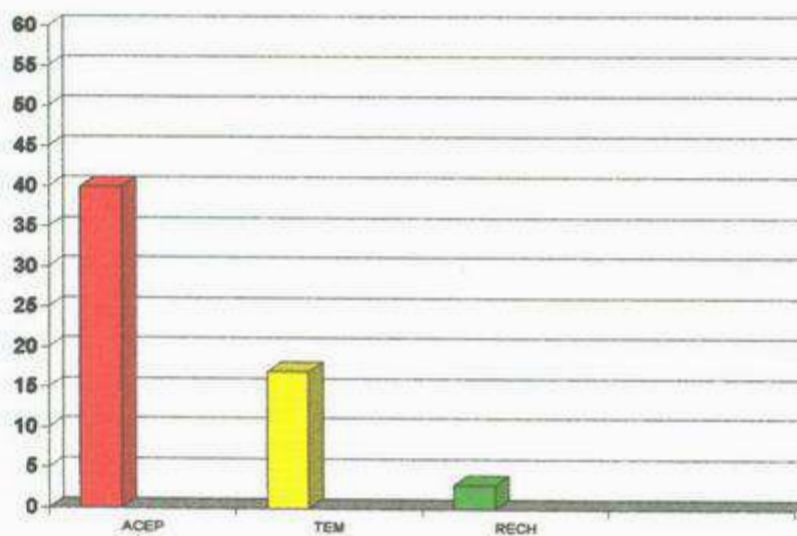
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------|------------|------------|
| SI | 31 | 51.6% |
| NO | 29 | 48.3% |
| TOTAL | 60 | 100% |



La mayoría de las mujeres encuestadas tienen información sobre los métodos anticonceptivos(51.6%), mientras que el 48.3% restante no los conoce.

¿CUÁL FUE TU REACCIÓN ANTE TU EMBARAZO?

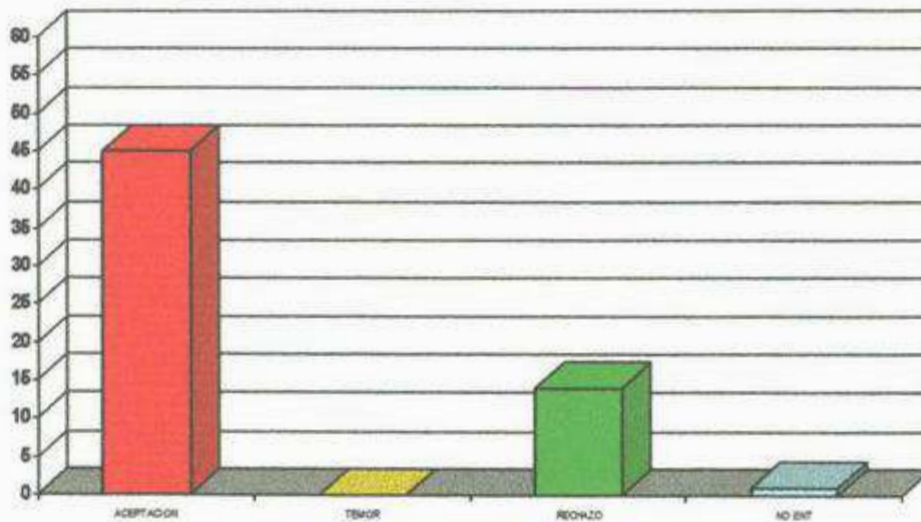
| | Frecuencia | Porcentaje |
|------------|------------|------------|
| Aceptación | 40 | 66.6% |
| Temor | 17 | 28.3% |
| rechazo | 3 | 5% |
| Total | 60 | 100% |



Encontrándose también que un 66.6% aceptan el hecho de estar embarazadas, un 28.3% sienten temor, mientras que el 5% rechazan al producto.

