



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

***“CAUSAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE Y LAS
CONSECUENCIAS SOCIALES DE LA
MATERNIDAD PRECOZ”***

TESIS

Que presenta

JAZMIN DOLORES MONTOYA BLANCO

Para obtener el Título de

Licenciada en Educación para la Salud

Asesora: Dra. en C.S.C. Georgina Contreras Landgrave

Nezahualcóyotl, Julio 2013

ÍNDICE

	Pág.
Resumen.....	1
Abstrac.....	3
Introducción.....	5

PRIMERA PARTE PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 1 PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL

PROBLEMA.....	6
1.2 HIPOTESIS.....	9
1.3 OBJETIVOS.....	10
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	11

CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 Aspectos Biológicos.....	12
2.1.1 Adolescencia.....	12
2.1.2 Cambios Biológicos.....	13
2.1.3 Cambios psicosociales y emocionales.....	13
2.1.4 Embarazo.....	15
2.1.5 Embarazo precoz.....	15
2.1.6 Factores de riesgo.....	15
2.2 Aspectos Sociales.....	16
2.2.1 Determinantes de la salud.....	16
2.2.2 Determinantes sociales y actividad sexual adolescente.....	21
2.2.3 Familia, pares y redes sociales.....	23
2.2.4 Sociedad y cultura.....	23
2.2.5 Economía, política y legislación.....	24
2.2.6 Medios de divulgación.....	25
2.2.7 Socio-demografía y nivel educativo.....	26
2.3 Maternidad adolescente.....	26
2.3.1 Sus consecuencias sociales.....	27
2.4 Educación para la salud.....	28
2.4.1 Competencias del Educador para la Salud.....	30
2.4.2 Competencias didácticas en la Licenciatura en educación para la salud.....	31
2.5 Las Estrategias Educativas en la Educación para la Salud.....	33
2.6 Aportaciones de investigadores al área del conocimiento.....	34

SEGUNDA PARTE DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPITULO 3. MARCO METODOLOGICO

3.1 Diseño de la metodología	39
3.1.1 Tipo de intervención.....	39
3.1.2 Ubicación de la investigación	39
3.1.3 Universo.....	40
3.1.4 Muestra.....	40
3.1.5 Criterios de selección.....	40
3.2 Procedimiento de la recolección de información	41
3.2.1 Instrumentos.....	42
3.3 Aspectos éticos de la investigación	43
3.4 Limitantes de la investigación	44

CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Las principales causas que originaron un embarazo en las adolescentes	47
4.2 Las consecuencias sociales que existen en la maternidad precoz	78
4.3 Diseño de estrategias que prevengan embarazos en las adolescentes	81

CAPITULO 5. CONCLUSIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS	
Anexo 1 Cuestionario.....	92
Anexo 2 Entrevista a semi-profundidad.....	96
Anexo 3 Consentimiento informado para participantes en un estudio de investigación.....	97
Anexo A Curso – Taller.....	98

RESUMEN

OBJETIVO: Describir las causas por las que se presenta un embarazo en las adolescentes y las consecuencias sociales que en ellas tiene su maternidad.

ANTECEDENTES: Se entiende como embarazo precoz a aquél que se presenta en edades tempranas; etapa de la adolescencia. Más del 10 % de los nacimientos registrados anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes. En México el 11.96 % de mujeres entre 15 y 19 años tienen hijos. En cuanto a la maternidad, a lo largo de la historia, aparece como un conjunto de creencias y significados en permanente evolución, influidos por factores culturales y sociales, que han ido apoyándose en ideas en torno a la mujer, a la procreación y a la crianza, requiere dedicación total, gran inversión de energía y recursos, conocimiento, capacidad de amor, vigilancia de su propio comportamiento y subordinación de los propios deseos que en la mayoría de casos las adolescentes no están preparadas para llevarlo a cabo. Estos datos motivan el abordaje desde el punto de vista de la Educación para la Salud para contribuir a la reducción de la problemática beneficiando tanto al profesional como a la sociedad. De acuerdo a lo planteado, surgen las siguientes interrogantes ¿cuáles son las causas por las que se presenta un embarazo adolescente?, ¿qué consecuencias sociales que tiene la maternidad precoz? ¿qué estrategias educativas podrían colaborar a la prevención de la problemática?

DISEÑO METODOLÓGICO: La presente investigación es de tipo prospectiva ya que con apoyo de 2 instrumentos, cuestionario y entrevista a semi-profundidad (anexo 1 y 2) para la recopilación de información se pudieron identificar las causas del embarazo adolescente y las consecuencias sociales de la maternidad precoz respectivamente con lo que, se obtuvieron los resultados necesarios para lograr el diseño propuestas. Es descriptiva y transversal. Se llevó cabo en el Hospital General Regional La Perla Nezahualcóyotl Edo. de México en el que se les aplicó el cuestionario a 8 adolescentes de edades entre 15 y 19 años que asisten al hospital y que están embarazadas o bien ya son madres. La entrevista a semi-profundidad se le aplicó a 1 adolescente con el mismo rango de edad, ésta ya dio a luz y convivió con su hijo/a.

RESULTADOS: Las adolescentes externaron que su embarazo se presentó por la irresponsabilidad de no utilizar algún método anticonceptivo, por la falla de este o por el deseo de ser padres, en cuanto a la maternidad, expresaron que si generó cambios sociales en su vida relevantes y muy notorios en las relaciones con amigos, familia e incluso con su pareja.

CONCLUSIONES: Las adolescentes aludieron que a pesar de llevar una buena comunicación con sus padres, no tratan temas sobre sexualidad ya sea por pena o falta de interés; a pesar de considerar los métodos anticonceptivos una buena opción para la planificación familiar en diversas ocasiones no los utilizaron debido a las ideas de omnipotencia que tenían, a su irresponsabilidad o bien por los deseos que tenían por ser madres.

Las relaciones sociales de las adolescentes sufrieron diversas modificaciones después de su embarazo, la relación con sus amigos/as es distinta debido a la perspectiva que ahora tienen sobre ellas, con sus familias y parejas las relaciones cambiaron de acuerdo a los roles que ahora tiene que llevar a cabo. Sin embargo sienten satisfacción de todo lo vivido.

PALABRAS CLAVE: adolescentes, embarazo, causas, maternidad precoz, consecuencias sociales

ABSTRACT

OBJETIVE: Identify the causes of pregnancy occur in adolescents and describe the social consequences that they have maternity.

BACKGROUND: Early pregnancy is understood as the one that occurs at an early age, stage of adolescence. Over 10% of births worldwide each year occur in teenage mothers. In Mexico, 11.96% of women between 15 and 19 have children. As for motherhood, throughout history, seen as a set of beliefs and meanings constantly evolving, influenced by cultural and social factors that have been drawing on ideas about women, childbearing and rearing requires total dedication, great investment of energy and resources, knowledge, capacity for love, monitoring their own behavior and subordination of personal desires in most cases, teens are not prepared to take over. This data motivates the approach from the point of view of health education to help reduce the problem to benefit both the professional and society. According to the points, the following questions arise ¿What are the causes of pregnancy occurs in adolescence? ¿What social consequences are early childbearing?

METHODOLOGICAL DESIGN: This investigation has two stages. Historical hindsight, because documentary sources were reviewed to find background information on the causes of teenage pregnancy and social consequences of early motherhood. The second stage is the prospectively type because the information reviewed and supported by 2 instruments (questionnaire and semi-depth interviews) for the collection of information is given to understanding the causes of teenage pregnancy and social consequences of early motherhood respectively thus, we obtain the results needed to meet the goal. It is descriptive and transversal. Took place at the Regional General Hospital La Perla Nezahualcóyotl State of Mexico in which the questionnaire was applied to 8 adolescents aged 15 to 19 who attend the hospital and who are pregnant or already mothers.

RESULTS: The adolescents mentioned that her pregnancy was presented by the irresponsibility of not using any contraceptive method, by the failure of this or the desire

to be parents, about motherhood, said that if gender social changes relevant in your life very noticeable in relations with friends, family and even with your partner.

CONCLUSIONS: The adolescents hinted that despite having good communication with their parents, do not address sexuality issues either by shame or lack of interest, despite consider contraception a good choice for family planning at various times not used because the ideas of omnipotence that had, to their irresponsibility or by the desires that had to be mothers.

Social relationships of adolescents underwent several changes after pregnancy, the relationship with his / her friends is different because of the prospect they now have about them, their families and couples in relationships changed according to the roles now be carried out. But they feel the satisfaction of all the experience.

KEY WORDS: adolescent pregnancy, causes, early motherhood, social consequences

INTRODUCCIÓN

La presente investigación trata el tema del embarazo adolescente, específicamente las causas que originan que la adolescente presente una vivencia como esta así como las consecuencias sociales que trae consigo la maternidad precoz. Se hace mención de las altas tasas que las estadísticas internacionales y nacionales muestran, que es un embarazo, las causas tanto biológicas como sociales que provocan un embarazo adolescente, las consecuencias sociales que trae consigo la maternidad a edades tempranas así como los cambios vivenciales que implica.

Consta de 5 capítulos de los cuales en el primero; Planteamiento del problema, se dan a conocer los objetivos, justificación e hipótesis de la investigación; en el capítulo dos; Marco Teórico, se dan referencias teóricas sobre trabajos de esta índole en el que se menciona la adolescencia y el embarazo, sus definiciones, aspectos sociales, factores de riesgo, determinantes sociales y perfil del Licenciado en Educación para la Salud entre otros.

El capítulo tres; Marco Metodológico, describe qué tipo de investigación es, la muestra, el universo, los criterios de inclusión y exclusión y el proceso de recolección de información por mencionar algunos. En el capítulo cuarto; Resultados y Análisis de resultados, se dan a conocer los resultados que se obtuvieron después de realizar el proceso mencionado por medio de gráficas y análisis de estas así como el diseño de estrategias; por último, pero no menos importante, el capítulo cinco; Conclusiones, enuncia las conclusiones a las que se llegaron después de realizar todo el trabajo de investigación.

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al hablar de embarazo precoz nos referimos a un embarazo que se presenta en edades tempranas; etapa de la adolescencia. La adolescencia es la etapa de contradicciones e incomprendimientos donde se hace posible el descubrimiento en uno, en los demás y de la ampliación del horizonte individual. El perfeccionamiento y madurez de estas características psicosociales se desplazan en el adolescente, a edades más avanzadas de la vida, a diferencia de la precoz madurez biológica imperante en esta etapa. Todo esto unido a la desinformación y a la falta de educación en el orden sexual posibilita que los adolescentes se creen aptos para concebir, por lo que se considera este período como importante grupo de riesgo en la salud reproductiva, que pudieran dar lugar a una maternidad y paternidad precoz (Castro, en González et al., 2010).

Las causas del embarazo adolescente están determinadas básicamente por factores socioculturales y psicológicos por lo que en la población rural y marginal urbana el embarazo temprano es más frecuente; en estas poblaciones la maternidad forma parte indisoluble de la vida de las mujeres y en muchas ocasiones es la única forma de valoración social con la que disponen de las zonas urbanas, a diferencia de las zonas urbanas la mayor parte de las adolescentes tienen expectativas de educación o empleo que se contradicen con un embarazo a esa edad (Atkin, en Vicente, 2003), según Vicente (2003) en estos casos el embarazo precoz es más bien producto de la falta de información, falla en los métodos anticonceptivos y difícil acceso a servicios de anticoncepción.

Casi la tercera parte de unos 175 millones de embarazos que se producen, no son deseados y que en gran parte son de adolescentes. A pesar de ello y de conocerse que los adolescentes no planifican la familia, aún existen criterios erróneos en relación con el uso de los métodos anticonceptivos en esas edades como favorecedores de la relación sexual y la promiscuidad entre otros aspectos produciéndose un

cuestionamiento moral acerca de la difusión del uso de los mismos (Escobedo, Fleites, Velásquez; González, en González et al., 2010).

Hay una gran variación en las tasas de fecundidad de las adolescentes entre los diferentes países dependiendo de su grado de desarrollo y del promedio de edad al matrimonio. Por ejemplo, en Japón la tasa de fecundidad en mujeres entre los 15 y los 19 años es de 4 por 1000 mujeres (Mondragón, et al., en Vicente, 2003), en México es de 70 por 1000 mujeres (CONAPO en Vicente, 2003), y en Mauritania de 300 por 1000 adolescentes (Mondragón et al., en Vicente, 2003).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) informa por medio de las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2009 que existe una alta tasa de fecundidad en adolescentes; en todo el mundo hubo 48 nacimientos por cada 1000 mujeres en edades entre los 15-19 años en 2006, lo que representa sólo una pequeña disminución con respecto a la tasa de 51 por 1000 registrada en 2000.

En Estados Unidos la situación presenta que un 56 % de la población femenina adolescente ha tenido relaciones sexuales mientras la masculina alcanza un 73 %; lo cual lo lleva a ocupar el primer lugar en embarazos en la adolescencia dentro de los países desarrollados, a pesar que en los países europeos la actividad sexual comienza en edades más tempranas (Bernal, Olivares; Silver, en Soto et al., 2003).

De los países europeos, Inglaterra presenta la más alta tasa de embarazo en la adolescencia. En 1997 más de 9 000 adolescentes se embarazaron, de las cuales 8 000 eran menores de 16 años, y 2 200 menores de 14 (Bernal, Olivares; Schnart en Soto, et al., 2003).

Según la Cuarta Encuesta Nacional de la Juventud (2003), en Chile, al año 2003, el 35, 2 % de los adolescentes y el 84, 5% de los jóvenes hasta los 24 años de edad se encontraban sexualmente activos, mientras en otros países como Cuba el 50 % de las adolescentes tiene vida sexual activa y se ha visto un incremento del 10 % anual (Peláez; López, Flores y Roche, en León et al., 2008).

El embarazo adolescente va en aumento mundial presentándose cada vez a edades más precoces (Forrest, en León et al., 2008). Existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial, dependiendo de la región y el nivel de desarrollo. Así,

en países como Estados Unidos corresponde a un 12, 8 % del total de embarazos, mientras que en países con menor desarrollo, como El Salvador, se constituye cerca del 25 % y en países Africanos cerca del 45 % del total de embarazos (Sulak y Haney; Chelala, 2000 en León et al., 2008).

Más del 10 % de los nacimientos registrados anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes. Cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes; cada día 41 095, cada hora 1 712. En América Latina los países con mayor tasa de maternidad en adolescentes se encuentra en las regiones de Nicaragua, Guatemala, Honduras, El Salvador y Venezuela representando entre un 15-25% de los adolescentes. (Castro; Álvarez, en González et al., 2010).

Según la INEGI (INEGI, en Vicente, 2003) en el 2000 había en México 5 082 487 mujeres entre 15 y 19 años de las cuales 11.96 % ya tenía hijos lo que nos indica que 608 070 adolescentes son madres.

Las tasas que se muestran de embarazos en las adolescentes son realmente altas por lo que será de gran relevancia que existan estrategias vigorosas que favorezcan a la prevención de los embarazos adolescentes; es aquí en donde tiene lugar el Licenciado en Educación para la Salud ya que es un profesional capacitado para innovar y ofrecer dichas estrategias sin dejar de lado que el profesional tiene, también, por objetivo mejorar la calidad de vida modificando los estilos de la misma los cuales sufren grandes cambios al vivir una maternidad precoz como consecuencia de un embarazo adolescente.

De acuerdo a la problemática planteada y con las altas tasas que se muestran, surgen las siguientes interrogantes ¿Cuáles son las causas por las que se presenta un embarazo adolescente?, ¿Cuáles son las consecuencias sociales que una adolescente presenta en la maternidad? ¿Qué estrategias educativas podrían colaborar a la prevención de la problemática?

1.2 HIPÓTESIS

Si se identifican las causas y consecuencias sociales del embarazo y maternidad en las adolescentes entonces se diseñarán estrategias educativas para contribuir a prevenir esta problemática de salud comunitaria.

Variable independiente: las causas y consecuencias sociales de un embarazo y maternidad en las adolescentes.

Variable dependiente: diseño de estrategias educativas.

1.3 OBJETIVOS

Objetivo General

Describir las causas por las que se presenta un embarazo en las adolescentes y las consecuencias sociales que en ellas tiene su maternidad.

Objetivo específico:

- Identificar las causas que originaron un embarazo en las adolescentes.
- Describir las consecuencias sociales que existen en la maternidad precoz.
- Proponer estrategias que prevengan embarazos en las adolescentes.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Como ya se ha visto el embarazo precoz, es un gran problema que se presenta tanto a nivel mundial como nacional sin dejar de lado lo municipal, presentando elevadas tasas a edades cada vez más cortas en las que se presenta, como resultado de los estudios estadísticos nacionales e internacionales, es importante tomar en cuenta lo posterior al embarazo, la maternidad, la cual genera diversos cambios en la vida, actividades, relaciones etc. de la adolescente; lo cual genera incitación al abordaje del tema.

Es por ello que la presente investigación trata el tema de embarazo adolescente además de la maternidad y sus consecuencias sociales desde el punto de vista del Licenciado en Educación para la Salud, esta cuenta con una relevante importancia debido a que con ella se ampliará el conocimiento de esta disciplina ante la problemática expuesta logrando introducir diversas propuestas para contribuir a la reducción de la misma lo que trae consigo beneficios tanto para el profesional como para la sociedad, siendo esta el punto de estudio de dicha disciplina.

Se pretenden conocer las causas que conllevan a un embarazo adolescente así como las consecuencias sociales que genera en la adolescente su maternidad precoz; para con ello ampliar los conocimientos del Licenciado en Educación para la Salud el cual puede intervenir buscando realizar aportaciones para la reducción de las problemáticas planteadas con lo que la población adolescente se verá beneficiada siendo este un punto más que se otorga a la importancia de dicho trabajo.

Todos los resultados que se obtengan favorecerán a diseñar de manera innovadora estrategias vigorosas que favorezcan a la prevención de embarazos adolescentes y por consiguiente evitar que las adolescentes vivan una maternidad precoz, buscando con esto, también, contribuir a mejorar la calidad y estilos de vida de las adolescentes.

CAPÍTULO 2.MARCO TEORICO

2.1 ASPECTOS BIOLÓGICOS

Considerando el tema a investigar es importante dar la definición de algunas palabras como:

2.1.1 Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define “la adolescencia, como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad”.

Según el Código del Niño, Niña y Adolescente, “la adolescencia es el período de 12 a 18 años” (UNICEF, 1999).

La adolescencia es una etapa de crecimiento y de experimentación; es un periodo marcado por el establecimiento de la autonomía y la confrontación de nuevos retos; es la fase de transición entre la infancia y la adultez, caracterizada por la experimentación y los cambios acelerados (Aggleton, en libro compendiado en Stren y Figueroa, 2001).

La adolescencia se divide en tres periodos:

La adolescencia temprana. *Empieza en la pubertad (tan temprano como a los 8 a 9 años, pero de manera característica a los 11 a 14 años en niñas y 12 a 16 años en niños). Es en periodo de rápido crecimiento físico y coincide con el inicio de la menstruación en niñas y la producción de esperma en niños.*

La adolescencia media. *Va de los 14 a los 16 años en niñas y de los 16 a 18 años en niños. Las niñas por lo común ya han alcanzado la estatura adulta en esta etapa, pero los niños pueden continuar su crecimiento lineal.*

La adolescencia tardía. *Inicia de manera característica alrededor de los 17 años de edad y puede continuar hasta el inicio de los 20 años (Dillon, 2008).*

Es un período crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que poseen, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse en un proyecto de vida propio (Pasqualini y Llorens, 2010).

2.1.2 Cambios biológicos

En la adolescencia el cuerpo se modifica en tamaño, forma y vigor. Las funciones se tornan más complejas y se logra la capacidad de reproducción. Los y las adolescentes adquieren un cuerpo nuevo en un corto lapso, por lo que les cuesta adaptarse e identificarse con él (Pasqualini y Llorens, 2010).

En los cambios biológicos tiene lugar el crecimiento físico.

Hay un periodo rápido de crecimiento en estatura, peso y masa muscular. Durante este periodo ocurre la maduración sexual, en niñas el primer signo de maduración sexual es el desarrollo de las mamas; la menstruación inicia por lo general en los dos años siguientes al desarrollo de éstas, en los niños, la producción de esperma (espermatogénesis) coincide con el aumento del tamaño testicular y el crecimiento peneano; las emisiones nocturnas (“sueños húmedos”) inician de manera típica alrededor de un año después de que el pene comienza a crecer en tamaño.

El rápido crecimiento físico explica en gran parte la torpeza y el desgarbo asociados con el periodo de la adolescencia (Dillon, 2008)

2.1.3 Cambios psicosociales y emocionales

Siguiendo con Dillon (2008) la adolescencia es también un periodo de grandes cambios psicosociales y emocionales, la tarea de desarrollo durante la adolescencia es “identidad *versus* disolución de identidad”; los adolescentes se preocupan por “lo que otros piensen acerca de ellos”, en su búsqueda de ser aceptados. El foco de influencia cambia de la familia al grupo de compañeros, y con ese grupo el adolescente empieza a formar un sentido de identidad.

De manera ideal, al transitar por esta etapa el adolescente desarrolla un conjunto interno de valores personales y un sentido de competencia consigo mismo, al tiempo que empieza a planear una futura carrera (Dillon, 2008)

Según Dillon (2008) el desarrollo cognitivo se llama “etapa operacional formal”, el adolescente inicia un proceso de pensamiento lógico más riguroso.

Dentro de estos cambios en el adolescente, también tienen lugar los cambios que se dan en los espacios en los que se desenvuelve.

Empiezan a ocurrir conflictos entre los adolescentes y sus padres, los valores tradicionales de la familia pueden ponerse a prueba por la exposición a las nuevas ideas y valores de los compañeros (Dillon, 2008)

Lo que nos deja ver que el contexto de los adolescentes sufre cambios al igual que ellos.

Pasar por las etapas interrelacionadas de desarrollo cognoscitivo, social, emocional y físico que caracterizan a la adolescencia requiere de un grado considerable de adaptación, y el hecho de no lograr superar con éxito estos obstáculos del desarrollo puede entrañar profundas consecuencias (Aggleton, libro compendiado en Stren y Figueroa, 2001).

El adolescente lucha por desarrollar su propio conjunto de principios y cuestiona los códigos morales establecidos; a menudo los compañeros tienen más influencia en el adolescente que sus padres, pero con frecuencia persisten los valores y la moral establecidos previamente (Dillon, 2008).

Dillon (2008) menciona que el adolescente cuestiona sus creencias espirituales y a menudo se aleja de la religión formal; finalmente resuelve las interrogantes e indica su propio sentido de espiritualidad

Es una época de incremento en la conducta de toma de riesgos. Esto se debe a varios factores, que incluyen el deseo de superar la influencia de los padres, la presión de los compañeros y la necesidad de “pertenecer”, así mismo, a un proceso de pensamiento en que el adolescente se ve a sí mismo como no vulnerable (“no me puede pasar a mí”).

Tener actividad sexual sin protección, usar drogas y conducir de forma peligrosa son ejemplos de las conductas riesgosas que exhiben a menudo los adolescentes (Dillon, 2008)

2.1.4 Embarazo

El embarazo es el período comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, que en términos generales dura aproximadamente 280 días, diez meses lunares (ciclos de 28 días), nueve meses solares (de 30 días) o cuarenta semanas (Higashida, 2008)

2.1.5 Embarazo precoz

Gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica (Ruoti, en León et al., 2008)

2.1.6 Factores de riesgo

Los riesgos son factores de la persona o del medio, asociados con aumento de la probabilidad de resultados o consecuencias adversas para la salud, para el proyecto de vida, la calidad de la vida o para la vida misma. Son situaciones o antecedentes personales, familiares, sociales económicos, que pueden favorecer a la emergencia de enfermedades o problemáticas (Pasqualini y Llorens, 2010).

Los factores de riesgo pueden o no asociarse a un determinado suceso indeseado. No son, necesariamente, el factor causal. En general, existe una asociación de factores que ejercen efectos multiplicadores que interactúan y desencadenan la enfermedad (Pasqualini y Llorens, 2010).

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

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

Factores de riesgo sociales para embarazo precoz: bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes (Hamel et al., en León et al., 2008).

Según un estudio de Poo et al., (2005) se logró determinar la influencia de cada una de estos grupos de factores de riesgo, en donde destaca la gran importancia de los factores individuales presentando una frecuencia de 71, 6 %, mientras que los factores familiares presentaron un 20, 3 % y los sociales un 11, 6 % (León et al., 2008).

Se ha visto que el mayor riesgo del embarazo adolescente no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas especiales, sino que es más importante la influencia de las variables socioculturales y las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. Frecuentemente se presenta en el contexto de un evento no deseado, originándose en una relación de pareja débil determinando una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar provocando un control prenatal tardío e insuficiente (Fernández et al., en León et al., 2008).

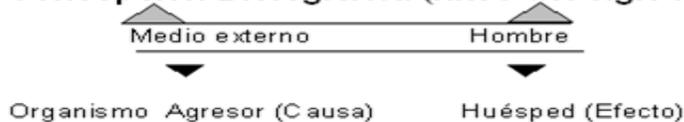
2.2 ASPECTOS SOCIALES

2.2.1 Determinantes de la salud

Sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que deben ser considerados. El estudio de los determinantes de la salud ha tenido un desarrollo histórico. A finales del XIX el enfoque fue biologicista, el cual hace una relación entre la causa y el efecto, es decir entre el agente patógeno y el huésped.

EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE DETERMINANTES

Concepción Biologicista (fines del siglo XIX)



Fuente. Ávila-Agüero, 2009. Acta Médica Costarricense.
Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud.

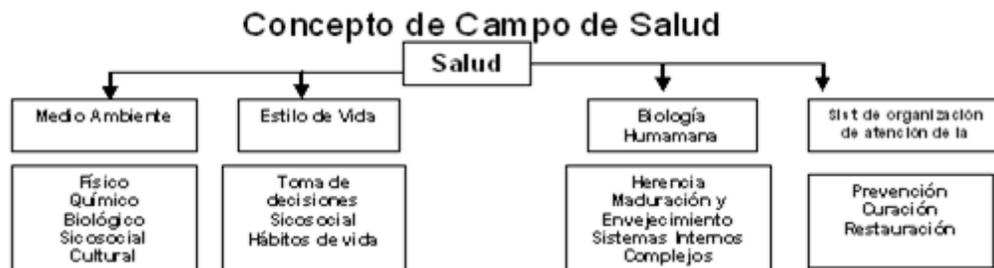
A mediados del Siglo XX esta concepción cambio y surgió el modelo Ecologista en cual se toma en cuenta no sólo la salud, sino también los mecanismos que la determinan, presentando un mayor interés a los diferentes factores que la condicionan; triada ecológica.

Modelo Ecológico (Mediados Siglo XX)



Fuente. Ávila-Agüero, 2009. Acta Médica Costarricense.
Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud.

Marc Lalonde (Ministro Canadiense de Salud) en 1974 creó un modelo de salud pública explicativo de los determinantes de la salud, aún vigente, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente - incluyendo el social en un sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud.



Fuente. Ávila-Agüero, 2009. Acta Médica Costarricense.
Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud.

En 1998 la Organización Mundial de la Salud definió a los determinantes como el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones .

Algunos autores han aportado elementos al concepto como Ávila-Agüero (2009) quien dice que los determinantes:

Son un conjunto de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades y están relacionados con aspectos tan variados como lo son los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. Dado el avance en la ciencia, la medicina, la tecnología y el conocimiento en general, la gran mayoría de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos de los biológicos.

Para Dahlgren y Whitehead, (2010).los determinantes de la salud general de la población pueden conceptualizarse como estratos de influencia similares a un arco iris:



Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1993

En el centro de la figura, los individuos tienen una edad, un sexo y unas características constitucionales que influyen en su salud y que no son modificables. En cambio, en torno a ellos hay influencias que, en teoría, pueden ser modificadas por medio de la acción política. En primer lugar están los factores relacionados con la conducta personal, como el hábito de fumar y la actividad física. En segundo lugar, los individuos interactúan con las personas de su entorno y con la comunidad inmediata y se ven influidos por ellas, lo cual representa el segundo estrato. Seguidamente, la capacidad de una persona para mantener su salud (en el tercer estrato) se ve influida por las condiciones de vida y de trabajo, la alimentación y el acceso a bienes y servicios esenciales. Por último, como mediadores de la salud de la población, las influencias económicas, culturales y medioambientales actúan sobre el conjunto de la sociedad. Este modelo que describe los determinantes de la salud hace hincapié en las interacciones: los estilos de vida individuales se integran en unas normas y redes sociales, así como en unas condiciones de vida y de trabajo que a su vez guardan relación con el entorno socioeconómico y cultural general (Dahlgren y Whitehead, 2010).

Los determinantes de la salud que pueden verse influidos por decisiones personales, comerciales o políticas y pueden ser factores beneficiosos para la salud, factores de protección o factores de riesgo (Dahlgren y Whitehead, 2010).

La información anterior, permite identificar las diversas visiones que se han tenido en la historia sobre los determinantes de la salud.

Para Gispert (2004) existen determinantes que favorecen al embarazo en adolescentes, los que clasificó en diversos rubros:

INCIDENTES INTRAFAMILIARES

- Falta de comunicación, especialmente con padres.
- Discusiones entre los miembros de la familia, ambiente hostil.
- Distanciamiento o enemistad con los progenitores, principalmente con la madre.
- Padre desentendido, ausente del hogar, agresivo, impetuoso.

- Madre que funciona como cabeza de familia.
- Desamor hacia los padres o para llevarles la contra (forma de “castigarlos”).
- Alcoholismo o vicios en el seno de la familia.
- Poner a prueba el amor de sus progenitores.
- Pelea con hermanos o familiares.

DESEO DE EMBARZO

- Para tener algo propio que amar.
- Como prueba de haber sido amada.
- Para identificarse con la madre, hermanos o parientes.
- Para retener el novio y formalizar la relación.

EJERCICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

- Contactos heterosexuales clandestinos previos.
- Relaciones sexuales completas con pareja o novio.
- Conducta sexual promiscua.
- Haber sido objeto de abuso sexual

CONDUCTA ESCOLAR

- Mala estudiante, apática, irresponsable, faltista, reprobadora.
- Agresiva con los maestros y compañeras (hasta agresión física).
- Preferencia por compañía varonil, incluso de mayor edad.
- No participante de distractores (deportes, artes, canto, paseos, excursiones)

FALTA DE AUTOESTIMA

- Deficientes relaciones humanas con compañeros.
- Trato con temor, tensión, desconfianza.
- Deseos de llamar la atención.
- Mostrar dependencia (hacia el varón) e infantilismo.
- Uso de tabaco, alcohol o drogas.

FACTORES BIOLÓGICOS

- Menarquía temprana.
- Desarrollo precoz de caracteres sexuales secundarios.

- Depresión nerviosa.
- Retraso mental superficial o profundo.
- Antecedentes maternos de embarazo en adolescencia.
- Antecedentes de embarazo previo

2.2.2 Determinantes sociales y actividad sexual adolescente

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (OMS, 2011).

Los determinantes de las desigualdades en salud pueden ser diferentes a los determinantes sociales de la salud para el conjunto de la población; es decir, los determinantes más importantes de la salud pueden diferir en los distintos grupos socioeconómicos (Dahlgren y Whitehead, 2010).

La posición social, determinada por el nivel educativo, la profesión o los recursos económicos, ejerce una poderosa influencia sobre el tipo, la magnitud y la distribución de los riesgos para la salud que experimentan los distintos grupos socioeconómicos. Los grupos privilegiados suelen tener más poder y oportunidades para disfrutar de una vida saludable que los menos privilegiados. Por tanto, la posición social es, en sí misma, un importante determinante de las desigualdades sociales en salud (Link y Phelan en Dahlgren y Whitehead, 2010).

La identificación de las causas de las desigualdades sociales en salud exige la adopción de una perspectiva más amplia, ya que esas desigualdades se generan por la suma de los efectos de muchos factores distintos, como la exclusión social, una renta baja, el consumo excesivo de alcohol y la dificultad de acceso a los servicios sanitarios (Dahlgren y Whitehead, 2010).