¿CUÁL FUE LA REACCIÓN DE TU PAREJA AL ENTERARSE DEL EMBARAZO

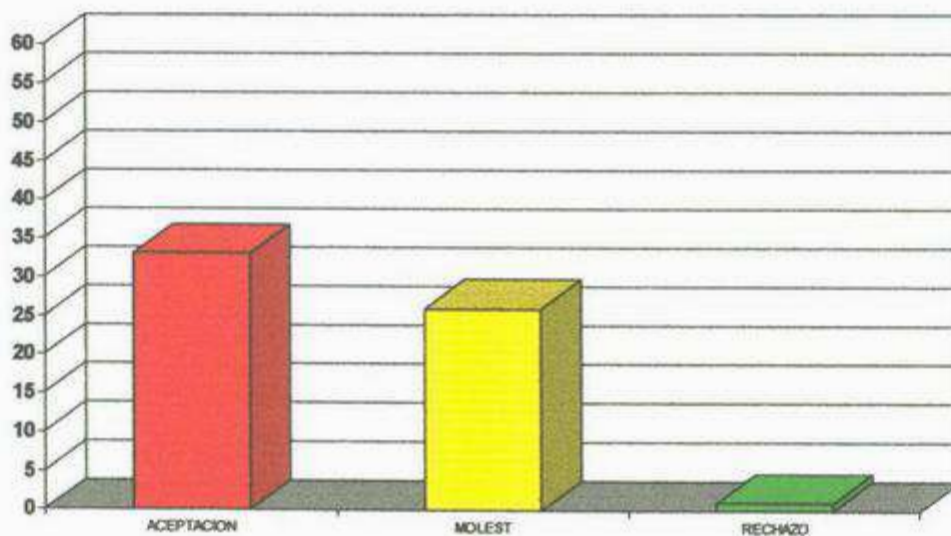
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------|------------|------------|
| Aceptación | 45 | 75% |
| Rechazo | 14 | 23.3% |
| No enterado | 1 | 1.66% |
| Total | 60 | 100% |



La reacción que la pareja de la adolescente tuvo, en su mayoría aceptó la paternidad, formando este grupo el 75% de los datos, el 23.3 % la rechazo, abandonando a la madre. Mientras que el 1.6% no está enterado del suceso.

¿CUÁL FUE LA REACCIÓN DE TUS PADRES ANTE EL EMBARAZO?

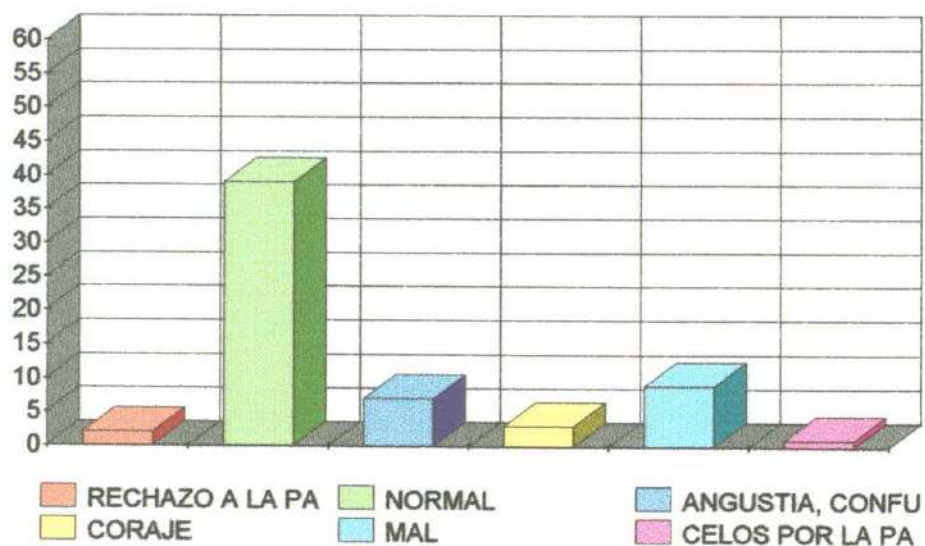
| | Frecuencia | porcentaje |
|------------|------------|------------|
| Aceptación | 33 | 55% |
| Molestia | 26 | 43.33% |
| Rechazo | 1 | 1.66% |
| Total: | 60 | 100% |



Los padres de la adolescente, la mayoría de ellos aceptaron la situación de su hija, ocupando este dato el 55%, un 43.3% se molestaron y el 1.66% rechazaron a la adolescente.

¿COMO TE SENTISTE EMOCIONALMENTE ANTE LOS SÍNTOMAS DE TU EMBARAZO?

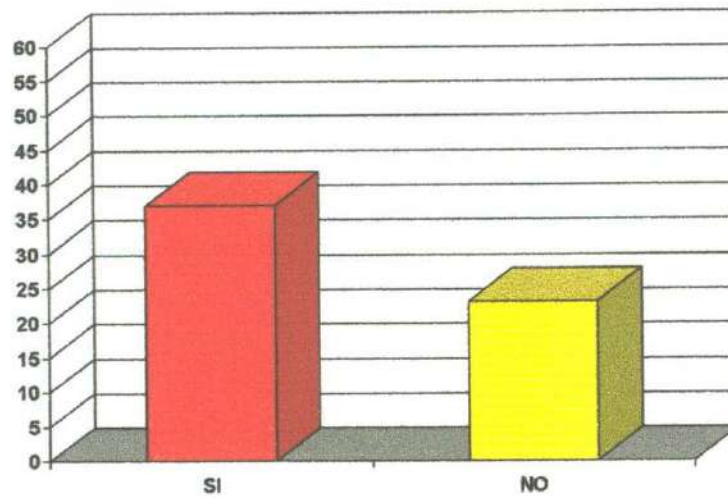
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------|------------|-------------|
| RECHAZO A LA PAREJA | 2 | 3.33% |
| NORMAL | 39 | 65% |
| CORAJE | 2 | 3.33% |
| MAL | 9 | 15% |
| CELOS POR LA PAREJA | 1 | 1.66% |
| ANGUSTIA, CONFUSIÓN | 7 | 11.66% |
| TOTAL | 60% | 100% |