Las decisiones que cada persona adolescente o joven tome con respecto a su propia sexualidad y los resultados de diversas condiciones en salud sexual y reproductiva no son estrictamente determinados por factores individuales; a momento

de decidir o de tener alguna condición, entran en juego toda una variedad de factores, muchos de ellos sociales, que le harán optar por una u otra conducta o que contribuirán a tener uno u otro resultado (favorable o no); por ejemplo, su nivel de educación, su trabajo o labor, la situación económica de sus padres, el vivir en una zona urbana o rural, el ser hombre o mujer, el acceso a atención en salud, la cercanía o no de adultos significativos, las oportunidades o dificultades que le ofrece el medio, el acceso a sistemas de atención en salud, etc. Estos factores son conocidos como determinantes sociales de la salud y se refieren a las condiciones de vida que impactan la salud de las personas (Ortega y Gasset, en UNFPA, 2008).

La preocupación sobre estos embarazos se acrecienta debido a que una parte importante de ellos (las estimaciones varían entre el 40 y el 60 %) son inesperados (Zúñiga et al; Menkes y Suárez, en Lerner y Szasz, 2008).

El embarazo no planeado sigue siendo un problema de la Región, ya que el 25 % de las mujeres jóvenes en América Latina y el Caribe son madres antes de los 20 años de edad, y el 45 % de estos embarazos son el resultado del mal uso o la falta de anticonceptivos (Ingham y Aggleton, en Lauglo, 2008).

Ruoti (1992) plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, si no del futuro, por las complicaciones que acarrea (León et al., 2008).

Las adolescentes de 15 años siempre deben ser considerarse de alto riesgo obstétrico, dado que presentan mayor morbilidad y mortalidad, sin embargo, se considera que una adolescente presenta un embarazo de bajo riesgo cuando tiene una pareja y/o familia que la apoya, una escolaridad acorde con la edad, una buena aceptación de su embarazo, un buen estado nutricional y no presenta preexistente (Pasqualini y Llorens, 2010).

2.2.3 Familia, pares y redes sociales

La familia, amigos y los adultos con quienes se relacionan las personas jóvenes y la presencia de redes de apoyo social son factores que influyen significativamente en el desarrollo de adolescentes y jóvenes. En general se puede decir que adolescentes y jóvenes, al establecer relaciones significativas con padres, madres, educadores, pares y redes de apoyo social, logran desarrollar factores protectores frente a, por ejemplo, inicio temprano de la actividad sexual, uso de sustancias psicoactivas, y manifestaciones de violencia (Boler y Jellema, en UNFPA, 2008).

Cuando la persona joven tiene la posibilidad de mantener viva la confianza y de conversar con sus familias, el proceso de toma de decisiones tendrá mayores referentes [...] y puede convertirse en un factor protector (Ortega y Gasset, en UNFPA, 2008).

2.2.4 Sociedad y cultura

Los modos de pensar, sentir y comportarse de hombres y mujeres se deben a costumbres sociales y familiares más que a factores biológicos. Influyen valores, creencias y, también, rasgos de la personalidad. Desigualdades y jerarquías tienen que ver en la construcción social entre los géneros femenino y masculino (Pasqualini y Llorens, 2010).

La sexualidad humana no es expresión limitada a lo genital y a la reproducción. Incluye amor, placer y comunicación afectiva. Y, también, diversidad en cuanto a objeto de preferencia sexual, prácticas sexuales y modos de vivirla. Está influida por la política, la cultura, los valores e ideales de la época, la educación, las costumbres familiares y el devenir de la propia historia del individuo (Pasqualini y Llorens, 2010).

Con el advenimiento del funcionamiento hormonal, hacia los 13 años se genera un desequilibrio emocional y aparecen los impulsos sexuales que torna a los adolescentes agresivos, dejando de ser dóciles para tornarse rebeldes a todo concepto de autoridad; al mismo tiempo inician la masturbación (actividad normal en su desarrollo psicosexual), acompañada de fantasías sexuales (lo cual puede ocasionarles remordimientos de conciencia y sentimientos de culpa) [...] (Monroy, en Gispert, 2004)

Entre los 14 y 16 años los jóvenes se interesan por el sexo opuesto y buscan una relación, iniciar su primer e idílico romance, con noviazgos generalmente fugaces; sienten atracción sexual, pero todavía sin deseo carnal. Después de la segunda fase de la adolescencia, deben tomar decisiones que serán trascendentales para su vida: definir y cimentar su futuro laboral, profesional, social, etc. Todavía a los 19 años no alcanzan su completo desarrollo social, y en nuestra sociedad tampoco se consideran con madurez psicológica suficiente para canalizar libremente su impulso sexual, lo cual no es permitido (en general a mujeres) hasta no alcanzar el matrimonio o acaso la mayoría de edad; se hallan atrapados en una encrucijada: por un lado la sexualidad naciente en todo su esplendor, y por el otro la represión social [...] (Chaguya, en Gispert, 2004).

En nuestra sociedad actual se considera a las adolescentes aún no preparados, incapaces de desarrollar un trabajo productivo ni responsable; tiene que esperar hasta más allá de la mayoría de edad para participar en labores remunerativas, incluida la actividad sexual; no se les considera meritorios de ella. Sin embargo, desde los 14 años alcanzan madurez para procrear, y durante toda la adolescencia sienten necesidad de expresar y ejercer su impulso sexual (Gispert, 2004).

Cada vez a edades más tempranas se realizan actividades sexuales, lo cual será difícil de evitar, lo acepte o no la sociedad; por lo tanto, deben evitarse las consecuencias de estos actos remarcando las objetivos de la sexualidad (Gispert, 2004).

2.2.5 Economía, políticas y legislación

La pobreza, las políticas y la legislación pueden causar problemas para el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud; así como el no reconocimiento de los derechos humanos, de la salud sexual y reproductiva, que pueden disminuir la capacidad de elegir de forma libre e informada acerca de la sexualidad (Ortega y Gasset, en UNFPA, 2008).

Las y los adolescentes y jóvenes de familias pobres tienen mayores probabilidades de iniciar su vida sexual a una temprana edad, quedar embarazadas y tener más hijos. Los adolescentes con menor educación y menos oportunidades de

generar ingresos se convierten en víctimas de un ciclo continuo de pobreza (Burt y Martha R., en UNFPA, 2008). Las dificultades geográficas y económicas, especialmente entre los más pobres y vulnerables, así como el poco conocimiento que tienen de sus derechos, hacen que éste acceso sea limitado (Ortega y Gasset en UNFPA, 2008).

El embarazo en la adolescencia ocurre en todas las clases sociales, pero la actitud que frente a él asumen tanto las y los adolescentes como su familia varía ampliamente según el proyecto de vida de los jóvenes y de las expectativas que los padres depositan en ellos. Ambos factores influyen en forma significativa en que puedan prevenirlo exitosamente o, que si se embarazan, lo interrumpan o tengan al bebe (Ana Coll en Pasqualini y Llorens, 2010).

Las adolescentes del nivel socioeconómico bajo tienen mayor probabilidad de quedar embarazada en relación con las que pertenecen a un nivel socioeconómico más alto (OPS en Lauglo, 2008), las madres jóvenes son generalmente pobres, sin redes de apoyo social y tienen poca educación, continuando así con el ciclo vicioso de pobreza intergeneracional (Lauglo, 2008).

Según las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS) que realiza Profamilia (2005) hay una relación directa entre la riqueza y la presencia de embarazadas. Cuando hubo más riqueza, el 10.7 % de adolescentes resultaron embarazadas. Cuando hubo menor índice de riqueza, el porcentaje aumentó a 31.5 % (Ortega y Gasset en UNFPA, 2008).

2.2.6 Medios de divulgación

Los medios de comunicación como la radio, la prensa y la televisión tienen una gran influencia sobre las personas jóvenes; estos medios afianzan las normas sociales y culturales frente a la sexualidad y los roles de género (Ortega y Gasset en UNFPA, 2008).

Los medios de comunicación pueden ser un aliado significativo en el fortalecimiento de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes (Ortega y Gasset en UNFPA, 2008).

2.2.7 Sociodemografía y nivel educativo

Desde una perspectiva sociodemográfica se ha definido en nuestro país como embarazo adolescente/precoz al que ocurre antes de los 20 años de edad y las tasas respectivas se calculan con respecto a la población femenina que tiene entre 15 y 19 años (Lerner y Szasz, 2008).

De acuerdo a estudios realizados, han mostrado que la incidencia del embarazo adolescente es mayor en el medio rural que en el urbano y que se establece una relación inversa entre el nivel de escolaridad y la incidencia del embarazo en la adolescencia (Welti et al; Mankes y Suárez; Menkes et al en Lerner y Szasz, 2008).

Según las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS) que realiza Profamilia (2005) con relación al nivel educativo, la presencia de embarazos en adolescentes sin educación subió hasta el 52.6 %; por su parte, el porcentaje de mujeres que tuvieron acceso a la educación superior y resultaron embarazadas bajó hasta un 9 % (Ortega y Gasset en UNFPA, 2008).

2.3 Maternidad adolescente

El concepto de maternidad a lo largo de la historia, aparece como un conjunto de creencias y significados en permanente evolución, influidos por factores culturales y sociales, que han ido apoyándose en ideas en torno a la mujer, a la procreación y a la crianza, como vertientes que se encuentran y entrecruzan en la interpretación (Molina, 2006).

La maternidad intensiva, requiere dedicación total, gran inversión de energía y recursos, conocimiento, capacidad de amor, vigilancia de su propio comportamiento y subordinación de los propios deseos. Es una tarea de sacrificios pero el mismo tiempo su realización es una recompensa (Hays, en Molina, 2006).

En todas las sociedades humanas, el embarazo, el nacimiento y el puerperio significan más que simples eventos biológicos, pues son integrantes también de una importante transición de estatus social de “mujer” al de “madre” (Argote, et al, 2004).

La mayoría de las acciones que realizan las adolescentes provienen de tradiciones familiares, las cuales reflejan normas de cuidado y comportamientos

importantes en esta etapa del ciclo vital, y cuyas creencias y prácticas se transmiten a las nuevas generaciones (Argote et al, 2004).

2.3.1 Sus consecuencias sociales

El embarazo y la maternidad tienen impacto psicológico, cultural, social y biológico a cualquier edad y en la adolescencia supone mayores complicaciones tanto en la madre como en el hijo (Ibarra, 2003).

Sin embargo, la mayor repercusión se observa en la esfera personal y social de la adolescente (Pérez en Ibarra, 2003) porque tiene que asumir el reto de desempeñar el rol de madre, enfrentarse a una nueva situación, debe ser responsable del cuidado, atención y educación de su hijo cuando aún no ha consolidado su formación y desarrollo y atraviesa una crisis psicológica como expresión de la búsqueda de independencia, necesidad de autonomía y libertad (Ibarra, 2003).

Es un proceso que causa impacto, también, en la familia de la adolescente; se produce un proceso de adaptación para representarse a la hija adolescente como madre, en este proceso si identifican diferentes matrices:

- * La familia que asume una posición activa y de ayuda.

La madre adulta sustituye a la madre adolescente con todas las implicaciones psicológicas del hecho. Al mismo tiempo el no desempeño responsable del rol materno implica ambigüedades, no se legitima su lugar, ni es realmente madre, ni disfruta plenamente su adolescencia con consecuencias para su crecimiento personal (Ibarra, 2003).

La familia colabora con la madre adolescente compartiendo el rol materno. El cuidado del niño por parte de la madre adulta facilita la continuación de los estudios de la madre adolescente. Sin embargo, la joven mamá aprende a desempeñar su nueva función al responder por la atención del hijo en el hogar (Ibarra, 2003).

- * Familias que apoyan desde la periferia.

La colaboración está condicionada a un ajuste de cuentas, reclamos y quejas familiares que generan mayor angustia. Las adolescentes perciben que son ayudadas

aunque no todo lo que desearían para soportar la sobrecarga que supone su actual condición de madre.

La dinámica familiar es disfuncional y la adolescente demanda apoyo en la pareja, viviendo la maternidad como una carga, y presenta reacciones de inestabilidad emocional (llantos, discusiones periódicas).

Otro cambio que se da en la vida de la adolescente, es la unión con sus parejas consensualmente después del parto la cual puede traer cambios positivos de acercamiento y fortalecimiento del vínculo pero también incomprensiones por parte del hombre, no colaboración, exigencias de mayor atención personal y agresividad en la comunicación (Ibarra, 2003).

La madre adolescente se siente limitada en la esfera de las relaciones sociales. Al principio se produce un acercamiento, preocupación y manifestaciones de ayuda ante este evento. Más la joven mamá no puede reciprocitar estos intercambios, su tiempo es reducido, sus intereses, sus preocupaciones cambian, el contenido de la comunicación es otro, hasta que se distancian y su mundo de relación cambia (Ibarra, 2003).

Por otra parte, Es interesante como algunas adolescentes expresa mayor realización personal, reconocimiento social, sentirse útil y haber encontrado un lugar en su familia y la sociedad por formar su propia familia (Ibarra, 2003).

2.4 Educación para la Salud

“La finalidad de la educación es difundir sabiduría, la cual consiste en saber usar bien nuestros conocimientos y habilidades. Tener sabiduría es tener cultura y la cultura es la actividad del pensamiento que nos permite estar abiertos a la belleza y a los sentimientos humanitarios” (Whitehead en Hernández 2004)

La educación verdadera es praxis, reflexión y acción del hombre sobre el mundo para transformarlo (Freiré, 2007).

Hay que distinguir entre erudito y sabio (o culto), el primero posee conocimientos amplios adquiridos por el estudio en una o varias materias, en cambio, la persona sabia o culta es poseedora de esos conocimientos, sabe usarlos, los domina en función de los valores más altos del género humano, como son: la creatividad, la tolerancia, la veracidad, la justicia (Whitehead en Hernández 2004).

Desde la perspectiva de Whitehead, los ideales que la educación ha de perseguir son: interés por aprender, saber utilizar los conocimientos, ser una guía que conduzca al arte de vivir. En sus términos, la sabiduría es el ideal de la educación y a éste debe sujetarse al proceso educativo (Hernández 2004).

La educación es la adquisición del arte de utilizar los conocimientos. Es un arte muy difícil de impartir... lleva implícito el problema de mantener vivo el conocimiento, de evitar que se vuelva inerte (Whitehead en Hernández 2004).

Definición de Educación para la Salud

Para Costa (2000) “Es un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo” (Choque, 2005).

Es toda actividad libremente elegida que participa en un aprendizaje de las salud o del a enfermedad, es decir, es un cambio relativamente permanente de las disposiciones o de las capacidades del sujeto. Una Educación para la Salud, eficaz, puede así producir cambios a nivel de los conocimientos, de la comprensión o de las maneras de pensar; puede influenciar o clarificar los valores; puede determinar cambios de actitudes y de creencias; puede facilitar la adquisición de competencias; incluso puede producir cambios de comportamiento o de modos de vida” (García, en Choque, 2005).

La Organización Mundial de la Salud sobre la Educación para la Salud dice:

“comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con

la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. Aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud” (OMS, 1998).

Según Kaplun (1998) La Educación para la Salud son “las ocasiones de aprendizaje deliberadamente puestas en marcha para facilitar los cambios de comportamiento en vista de alcanzar un objetivo determinado con anticipación”. Tal proceso ayuda a los individuos y a los grupos a tomar conciencia de los problemas que pueden constituir una amenaza a su calidad de vida y los incita a crear y a reivindicar condiciones favorables a su salud (Choque, 2005).

2.4.1 Competencias del Educador para la Salud

El educador para la salud es un profesional universitario altamente calificado que cuenta con competencias como:

*El potencial de aprendizaje y habilidades que contribuyan a la solución sistemática y crítica de problemas.

*Los conocimientos, metodologías, técnicas, herramientas y lenguajes necesarios para desempeñarse en las áreas de Ciencias de la Salud, Sociales y de la Educación.

*Las competencias que le permitan aprender en dimensiones complejas de los entornos laboral, productivo, académico, social, institucional y de la investigación.

*El conocimiento de las prácticas culturales que influyen en el allegamiento de la calidad de vida. La capacidad de incorporar la cultura y prácticas sociales propias de su entorno y de otros ámbitos culturales, en prácticas propias.

*El conocimiento para identificar en la diversidad, la multiculturalidad y el medio ambiente los factores propicios para la conservación de la salud y de estilos de vida saludables (UAEM, 2007).

*Desarrolla programas de educación para la salud, dirigidos a individuos, familias y comunidades, respetando los patrones culturales propiciadores de la conservación de la salud y orientando el cambio de aquellas prácticas que pueden ser causales del deterioro y pérdida de la salud.

*Diseña Planes Integrales de Educación para la Salud, proponiendo las medidas de prevención pertinentes a los problemas de salud de personas de todas las edades y de distinto género, considerando los recursos disponibles en la comunidad, y costos sustentables para el enfermo y la familia (UAEM, 2007).

2.4.2 Competencias didácticas en la Licenciatura en Educación para la Salud

Según el Programa de Estudios de la Licenciatura, la Educación para la Salud, puede considerarse desde dos perspectivas:

- Preventiva
- De promoción de la salud

Desde el punto de vista preventivo, preparando a sujetos capaces de transmitir información y guiar a la población para evitar los problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo que les rodean (UAEM, 2007).

Desde una perspectiva de promoción de la salud, desarrollando capacidades y habilidades en los futuros Licenciados en Educación para la Salud que les permita promover ante la diversidad poblacional la adopción de formas de vida saludables.

En el proceso de formación del Licenciado en Educación para la Salud supone incorporar propuestas pedagógicas fundamentadas en el aprendizaje activo, en la creación de comunidades de aprendizaje y el trabajo cooperativo en contextos situados,

bajo el supuesto de que aprendemos dentro de un contexto, del contexto y con el contexto, asumiendo que éste no es sólo físico, sino social, cultural y efectivo, por lo que las estrategias de enseñanza incluyen trabajo individual y en grupo que no se restringen a la interacción profesor-alumno, sino que trasciende estos límites y se ubican en escenarios en los que están teniendo lugar los procesos implicados en la profesión (UAEM, 2007).

La Licenciatura en Educación para la Salud se concibe como la formadora de entes que generan conciencia y sensibilizan argumentativamente las acciones de los individuos; a fin de que cuenten con conocimientos que les lleven a desarrollar hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva (UAEM, 2007).

Concientizar; lo cual es una competencia didáctica de la Licenciatura en Educación para la Salud, es sinónimo de alfabetizar que es un proceso de liberación de conciencia de la persona con vistas a su posterior integración en su realidad nacional, como sujeto de su historia y de la historia (Freiré, 2007).

La concientización involucra un cambio de mentalidad que implica comprender realista y correctamente la ubicación de uno en la naturaleza y en la sociedad; la capacidad de analizar críticamente sus causas y consecuencias y establecer comparaciones con otras situaciones y posibilidades; y una acción eficaz y transformadora (Freiré, 2007).

Freiré señala que la concientización es la mirada más crítica posible de la realidad, y que la desvela para conocerla y conocer los mitos que engañan y que ayudan a mantener la realidad de la estructura dominante (Chesney, 2008).

La educación es dialogo; nadie educa a nadie, tampoco nadie se educa solo si no que los hombres se educan entre sí, mediatizados por el mundo (Freiré, 2007).

Principios en la teoría de concientización de Freiré

- Hacer participar a los actores en la organización de sus experiencias de aprendizaje y darles la oportunidad de tomar decisiones y asumir responsabilidades.
- Establecer una relación, entre la sensibilización, la adquisición de conocimientos prácticos, la actitud para resolver problemas y la clarificación de valores.

- Ayudar a que los actores descubran los efectos y causas reales de los problemas.
- Utilizar el método activo, dialogal y participante (Chesney, 2008).

2.5 Las Estrategias Educativas en la Educación para la Salud

La Educación para la Salud es un proceso que tiende a capacitar al individuo para actuar conscientemente frente a nuevas situaciones de la vida, aprovechando la experiencia anterior y teniendo en cuenta la integración, la continuidad y el proceso social (Casas, 2008) es necesario contar con estrategias eficaces para lograr todo ello.

El concepto de estrategia se incorpora recientemente a la psicología del aprendizaje y la educación como una forma más de resaltar el carácter procedimental que tiene todo aprendizaje. Es un concepto moderno que conecta adecuadamente con los principios de la psicología cognitiva, con la perspectiva constructivista del conocimiento y aprendizaje, con la importancia atribuida a los elementos procedimentales en el proceso de construcción de conocimientos y, asimismo, con los aspectos diferenciales de los individuos tan enfatizados por toda la psicología cognitiva (Esteban, 2008).

Toda estrategia ha de ser un plan de acción ante una tarea que requiere una actividad cognitiva que implica aprendizaje. Se trata de un dispositivo de actuación que implica habilidades y destrezas así como una serie de técnicas que se aplican en función de las tareas a desarrollar (Esteban, 2008).

Según Casas Torres (2008), para las estrategias de intervención de la Educación para la Salud es necesario:

- 1. Ubicación del nivel en que se va a trabajar:** masivo, grupal y comunitario.
- 2. Justificación.** Debe incluir aspectos epidemiológicos, sociales, del comportamiento, educacionales y administrativos.
- 3. Objetivos: Generales,** referido en salud.

Específicos Educativos, referido en conductas

4. Metas. Cuantificación de los objetivos expresados en números o porcentajes.

5. Límites:

- a) Universo del Trabajo
- b) Espacio o área
- c) Tiempo

6. Actividades a desarrollar de acuerdo al nivel educativo seleccionado.

7. Organización

- a) Interna
- b) Externa

8. Recursos

- a) Humanos
- b) Materiales
- c) financieros

9. Control.

- a) Supervisión: Informes, observación, análisis y discusión
- b) Evaluación: - Proceso -----Programa
 - Impacto -----Conducta

2.6 Aportaciones de investigadores al área del conocimiento

En el año 2002, Leyva et al, presentaron una investigación en la Habana Cuba sobre algunos aspectos relacionados con el embarazo a destiempo en adolescentes que tenía por objetivo determinar algunos factores de riesgo de vida familiar y personal, asociados con el embarazo a destiempo para lo cual se realizó un estudio a 308 féminas de las cuales 77 adolescentes estaban embarazadas y 231 no lo estaban estableciendo el principio de una embarazada por cada 2 que no lo estaban buscando la diferencia entre los aspectos de la vida familiar y personal de la población investigada, obteniendo como resultado que la educación familiar, la comunicación con los padres, el apoyo de la pareja sexual, el uso de anticonceptivos y la vida promiscua tienen gran influencia para que una adolescente presente un embarazo a destiempo;

teniendo como conclusión que la comunicación entre padres e hijos sobre sexualidad es una causa directa con la ocurrencia de embarazos precoces así como la vida promiscua; la ausencia de apoyo de la pareja sexual constituyó un factor de riesgo al igual que la valoración del uso de anticonceptivos, sin ser esta última un factor causal.

Prías y Miranda mostraron en el año 2009 en Colombia una investigación sobre las experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal que tenía por objetivo describir e interpretar las experiencias relacionadas con los sentimientos e ideas experimentados por las adolescentes al conocer su estado de embarazo para lo cual se trabajó con un grupo de 22 adolescentes de instituciones públicas de primer nivel de salud, abordando un enfoque cualitativo, con información recogida en entrevistas personales, grabadas con consentimiento de las jóvenes, teniendo como resultado que el embarazo genera en la adolescente sentimientos de displacer relacionados con miedo, tristeza, dolor, sufrimiento, culpa, vergüenza y decepción, acompañados de ideas de negación, evasión, duda, arrepentimiento y deseos de abortar, los cuales no aparecen cuando la adolescente cuenta con el apoyo de su compañero sentimental o el de sus padres teniendo como conclusión que las adolescentes necesitan apoyo, comprensión y ayuda, dado que están más sensibles, inseguras y con baja autoestima, situación que requiere que el equipo de salud desarrolle y muestre competencias en el área humanística, acercamiento personal, empatía y trato humanizado e individualizado en la atención de la población de adolescentes embarazadas.

Esta investigación fue realizada en el año 2008 por Castrillón, teniendo por objetivo responder a la pregunta por la función que cumple un hijo para una mujer adolescente en la re-significación de la sexualidad infantil llevando a cabo 7 entrevistas a mujeres adolescentes entre los 15 y 17 años, 5 embarazadas y 2 que ya son madres, obteniendo como resultado que las adolescentes quedaron embarazadas a partir de su deseo, no por ignorancia en cuanto a métodos anticonceptivos o a factores externos a ellas. A través del embarazo y de la posterior presencia del hijo, se transmitan asuntos simbólicos que es preciso resolver en la adolescencia, el duelo por los objetos parentales, el cuerpo de la infancia y el rol infantil, lo que permite concluir que el

embarazo y un hijo en la adolescencia le permiten a la joven re significar la sexualidad infantil, donde están concluidos los objetos más antiguos del sujeto, los parentales.

Winkler, Pérez y López presentan los resultados de una investigación cualitativa sobre las representaciones sociales del embarazo adolescente, en adolescentes hombres y mujeres cuyo objetivo fue reconstruir las representaciones sociales de embarazo adolescente de jóvenes de 15-18 años de una comuna de la Región Metropolitana de Chile en donde fueron entrevistadas 44 personas: madres adolescentes, adolescentes embarazadas, futuros padres adolescentes y adolescentes de ambos sexos sin hijos(as), teniendo como resultado 5 categorías; antecedentes contextuales, tipo de embarazo adolescente, análisis relacional entre antecedentes, reacciones y consecuencias del embarazo precoz en la mujer y el hombre adolescente y modelo hipotético interpretativo.

Quesada y colaboradores mostraron los resultados de una investigación en Venezuela, en el 2010, sobre la caracterización social del embarazo en la adolescencia en la que se tuvo por objetivo caracterizar socialmente a las embarazadas adolescentes, el universo se constituyó por 61 embarazadas de entre 10 y 18 años conformando la muestra de 52 pacientes después de aplicados los criterios de inclusión, exclusión y salida de las cuales predominó el grupo de 15 y 18 años de las cuales más de la mitad satisfacían de forma regular sus necesidades básicas concluyendo que gran cantidad de la embarazadas no tienen cubiertas sus necesidades básicas y asumen relaciones sexuales precoces; entre las situaciones sociales tuvieron mayor influencia las nuevas exigencias económicas y la privación de las actividades propias de su edad.

Llanes y colaboradores en el 2009 mostraron los resultados de una investigación relacionada con el embarazo en la adolescencia: intervención educativa que realizaron con el objetivo de demostrar la eficacia de la intervención educativa en Guatemala teniendo un universo de estudio de 146 adolescentes de ambos sexos con edades de entre 10 y 19 años con un previo consentimiento informado; en dichos resultados el grupo que predominó fue el de 16 a 17 años con un 43.8 % con pareja sexual sin estabilidad para un 47.9 %, prevaleció el conocimiento inadecuado sobre los métodos

anticonceptivos y de los factores de riesgos psicosociales concluyendo que la intervención educativa aplicada demostró ser eficaz.

Núñez-Urquiza y colaboradores dieron a conocer en el 2003 los resultados sobre una investigación sobre el embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto la cual tuvo por objetivo describir la proporción de embarazo no deseado en adolescentes, su asociación con características sociodemográficas y la utilización de anticonceptivos posparto, para lo cual se necesitó una muestra de 220 mujeres adolescentes entre 13 y 19 años de edad, de dos municipios semiurbanos del estado de Morelos, México. Las mujeres fueron entrevistadas en su casa entre seis y 12 semanas después del parto. Se les preguntó si antes de embarazarse desearon el último embarazo. Además, se indagó sobre conocimientos y uso de métodos anticonceptivos posparto obteniendo como resultado un 17% de todos los nacimientos registrados en la población total en ese periodo fueron producto de madres adolescentes. De éstas, 22.73% declararon que su embarazo no fue deseado. Se encontró una asociación positiva entre no tener derecho de acceso a los servicios de salud de las instituciones del sistema de seguridad social – Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y embarazo no deseado. Asimismo, las adolescentes de comunidades urbanas manifestaron no deseo del embarazo con mayor frecuencia que las mujeres de comunidades rurales. 91.3% de las madres adolescentes enunció la píldora anticonceptiva entre los métodos que conocía. 84.72% conocía el DIU y 63.68% el condón. Sin embargo, sólo 35% estaba utilizando algún método anticonceptivo efectivo después de las seis semanas posparto. No se encontró diferencia en la frecuencia de uso de anticonceptivos según deseo del último embarazo. Entre quienes se atendieron el parto en centros de salud u hospital sólo 43.39% estaba utilizando algún método efectivo de planificación familiar para lo que concluyeron que estos hallazgos sugieren que los programas de planificación familiar tienen un potencial de cobertura aún no alcanzado entre el grupo de adolescentes, especialmente entre las que viven en áreas suburbanas y entre las no derechohabientes de la seguridad social. Asimismo, sugiere la necesidad de insistir en

la promoción de la utilización de métodos anticonceptivos posparto en este grupo considerado de alto riesgo reproductivo. Además, se evidencia la necesidad de investigar sobre métodos de educación sexual y reproductiva que puedan introducirse en el sistema escolar desde el nivel primario.

La presentación de las investigaciones anteriores permiten identificar los diferentes enfoques que se han tenido para abordar la problemática. Se puede decir que bajo la visión social de una problemática de salud como lo es el embarazo en adolescentes son escasos los estudios.

CAPÍTULO 3 MARCO METODOLÓGICO

3.1 Diseño de la metodología

La presente investigación es de tipo prospectiva ya que con apoyo de 2 instrumentos, cuestionario y entrevista a semi-profundidad (anexo 1 y 2) para la recopilación de información; se identificaron las causas del embarazo adolescente las consecuencias sociales de la maternidad precoz respectivamente con lo que, se obtuvieron los resultados necesarios para lograr el diseño propuestas.

3.1.1 Tipo de intervención: es descriptiva porque al contar con bases fundamentadas sobre las causas de un embarazo adolescente y las causas sociales de la maternidad en las adolescentes por medio del cuestionario y la entrevista a semi-profundidad (anexo 1 y 2), entonces se puede describir porque las adolescentes se embarazan y los cambios sociales que genera esta nueva vivencia en sus vidas.

El cuestionario y la entrevista a semi-estructurada, se aplicaron sólo una vez lo cual le da un sentido transversal a la investigación, dichos instrumentos se aplicaron al terminar la revisión de las fuentes documentales tales como libros, artículos y documentos oficiales; teniendo una base teórica que los sustentara.

3.1.2 Ubicación de la investigación: se llevó a cabo en el Municipio de Nezahualcóyotl Estado de México. Este municipio localizado en el oriente, tiene una población de 1, 110,565 habitantes de los cuales 25.9 % son jóvenes (INEGI, 2010).



Fuente: Google imágenes

En este municipio se seleccionó el Hospital General Regional La Perla ubicado en Av. Escondida s/n entre Pte. 23 y Pte.25 para realizar la investigación.



Fuente: Google imágenes

3.1.3 Universo: la población objetivo fueron las adolescentes que asistan al Hospital General Regional La Perla para control de maternidad.

3.1.4 Muestra: para el cuestionario (anexo 1) estuvo conformada por 8 adolescentes con edad entre 15 y 19 años. Para la entrevista a semi-profundidad (anexo 2) estuvo conformada por 1 adolescente de 18 años de edad.

3.1.5 Criterios de selección

Para la parte cuantitativa de la investigación:

- **Criterios de inclusión:** la población objetivo estuvo conformada por adolescentes con edad de 15 a 19 años que estuvieran embarazadas o bien ya fueran madres y asistieran al Hospital General Regional La Perla; no fue relevante la ocupación ni estado socioeconómico con el que contaban. Las adolescentes manifestaron su autorización voluntaria una vez que se les explicó la finalidad de éste a través del consentimiento informado (anexo 3).
- **Criterios de exclusión:** adolescentes con menos de 15 años y más de 19 años, que no estuvieran embarazadas o no hayan sido madres. Adolescentes externas al

Hospital General Regional La Perla. Adolescentes que no hayan manifestado su consentimiento aún cuando se les explico el objetivo de ellos. Adolescentes que estuvieran participando en otra investigación.

Para la parte cualitativa de la investigación:

- **Criterios de inclusión:** la población objetivo estuvo conformada por una adolescente con edad de entre 15 y 19 años, fue necesario que la adolescente haya parido y convivido con su hijo/a, que asistiera al Hospital General Regional La Perla; no fue relevante la ocupación ni estado socioeconómico con el que contaba. La adolescente manifestó su autorización voluntaria una vez que se le explicó la finalidad de éste a través del consentimiento informado (anexo 3).
- **Criterios de exclusión:** adolescente con menos de 15 años y más de 19 años, que no haya sido madre y/o haya convivido con su hijo/a. Adolescente externa al Hospital General Regional La Perla. Adolescente que no haya manifestado su consentimiento aún cuando se les explicó el objetivo de ellos. Adolescente que estuviera participando en otra investigación.