Del total de los pacientes un 65% responde que su reacción emocional ante los síntomas de embarazo fue normal, mientras que el 15% se sintió mal, el resto respondió que angustia, confusión, sumando todas ellas el 20% del total.

¿QUERÍAS TENER UN BEBÉ?

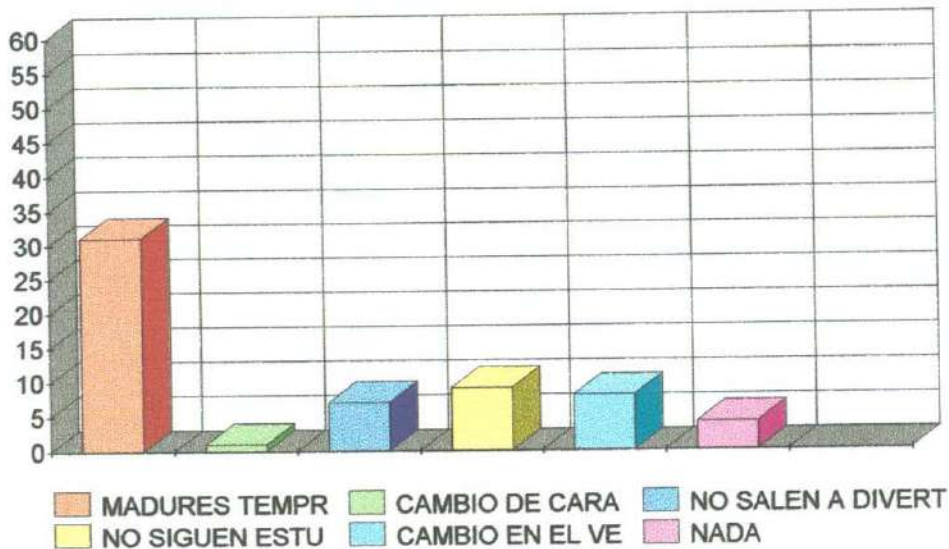
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------|------------|------------|
| SI | 37 | 61.6% |
| NO | 23 | 38.3% |
| TOTAL | 60 | 100% |



La mayoría de las pacientes respondieron que si querían tener un bebe, siendo estas el 66.66%, mientras que el 38.33% aun no querían ser madres.

¿QUE HA CAMBIADO EN TU VIDA A RAÍZ DE TU EMBARAZO?

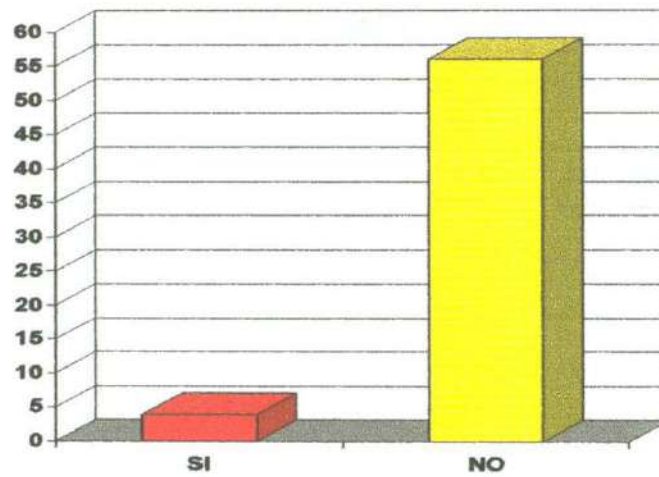
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------------------|------------|-------------|
| MADUREZ TEMPRANA | 31 | 51.66% |
| CAMBIO DE CARACTER | 1 | 1.66% |
| DEJAN DE FREC. LUGARES DE DIV. | 7 | 11.66% |
| TUVIERON QUE DEJAR ESTUDIOS | 9 | 15% |
| CAMBIO EN EL VESTIR | 8 | 13.33% |
| NADA | 4 | 6.66% |
| TOTAL | 60% | 100% |



Del total de las pacientes, el 51.66% concluyo que a raíz de su embarazo maduro tempranamente, seguido de un 15%, quienes respondieron que se imposibilitaron a seguir sus estudios, un 13.3% refiere que cambio su forma de vestir, mientras que el resto respondió que no ha cambiado nada, que cambio su carácter o dejo de frecuentar lugares de diversión.