3.2 Procedimiento de la recolección de información

Para *“identificar las casusas que originan un embarazo adolescente”*, se aplicó un cuestionario (anexo 1) a la muestra, la aplicación fue individual y directa con la adolescente. Para realizar la aplicación fue necesario gestionar el trabajo de investigación ante la Directora del Hospital General Regional La Perla así como del encargado del departamento de Enseñanza, quienes permitieron la aplicación del instrumento. Una vez lograda la gestión, se presentó y explicó a cada adolescente con la que se trabajó su participación en la investigación, obteniendo el consentimiento informado (anexo 3) de todas, siendo esto un requisito legal. Ya aplicados todos los cuestionarios requeridos se codificaron los resultados de cada uno y graficarlos para obtener un resultado general y realizar un análisis de ellos.

Para “*describir las consecuencias sociales que existen en la maternidad adolescente*”, se aplicó una entrevista a semi-profundidad (anexo 2). Se seleccionó a 1 adolescente al azar para aplicarle la entrevista, quien después de explicarle el objetivo y las características de su participación, aceptó dando su consentimiento informado por escrito (anexo 3) y para garantizar su anonimato, se le asignó el código P, 2012. La entrevista se apoyó de una guía de 20 preguntas que permitieron identificar las variaciones sociales que surgieron en las vidas de las adolescentes después de su embarazo. Una vez obtenidas las respuestas de la entrevista aplicada, se procedió a evaluarlas para obtener la información necesaria para lograr el objetivo.

Cabe mencionar que antes de la aplicación de cada instrumento formalmente, tuvo lugar el proceso de piloteo. El piloteo consistió en aplicar el cuestionario a un grupo menor que el grupo formal, con la intención detectar algún error de redacción que limite el entendimiento, una vez identificados los errores, se realizaron las correcciones necesarias para obtener el menor rango de error posible en la aplicación formal.

3.2.1 Instrumentos

Para recuperar la información clasificada como cuantitativa, se requirió de utilizar un instrumento. Se hizo una búsqueda para localizar alguno que permitiera conocer las causas por las que se presenta un embarazo en adolescentes sin lograrlo.

Al no encontrar ningún cuestionario validado que satisficiera las necesidades requeridas, y con base en las fuentes documentales revisadas y presentadas en el Marco Teórico se diseñó uno apoyándose en la clasificación de los autores Gisper, Hamel, Lira y Assad, Ortega y Gasset, así como de Ingham y Agggleton que consideran en ello los aspectos a) Riesgos familiares, b) Nivel socioeconómico, c) Incidentes intrafamiliares, d) Ejercicio de vida sexual activa, e) Conocimientos de métodos anticonceptivos – Deseo de ser padres y por ultimo pero no menos importante f) Nivel educativo – Relaciones sociales. El instrumento fue revisado y validado por expertos.

El cuestionario (anexo 1) consta de 32 ítems. En el primer apartado se conocen los datos generales utilizando las cinco primeras preguntas. El segundo apartado permite conocer el nivel socioeconómico y educativo de los padres, de la 6 a la 11

tratan la convivencia intrafamiliar, de la 12 a la 23 hablan sobre sus parejas y métodos anticonceptivos. En las restantes se mencionan sus actividades cotidianas y amistades. El tipo de preguntas que se emplearon fueron cerradas -dicotómicas y pluricotómicas-, abiertas y mixtas.

Para recuperar la información clasificada como cualitativa, se requirió de utilizar un instrumento. Se hizo una búsqueda para localizar alguno que permitiera describir las consecuencias sociales de la maternidad adolescente sin lograrlo.

Al no encontrar ninguna entrevista validada que satisficiera las necesidades requeridas, y con base en las fuentes documentales revisadas y presentadas en el Marco Teórico se diseñó una apoyándose en la clasificación de los autores Hays e Ibarra que consideran en ello los aspectos a) Significado de la maternidad y b) Cambios sociales y de relaciones. El instrumento fue revisado y validado por expertos.

Entrevista a semi-profundidad: consta de 20 ítems. El primer apartado es de datos generales, el segundo apartado permite conocer el significado de la maternidad desde el punto de vista de la adolescente participante, de la 2 a la 20 las preguntas tratan sobre las relaciones y actividades sociales que realiza la madre.

3.3 Aspectos éticos de la investigación

El termino investigación denota una actividad designada a comprobar una hipótesis, que permite sacar conclusiones, y como consecuencia contribuya a obtener un conocimiento generalizable; se describe generalmente en un protocolo formal que presenta un objetivo y un conjunto de procedimientos diseñados para alcanzar este objetivo. En toda investigación deberá someterse a revisión para la protección de los sujetos humanos con base a tres principios éticos relevantes que son:

- 2 Respeto a las personas: los individuos deben ser tratados como agentes autónomos y tienen derecho a ser protegidos de cualquier daño. La participación debe ser voluntariamente proporcionando la información adecuada.
- 3 Beneficencia: no causar ningún daño y maximizar los beneficios posibles así como disminuir los posibles daños.

- 4 Justicia: los iguales deben ser tratados con igualdad; a cada persona una parte igual, a cada persona según su necesidad individual, a cada persona según su propio esfuerzo, a cada persona según su contribución a la sociedad y a cada persona según su mérito.

La aplicación de los principios generales que se debe seguir en la investigación conlleva a la consideración de requerimientos como:

- Consentimiento informado: El respeto a las personas exige que se dé a los sujetos, en la medida de sus capacidades, la oportunidad de escoger lo que les pueda ocurrir o no. Se ofrece esta oportunidad cuando se satisfacen los criterios adecuados a los que el consentimiento informado debe ajustarse. Debe constar de tres elementos; información completa y clara, comprensión y voluntariedad (Informe Belmont, 1979).

Según la Ley General de Salud en el Título Quinto (Investigación para la salud)
Capítulo único

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

En cumplimiento a la anterior normatividad, se diseñó el Consentimiento Información por escrito (anexo 3).

3.4 Limitantes de la investigación

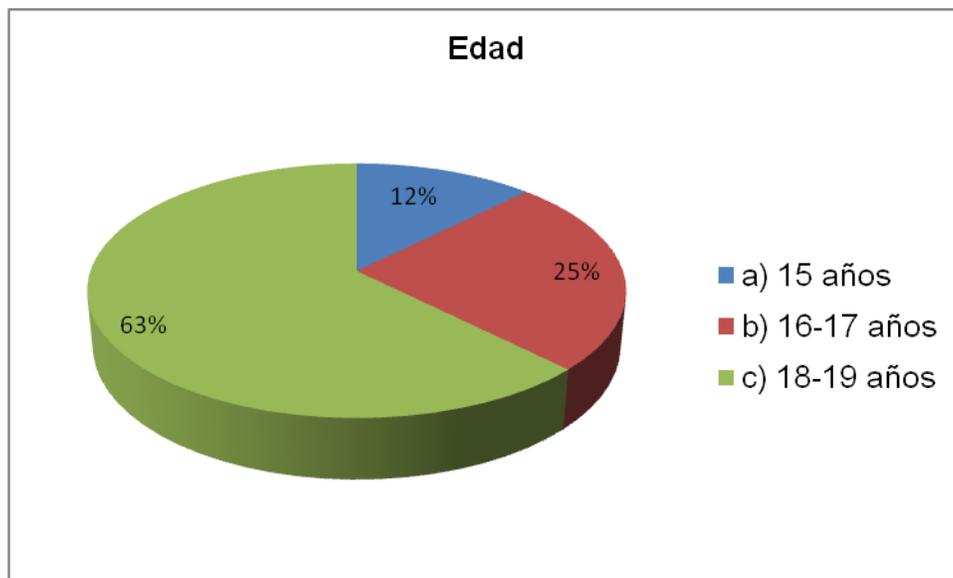
La presente investigación tuvo diferentes limitantes ya que debido al corto tiempo que se tenía para aplicar los instrumentos requeridos, la muestra esta conformada por un grupo reducido de participantes pues solo 8 adolescentes respondieron el cuestionario y se consiguó realizar solo una entrevista lo que deja abierta la posibilidad a seguir con la investigación para acrecentar las aportaciones.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se muestran los resultados obtenidos así como su análisis. Primero se muestran los datos generales de la muestra y después se presentan los resultados de acuerdo a los objetivos específicos planteados.

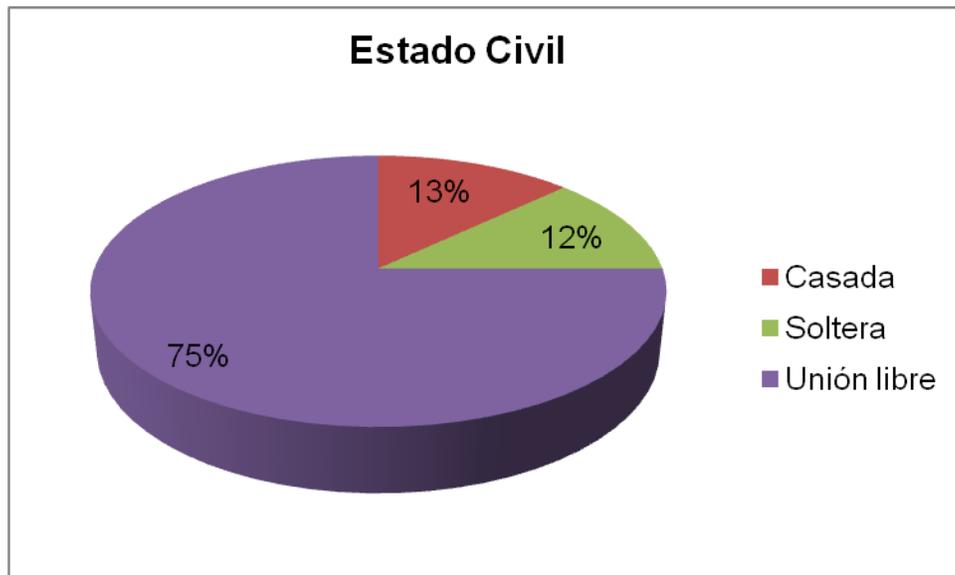
DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

Figura 1.



En la Figura 1 se obtuvo que el 63% de las encuestadas tuvieron entre 18 y 19 años, el 25% de 16 a 17 años y el 12% restante 15 años.

Figura 2



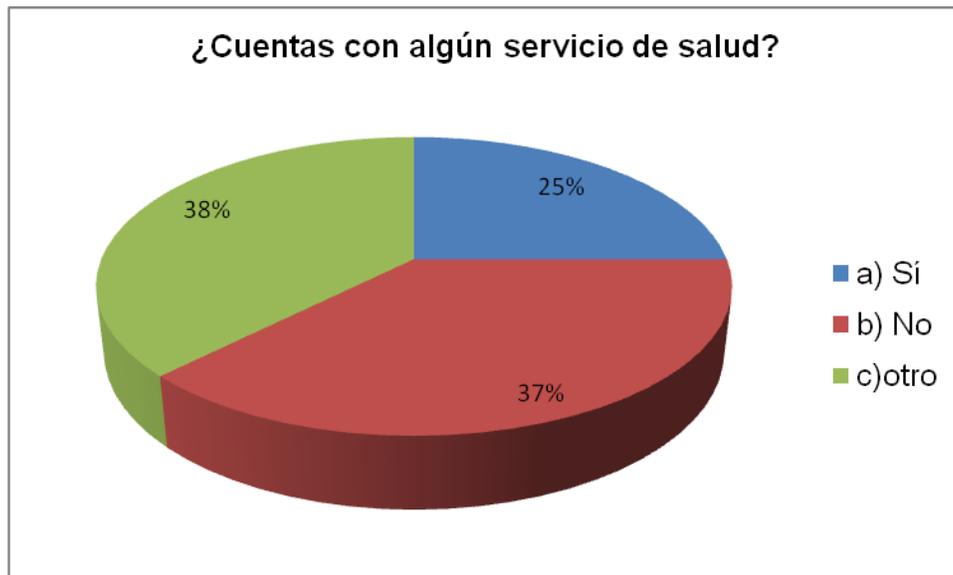
En la figura 2 se muestra que el 75% de las encuestadas viven en unión libre, el 13% son casadas y el 12% que resta son solteras.

Figura 3



En la figura 3 se muestra que el 78% de las adolescentes son amas de casa, mientras que las que estudian y trabajan tienen el 11%.

Figura 4



En la figura 4 se muestra que el 37% de las adolescentes no cuentan con un servicio de salud a diferencia del 25% que si lo tiene, un 38% cuenta con seguro popular.

4.1 Las causas que originaron un embarazo en las adolescentes.

En primer lugar se mencionan los resultados obtenidos a través del cuestionario que permiten cumplir con el primer objetivo, identificar *las causas que originaron un embarazo en las adolescentes.*

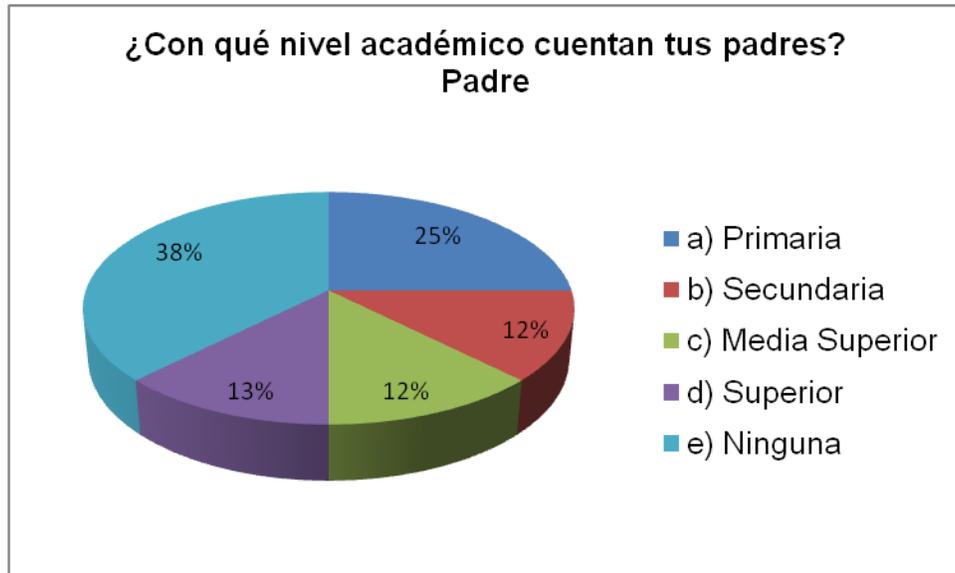
a) Riesgos Familiares

Figura 5



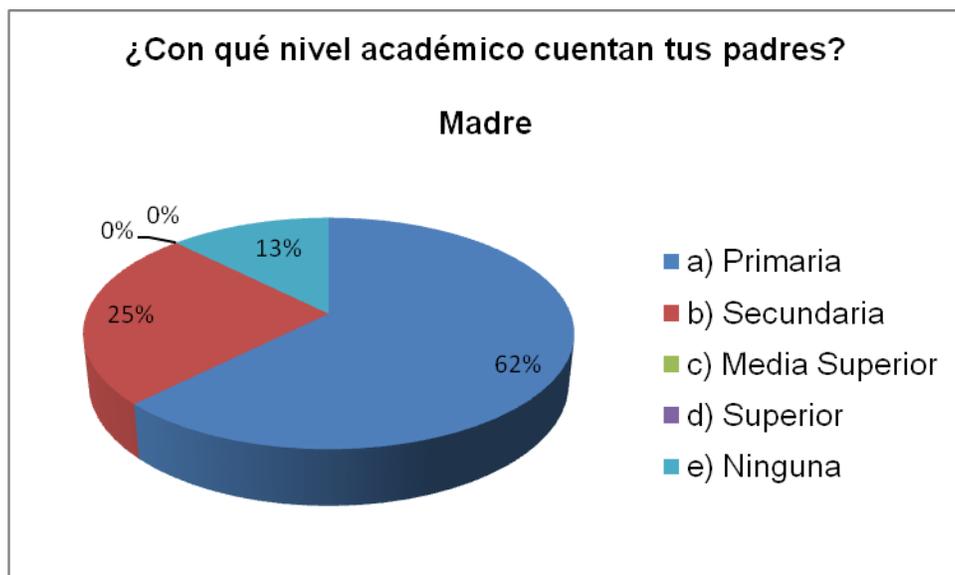
En la figura 5 se muestra que dentro de los resultados que arrojó el cuestionario se puede observar que el porcentaje mayor pertenece al rubro de 18-19 años con el 38% seguido por el 25% que presentan los rubros de 16-18 años y 20 años o más dejando en último lugar la opción de menos de 15 años con el 12%. Según lo obtenido, la mayoría de las madres de las adolescentes tuvieron su primer embarazo desde antes de los 15 años hasta los 19 años, edades en las que aún eran adolescentes. Dichos resultados se comparan con la teoría de Hamel, Ahued, Lira y Assad (en León et al, 2008) en la que señalan que también existen riesgos familiares para presentar un embarazo precoz, dentro de los cuales tienen lugar los antecedentes de madre embarazada en la adolescencia con lo que coinciden ampliamente los resultados examinados.

Figura 6



En la figura 6 se muestra el padre de las adolescentes cuenta con un nivel académico de secundaria y media superior con un 12%, un 13% superior, 25% con primaria y un 38% no cuenta con ninguna de estas.

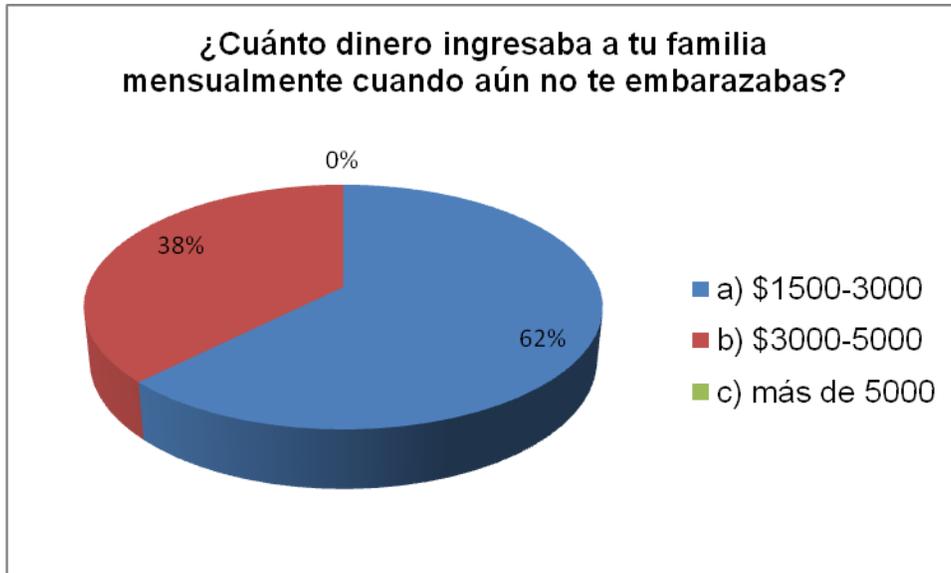
Figura 7



En la figura 7 se muestra que mientras la madre cuenta con la secundaria 25%, un 62% la primaria y 13% ninguna. Es notable que la mayoría de los padres, hablando tanto del padre como de la madre, cuentan con un nivel académico bajo o bien nulo dejando de lado el nivel medio superior y superior siendo la minoría. Para Hamel et al., (en León et al, 2008) la baja escolaridad de los padres es un factor de riesgo familiar para que las adolescentes presenten un embarazo precoz, lo que coincide con los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas.

b) Nivel Socioeconómico

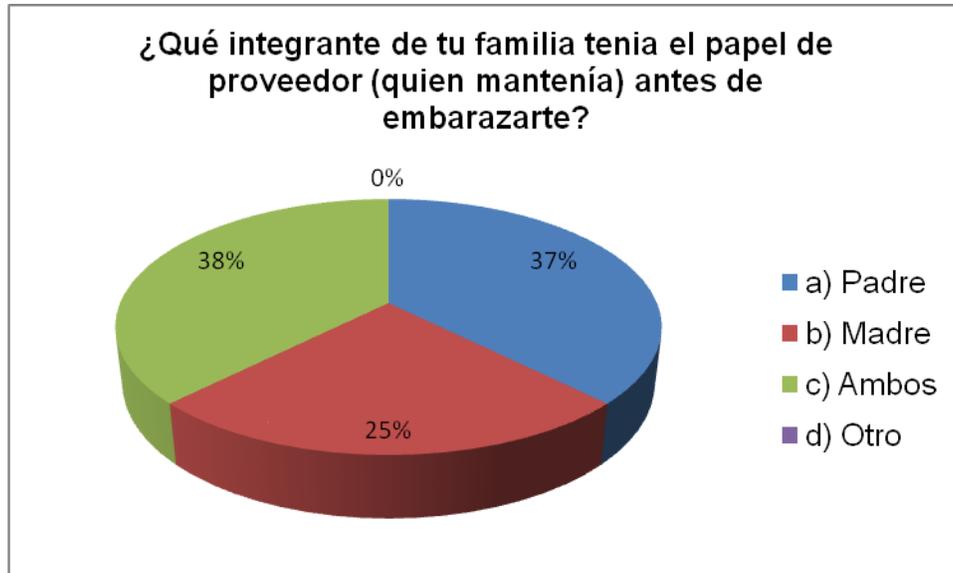
Figura 8



En la figura 8 se muestra que los resultados demostraron que el ingreso de \$1500-3000 obtuvo un 62%, el de \$3000-5000 un 38% eliminando la opción de más de \$5000. La división del porcentaje que se consiguió en las graficas deja a la cabeza el rubro con menores ingresos (opción a) lo que permite divisar que las adolescentes pertenecían a familias con un ingreso económico mensual bajo. Hamel, Ahued, Lira y Assad (en León et al, 2008) al igual que Ortega y Gasset (en UNFPA, 2008) coinciden en que el nivel socioeconómico y la situación económica de los padres fungen como factores para presentar un embarazo precoz, entre menos ingreso se tenga más posibilidades de embarazo tienen las adolescentes, dicha teoría puede reafirmarse con lo que se puede observar en la gráfica, en la que coinciden los resultados obtenidos con las teorías expuestas.

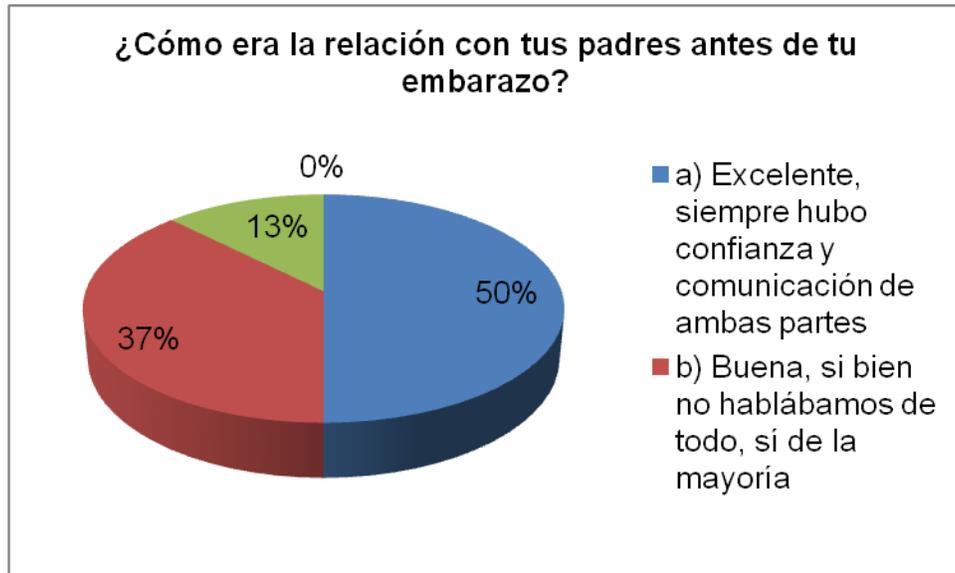
c) Incidentes Intrafamiliares

Figura 9



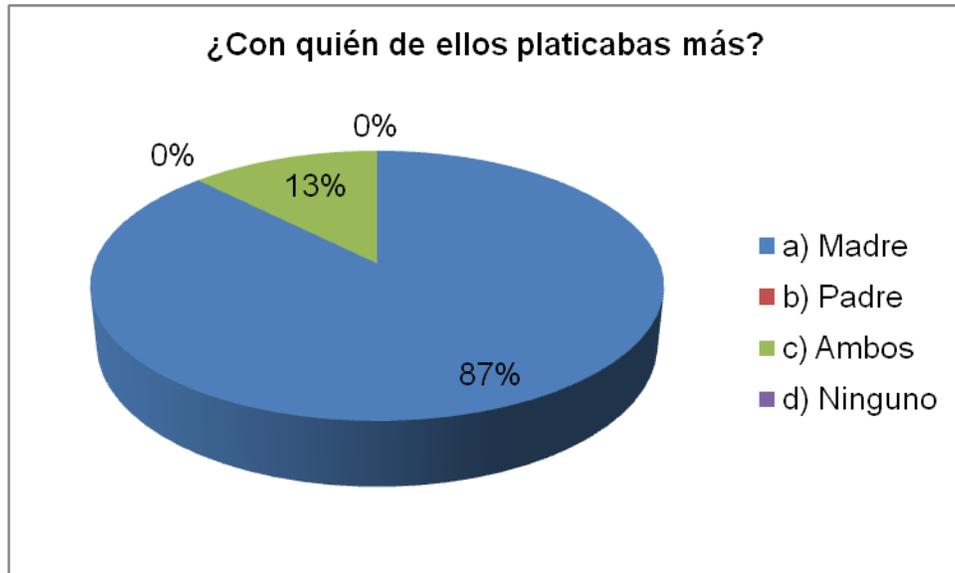
En la figura 9 según los resultados expulsados por el cuestionario un 37 % corresponde a que el rol de proveedor le pertenece al padre mientras por otro lado solo el 25% indica que este rol le pertenece a la madre, sin embargo, el 38% restante indicó que tanto la madre como el padre llevan a cabo esta actividad. Con lo obtenido de los cuestionarios aplicados, permite observar que la madre se encuentra ausente del hogar ya sea por jugar el rol de proveedor o bien contribuyendo a la economía familiar. Comparando dichos resultados con la teoría de Gispert (2004), en la cual se expone como determinate en el rubro de incidentes intrafamiliares, que la madre funcione como la cabeza de familia lo cual indica una usencia de este miembro en el hogar, se puede observar que si concurren uno con otro.

Figura 10



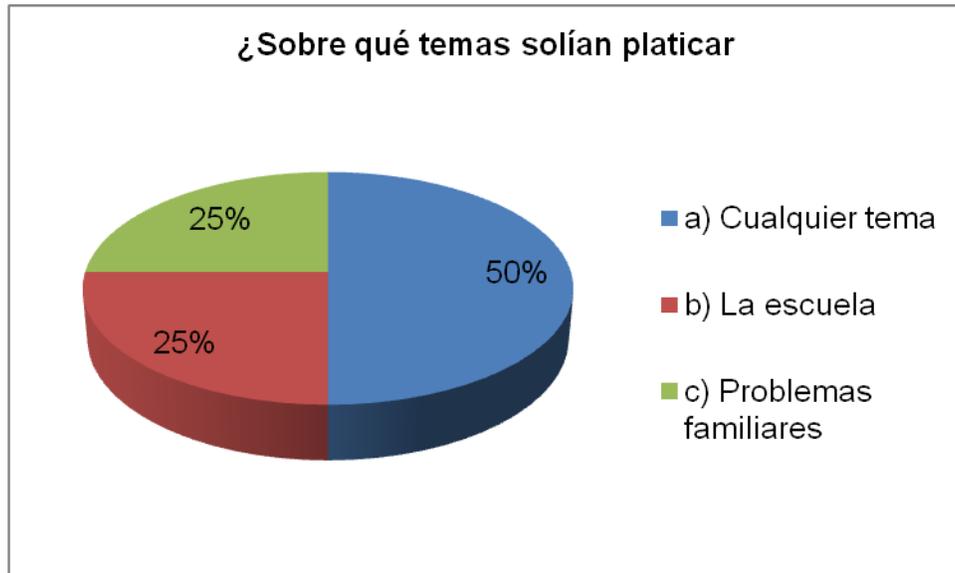
En la figura 10 se muestra que como producto de las encuestas se cuenta con que el 50% contestó que mantuvo una relación excelente con sus padres antes del embarazo, siempre hubo confianza y comunicación de ambas partes, un 37% dijo que la relación era buena, si bien no hablaban de todo sí de la mayoría mientras que solo el 13% indicó que la relación era regular, no hablaban de nada, descartando así la opción de mala. La mitad de las adolescentes externaron que mantenían una relación excelente con sus padres contando tanto con comunicación como con confianza, un porcentaje alto dijo que la relación era buena reflejando que las adolescentes si hablaban con sus padres antes de su embarazo lo que les permitían la cercanía con los progenitores. Dando seguimiento a la teoría de Gispert (2004) con el rubro de incidentes intrafamiliares, señala que la falta de comunicación, especialmente con padres, discusiones entre los miembros de la familia, ambiente hostil, distanciamiento o enemistad con los progenitores, principalmente con la madre pertenecen también a los factores de riesgo. Comparando esta teoría con los resultados arrojados se puede notar que no existe coincidencia alguna entre ellos.

Figura 11



En la figura 11 se muestra que las adolescentes mencionaron que con quien más platicaban antes de su embarazo era con la madre presentando en esta opción el 87% dejando de lado la opción de ambos con un 13% y eliminado las opciones de padre y ninguno. Dentro de lo expresado por las adolescentes y la relación con sus progenitores, revelaron, en su mayoría, que mantenían una mejor comunicación con la madre a diferencia de la relación con el padre, que presenta una cavidad solo en la opción de ambos. Gispert, (2004), menciona como factor de riesgo para presentar un embarazo precoz la relación que mantiene la adolescente con sus padres, haciendo hincapié en la comunicación que se ostenta con la madre lo cual comparado con los resultados obtenidos, permite ultimar que dicho supuesto no es del todo fiable ya que no existe una coincidencia entre ellos.

Figura 12



En la figura 12, reafirmando la teoría y resultados de la figura 11 y siguiendo con la teoría de Gispert (2004) sobre la relación entre las adolescentes con sus progenitores, podemos percibir que las adolescentes si platicaban con sus padres, un 50% mencionan que hablaban sobre cualquier tema, el 50% restante se divide, 25% y 25%, entre la escuela y problemas familiares respectivamente.

Figura 13



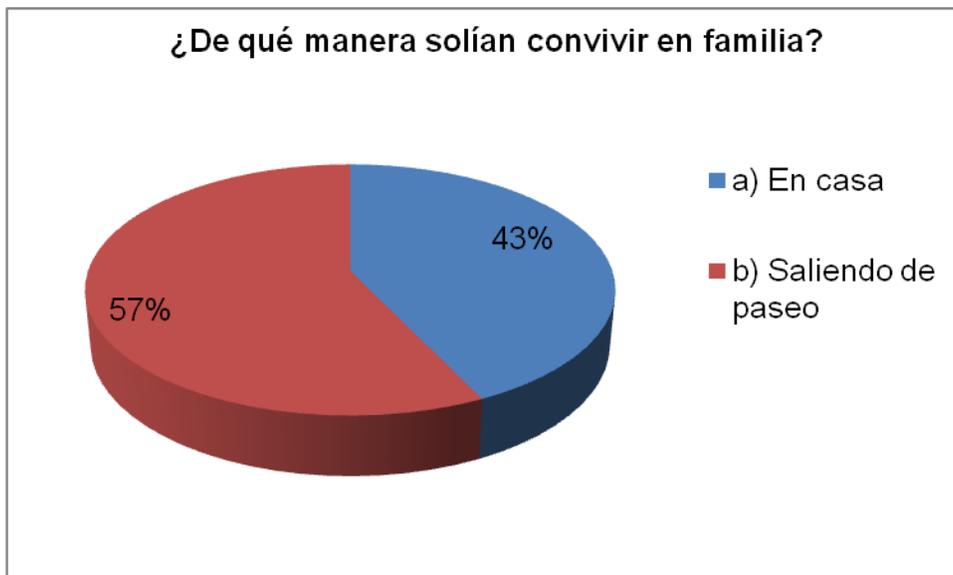
La figura 13 es importante mencionar que las adolescentes, dentro de esta confianza y comunicación que dicen tener con sus padres, no tratan temas sobre sexualidad (75%) lo cual sí tiene relevancia ya que el embarazo precoz tiene cavidad dentro de dichos temas, recordemos que Gispert, (2004), menciona como factor de riesgo para presentar un embarazo precoz la relación que mantiene la adolescente con sus padres, haciendo hincapié en la comunicación que se ostenta con la madre; dada la respuesta de las adolescentes en esta pregunta, los resultados si coinciden con la teoría ya que las jóvenes no tienen comunicación sobre sexualidad con sus padres.