¿FUMASTE O BEBISTE DURANTE EL EMBARAZO?

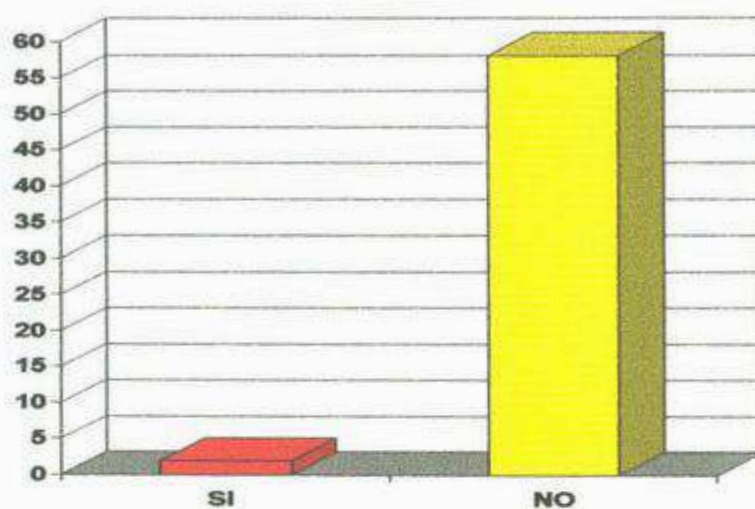
| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si | 4 | 6.66% |
| No | 56 | 93.33% |
| Total | 60 | 100% |



El 93.3% de las pacientes no fumo ni bebió durante el embarazo, solo un 6.66% lo hizo.

¿CONSUMISTE ALGÚN TIPO DE DROGA DURANTE EL EMBARAZO?

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si | 2 | 3.33% |
| No | 58 | 96.66% |
| Total | 60 | 100% |



La mayoría de las pacientes que son el 96.6% no consumió ningún tipo de drogas, solo un 3.33% consumió.

BENEFICIOS

- CONOCERÁS NUEVAS PERSONAS QUIENES TE CONTARÁN SU EXPERIENCIA
- TIENDRÁS NUEVAS AMIGAS
- VERÁS NUEVAS ACTIVIDADES PARA RECOLECTAR FONDOS
- VERÁS NUEVAS INFORMACIONES PARA QUE PUEDAS CONTINUAR CON TUS ESTUDIOS
- AL FINALIZAR EL CURSO SE TE ENTREGARÁ UNA CONSTANCIA DE ASISTENCIA.
- VERÁS NUEVAS DESPENSAS ENTRE LAS ASISTENTES FRECUENTES.

¿CÓMO PARTICIPAR EN EL CURSO?

REQUISITOS

- Ser mayor de edad.
- Haber cursado un curso de inglés en un colegio o instituto.
- Haber cursado un curso de inglés en un instituto.
- Haber cursado un curso de inglés en un instituto.

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA PRACTICANTES DE LA LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

- Ser mayor de edad.
- Haber cursado un curso de inglés en un colegio o instituto.
- Haber cursado un curso de inglés en un instituto.
- Haber cursado un curso de inglés en un instituto.

EMOCIONES Y APOYO PSICOLÓGICO
JUEGOS Y ACTIVIDADES PSICOLÓGICAS



¿CÓMO PARTICIPAR EN EL CURSO?

"INFORMACIÓN SOBRE LAS ACTITUDES EMOCIONALES EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS"

OBJETIVO GENERAL: Apoyar emocionalmente a las adolescentes embarazadas, brindándoles información de interés que les sea de gran ayuda, con el fin de que ellas sean procuradoras de esta valiosa información, y la compartan con otras mujeres.

ACTIVIDADES A REALIZAR

SOCIALIZACIÓN.

PLATICA DE AUTOESTIMA

PLATICA SOBRE LAS AFECCIONES QUE PUEDE OCASIONAR EL EMBARAZO ADOLESCENTE.

PLATICA SOBRE REPERCUSIONES ECONÓMICAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE.

PLATICA SOBRE REPERCUSIONES SOCIALES DEL EMBARAZO PRECOZ.

PLATICA SOBRE REPERCUSIONES EDUCACIONALES.
PERIÓDICO MURAL DE LAS REACCIONES EMOCIONALES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE.

PERIÓDICO MURAL SOBRE LAS CONSECUENCIAS SOCIALES Y ECONÓMICAS DE LA PROCREACIÓN TEMPRANA.
PELÍCULA SOBRE EL EMBARAZO ADOLESCENTE.

PLATICA SOBRE EL RIESGO DEL CONSUMO DE TABACO DURANTE EL EMBARAZO.

PLATICA SOBRE LAS CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS DURANTE EL EMBARAZO