Figura 14



En la figura 14 se muestra que dentro de las causas que las adolescentes dan para no tratar sobre estos temas es que a sus padres les da pena (50%) y la falta de interés que ellas muestran (50%).

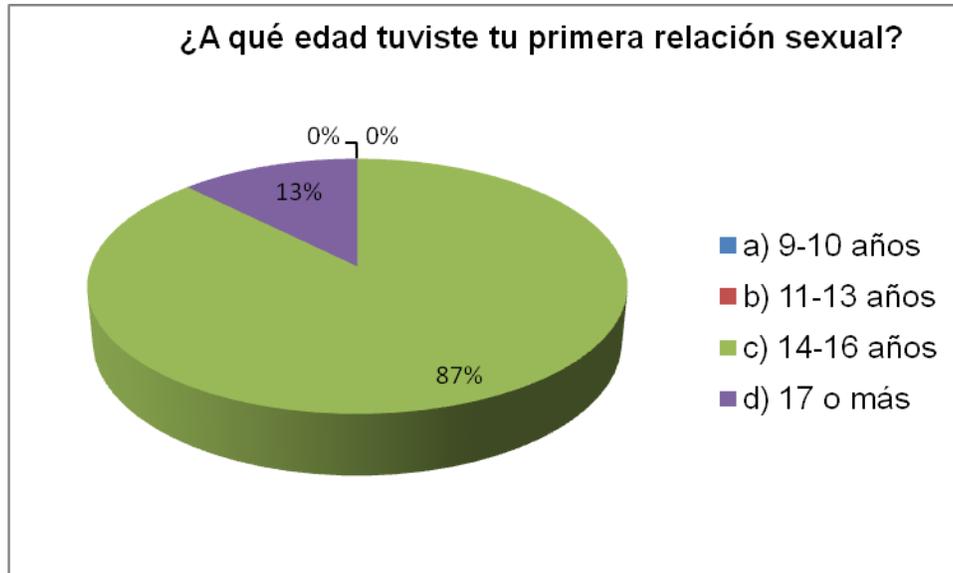
Figura 15



En la figura 15 los resultados dejan ver que el 43% de las adolescentes encuestadas convivían con sus familias estando en casa, el 57% restante menciona que lo hacían saliendo de paseo, lo que reafirma, al igual que los resultados de las preguntas anteriores, que la convivencia con la familia si bien es un factor detonante para el embarazo precoz, no es un factor trascendental. Ya se ha mencionado y evaluado la relación con los padres, por lo que es importante mencionar que la convivencia si se generaba, algo mencionado en la teoría de Gispert (2004) como factor de riesgo si no se realiza, algunas respuestas no coinciden con la teoría ya que las adolescentes mencionaron que si lo llevaban a cabo sin embargo, por otro lado sí se hacen coincidir ya que falta comunicación sobre temas que competen el embarazo en adolescentes sus causas, consecuencias y prevención.

d) Ejercicio de vida sexual activa

Figura 16



En la figura 16 se observa que un 13% de las adolescentes iniciaron su vida sexual activa de los 17 años en adelante en contraparte a un 87% que mencionan que la iniciaron entre los 14 y 16 años, eliminando las edades de 9 a 13 años. Las edades 14-16 años son edades tempranas para que las adolescentes inicien su vida sexual activa sin embargo, reflejado en las graficas, son las que tienen mayor reincidencia es decir, son las edades más comunes en las que las adolescentes inician su vida sexual activa; al respecto Hamel, Ahued, Lira y Assad (en León et al, 2008) mencionan que la edad a la que se tiene la primera relación sexual, influye para presentar un embarazo o no. Entre más temprana sea la edad de inicio de actividad sexual, crece la posibilidad de un embarazo en la adolescencia, lo que deja ver que lo que mencionan los autores coincide correctamente con los resultados analizados.

Figura 17



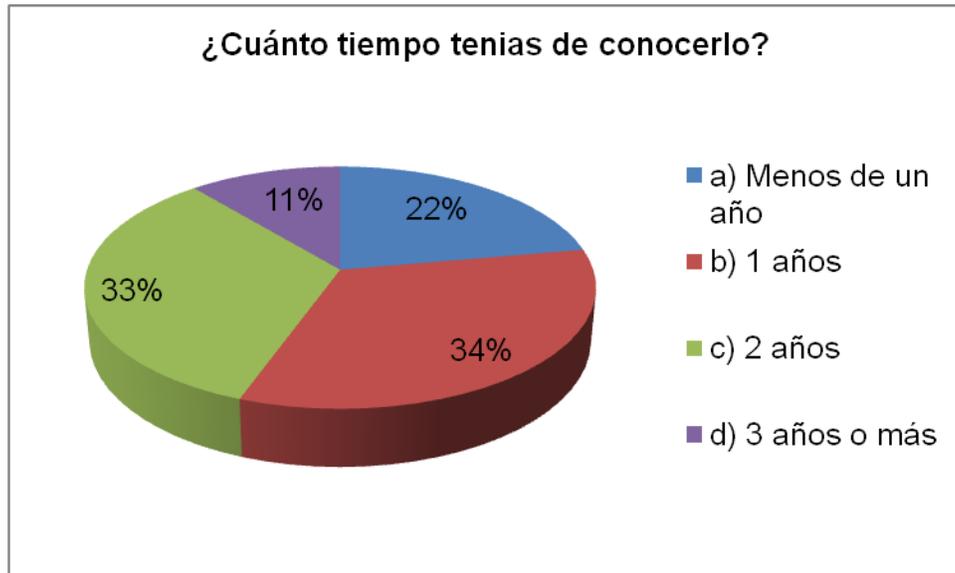
En la figura 17 se puede observar que el 100% de las adolescentes solo han tenido 1-2 parejas sexuales descartando por completo las demás opciones. Es unánime el porcentaje de las adolescentes que mantuvieron relaciones sexuales con una y/o dos parejas (100%) lo que permite ver que no existe promiscuidad. Continuando con Gispert (2004), habla de los determinantes en cuanto a estilos de vida pronunciando el ejercicio de la vida sexual activa por lo que es importante la pregunta sobre la cantidad de parejas sexuales. Comparando los resultados con la teoría, se percibe que existe una contradicción entre las palabras del autor con la de las adolescentes ya que él menciona que un factor al embarazo precoz es contar con un extenso número de parejas sexuales observando por medio de los resultados que esto no fue necesario para presentar uno.

Figura 18



La figura 18 muestra que las adolescentes insistieron en que se embarazaron de su única pareja, su novio, adquiriendo esta respuesta un 100%. Al quedar embarazadas de su única pareja, su novio, corroboran con que en su vida sexual no existía la promiscuidad. Según Gispert (2004) dentro de los determinantes en cuanto a estilos de vida pronunciando el ejercicio de la vida sexual activa es mencionada la promiscuidad como factor desencadenante para presentar un embarazo precoz, sin embargo, comparado con los resultados ésta teoría es totalmente contradictoria ya que a pesar de que las adolescentes tenían solo una pareja presentaron un embarazo no planeado.

Figura 19



En la figura 19 las adolescentes expresaron que, la mayoría, tenían aproximadamente de 1 a 2 años de conocer al padre de su hijo (34%), un 22 tenían menos de 1 año y sólo el 11% tenían 3 años o más. En realidad es poco el tiempo que la mayoría de las adolescentes tenían de conocer a su pareja en el momento que ocurrió el embarazo.

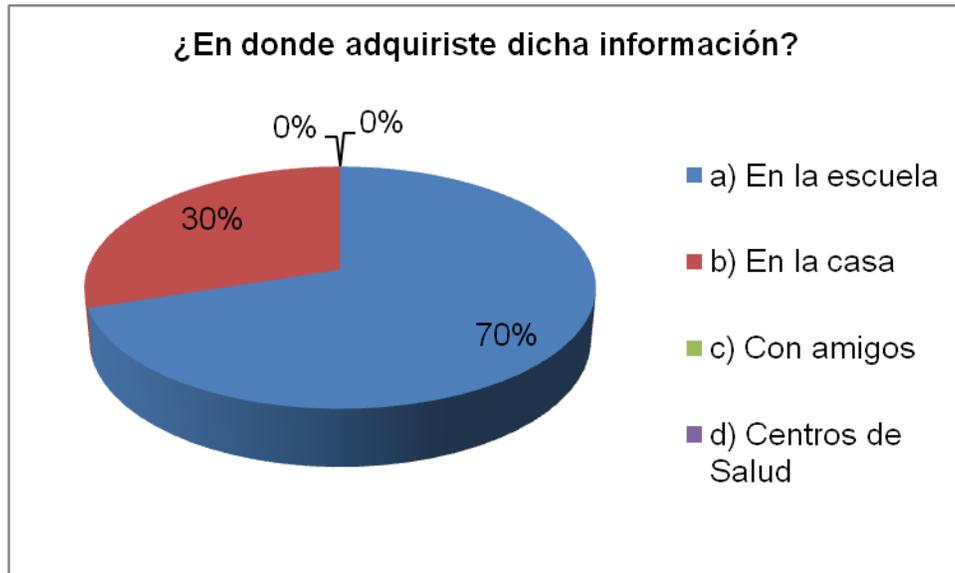
e) Conocimiento de métodos anticonceptivos – deseos de ser padres

Figura 20



La figura 20 muestra que mientras los resultados emanados por la presente encuesta, que mencionan que el 100% de las adolescentes dijeron que sí conocían los diferentes métodos anticonceptivos y su uso correcto, para los autores Ingham y Aggleton (en Lauglo, 2008) comentan que un 45% de los embarazos en adolescentes se presentan por el mal uso o ausencia de información sobre métodos anticonceptivos, dicha comparación no cuenta con absolutamente ninguna concordancia siendo contradictorias por un alto porcentaje de diferencia. Es un alto porcentaje de adolescentes las que indican que sí contaban con información sobre métodos anticonceptivos y el uso correcto de éstos, sin embargo es importante mencionar que al momento de responder, las adolescentes mencionan que sí cuentan con información sobre método anticonceptivos, pero dudan sobre si saben su uso correcto, lo que sí hace coincidir la teoría con los resultados; les falta tener información más amplia sobre el uso de estos.

Figura 21



La figura 21 muestra que en la encuesta realizada el 70% de las adolescentes adquirió ésta información en la escuela dejando de lado los centros de salud, los amigos y, más importante, los padres los cuales obtuvieron un 30% solamente. La información que emana la presente pregunta y sus resultados, permite reafirmar la falta de comunicación sobre temas de sexualidad entre los progenitores y las adolescentes ya que información sobre éste tema, lo adquieren principalmente en la escuela. Así como es importante el conocimiento sobre métodos anticonceptivos, para Ingham y Aggleton (en Lauglo, 2008) es de relevancia de donde los adolescentes están obteniendo esta información. En su teoría, estos autores mencionan que la mejor fuente para los temas sexuales deberían ser los padres sin embargo, confrontando los resultados con lo expuesto, se puede distinguir que no se logra la expectativa.

Figura 22



En la figura 22 muestra que dentro de los resultados obtenidos para la presente pregunta se puede observar que un 87% de las adolescentes respondieron que no pensaron quedar embarazadas aun teniendo una vida sexual activa el 13% restante estaba consiente de las consecuencias que estos actos podían tener sin embargo es la minoría. La mayoría de las adolescentes aún estando consientes de el acto que realizan al tener relaciones sexuales, no son del todo consientes de las consecuencias que éste tipo de actos pude traer a su vida, por ejemplo un embarazo no deseado. Hamel, Ahued, Lira y Assad (en León et al, 2008) mencionan que las adolescentes suelen presentar ideas de omnipotencia por lo que regularmente piensan que a ellos nada les podría pasar de ahí la pregunta presentada que, comparándola con la teoría permite confirmar lo dicho por los autores.

Figura 23



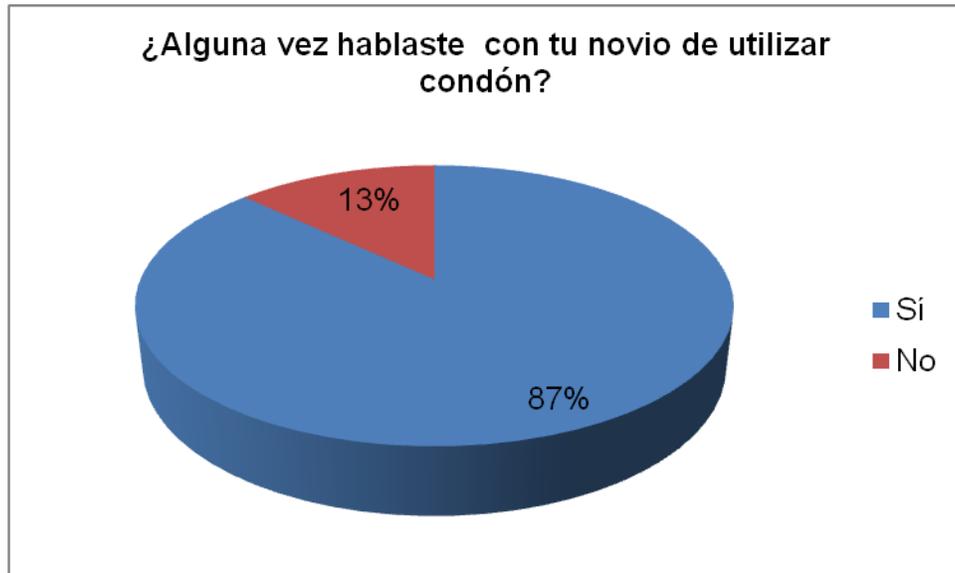
En la figura 23 se muestra que como resultado se obtuvo que un 62% de las adolescentes si utilizaron condón o algún otro método anticonceptivo mientras que un 38% dijo que no lo había hecho. Según Hamel, Ahued, Lira y Assad (en León et al, 2008) dentro de los factores de riesgo individuales para presentar un embarazo precoz, se encuentra la poca habilidad de planificación familiar que tienen las adolescentes lo que se puede comprobar, así como reafirmando repuestas anteriores sobre el conocimiento del uso correcto de los métodos, con los resultados adquiridos corroborando la teoría.

Figura 24



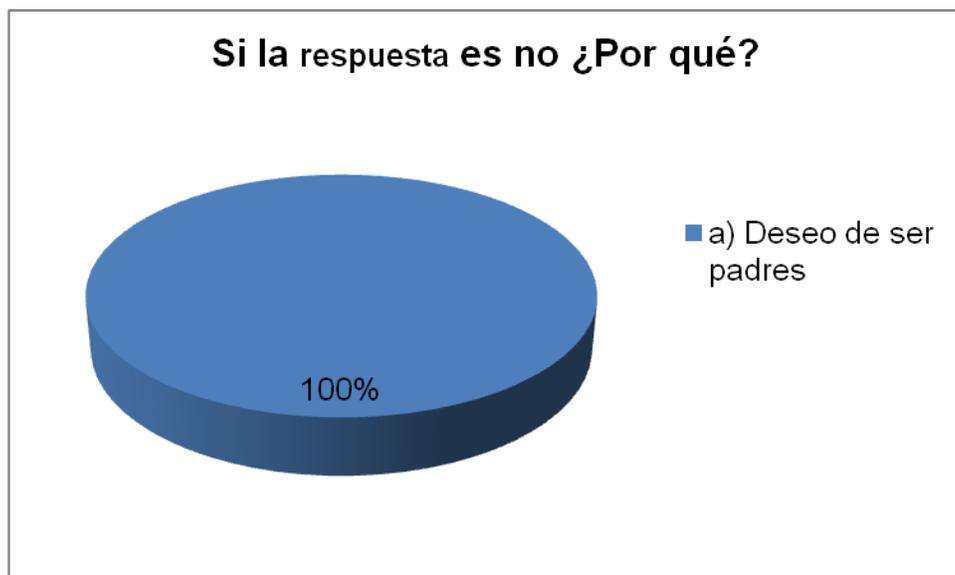
La figura 24 muestra que la siguiente pregunta es muy importante ya que permite ver el porque las adolescentes no utilizan algún método anticonceptivo, un 33% menciona que por ideas de omnipotencia, 33% por irresponsabilidad y el 34% por deseos de ser padres. Es interesante ver que, aún por poca diferencia, el porcentaje mayor corresponde al deseo de ser padres. Gispert (2004) menciona que otro factor de riesgo es el deseo de embarazo cual se mencionan diferentes rubros para desearlo como: Para tener algo propio que amar, como prueba de haber sido amada y para identificarse con la madre, hermanos o parientes lo que corresponde correctamente a los resultados arrojados.

Figura 25



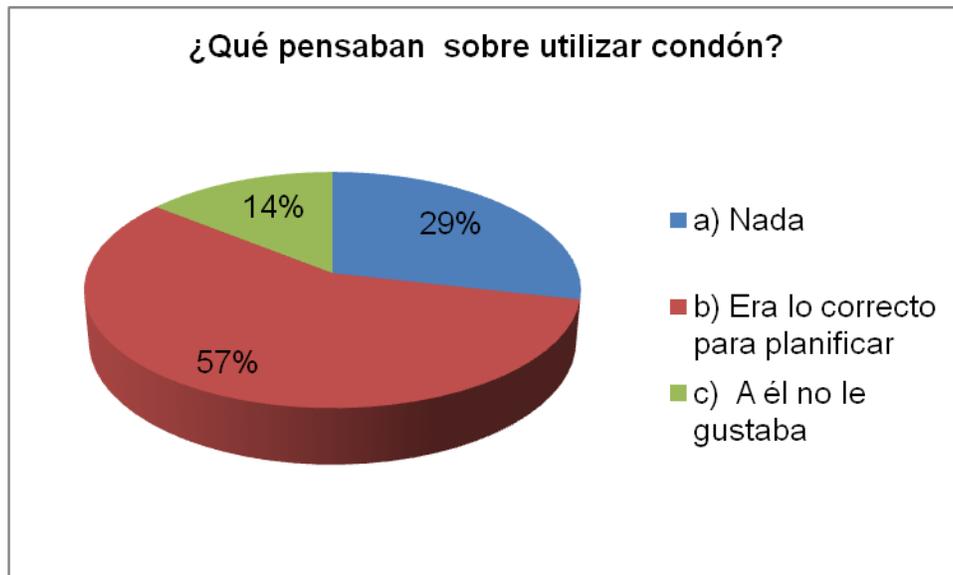
La figura 25 muestra que un 87% de las adolescentes mencionaron que sí platicaron con sus parejas sobre el uso del preservativo el otro 13% menciona que no. Con estos resultados se comprueban las respuestas de la pregunta anterior.

Figura 26



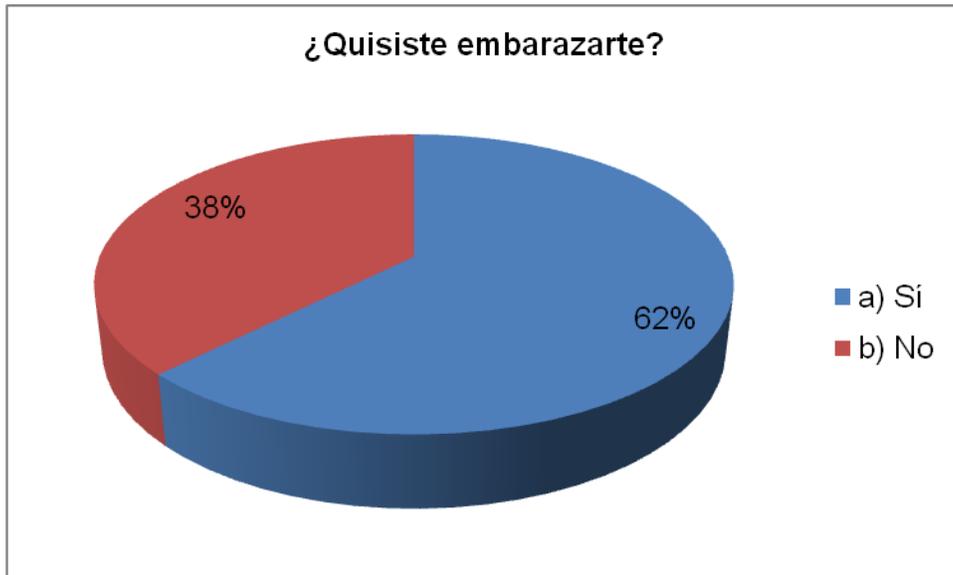
La figura 26 muestra que el 100% de las adolescentes menciona que no platicó con su pareja sobre el uso métodos anticonceptivos debido al deseo de ser padres lo que es asertivo con la teoría expuesta por Gispert (2004) sobre el deseo de embarazo.

Figura 27



La figura 27 muestra que dentro de la irresponsabilidad y la falta de habilidad para planificar una familia expuesto por Hamel, Ahued, Lira y Assad (en León et al, 2008) se encuentra que el 57% de las adolescentes pensaban que utilizar condón era lo correcto para planificar, 29% simplemente no pensaba nada y el 14% menciona que a su pareja no le agradaba, por lo que son congruentes los resultados con la teoría.

Figura 28



En la figura 28 siguiendo con la teoría de Gispert (2004) sobre el deseo de embarazo, podemos observar que un 62% de las adolescentes si deseaban embarazarse en contraparte del 38% que no fue así.

f) Nivel educativo – relaciones sociales

Figura 29



En la figura 29 muestra que en la encuesta aquí presentada el 87% de las adolescentes si estudiaban antes de embarazarse siendo este el mayor porcentaje en comparación al 13% que no lo hacía. Es notorio que el estudiar no fue aliciente para evitar un embarazo no planificado, las adolescentes a pesar de estar estudiando mantenían relaciones sexuales sin pensar en las consecuencias que podría ocasionar. Según las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS) que realiza Profamilia (2005) con relación al nivel educativo, la presencia de embarazos en adolescentes sin educación es hasta el 52.6 %; por su parte, el porcentaje de mujeres que tuvieron acceso a la educación superior y resultaron embarazadas bajó hasta un 9 % (Ortega y Gasset en UNFPA, 2008). Estos resultados muestran todo lo contrario a los resultados que se obtuvieron contradiciendo totalmente lo mostrado.

El que la adolescente se encuentre estudiando no es de gran influencia para detenerla a presentar un embarazo en esta etapa de su vida concluyendo que el estudiar no influye para no presentar un embarazo precoz.

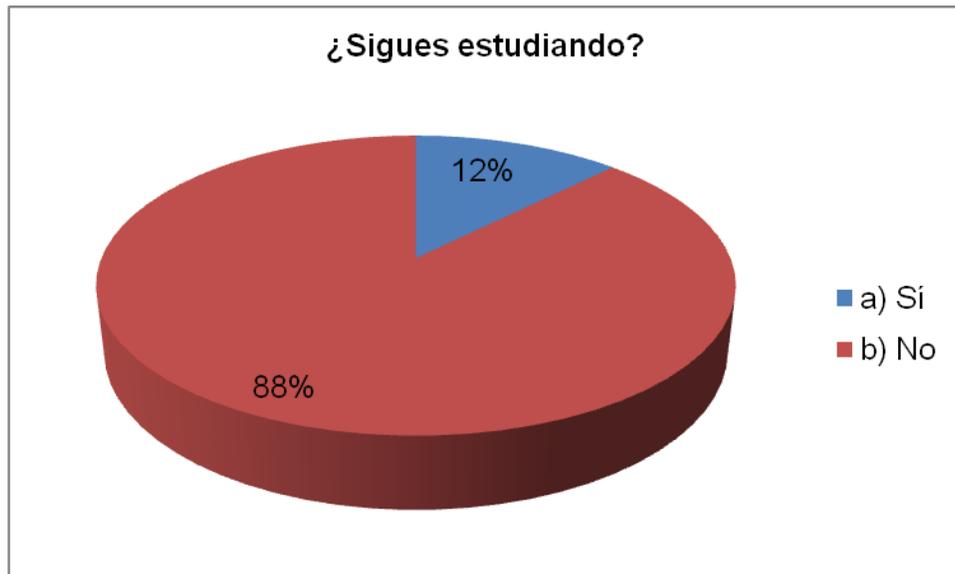
Figura 30



La figura 30 muestra que la falta de interés de las adolescentes para estudiar, que obtuvo un 100% según lo expuesto por ellas mismas, es influyente para que presenten un embarazo precoz, los resultados corroboran la teoría de Hamel, Ahued, Lira y Assad

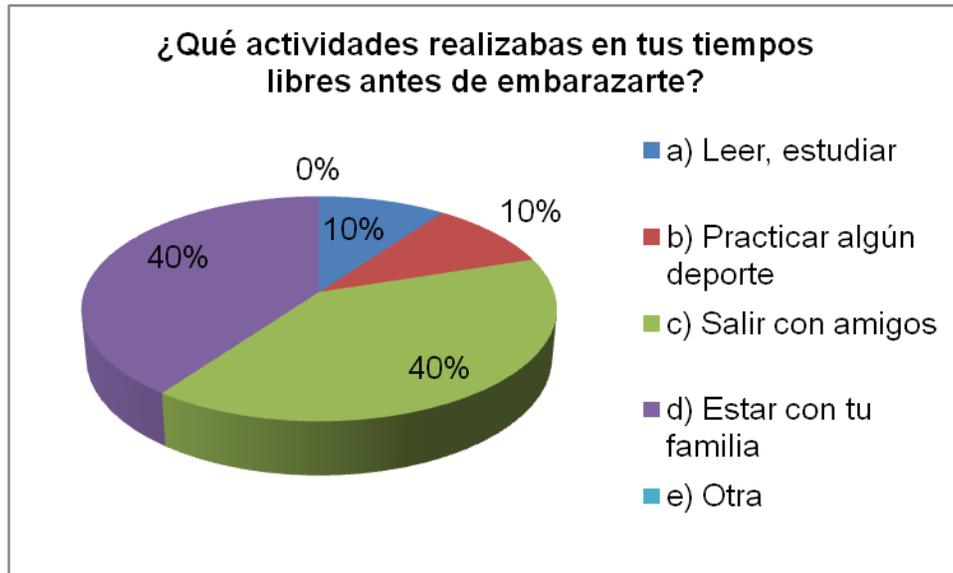
(en León et al, 2008) sobre los factores de riesgo individuales en los que tiene lugar el bajo nivel de aspiraciones educativas de las adolescentes.

Figura 31



En la figura 31 siguiendo con los bajos niveles de aspiraciones académicas expuestas por Hamel, Ahued, Lira y Assad (en León et al, 2008) se observa que un 88% de las adolescentes, después de enterarse de su embarazo, no estudian mientras que sólo el 12% sí lo hace.

Figura 32



En la figura 32 los resultados indican que el 40% de las encuestadas, en sus tiempo libres salían con sus amigos, 40% pasaban tiempo con sus familias, 10% practicaba algún deporte y 10% leía o estudiaba lo que significa que sí realizaban una actividad de distracción. Es verdad, según las propias declaraciones de las adolescentes, que mantenían relaciones sociales que les permitían realizar actividades recreativas principalmente salir con amigos incluyendo su pareja, es importante detectar que el salir con amigos esta muy por encima de las demás opciones así como el pasar tiempo con su familia, como leer, estudiar, practicar algún deporte, etc.,. Gispert (2004) alude que cuando una adolescente no es participante en alguna actividad distractora como deportes, arte, canto, paseos, excursiones, etc. Corre más el riesgo de presentar un embarazo a temprana edad. Los resultados contradicen la teoría de Gispert ya que a pesar de que las adolescentes si practicaban actividades que las distrajeran presentaron un embarazo.

Figura 33

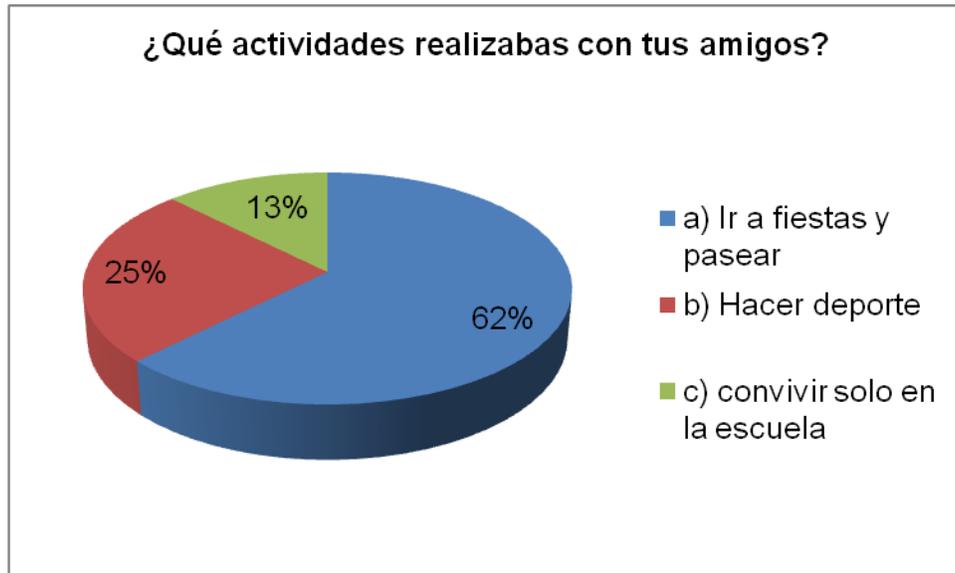
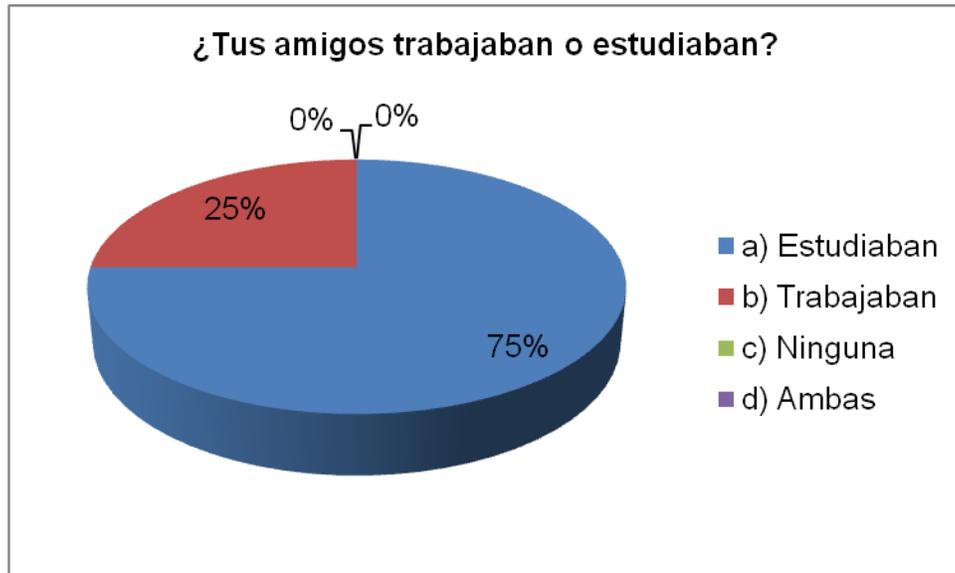


Figura 33: Dentro de las actividades distractoras que menciona Gispert (2004) las adolescentes dejaron ver que las más comunes son: asistir a fiestas y pasear (62%), hacer deporte (25%) y convivir sólo en la escuela (13%). Lo que permite corroborar que las adolescentes sí realizaban actividades distractoras reafirmando la conclusión anterior.

Figura 34



La figura 34 muestra que según las respuestas que dieron las adolescentes, se pudo clasificar que un 75% de sus amigos estudiaban y el 25% restante trabajaban. Boler y Jellema (en UNFPA, 2008) mencionan que la familia, amigos y los adultos con quienes se relacionan las personas jóvenes y la presencia de redes de apoyo social son factores que influyen significativamente en el desarrollo de adolescentes y jóvenes. En general se puede decir que adolescentes y jóvenes, al establecer relaciones significativas con padres, madres, educadores, pares y redes de apoyo social, logran desarrollar factores protectores frente a, por ejemplo, inicio temprano de la actividad sexual. Las adolescentes aun contando con pares con los que compartían gustos, distracciones, etc. presentaron embarazos no planificados.

Figura 35



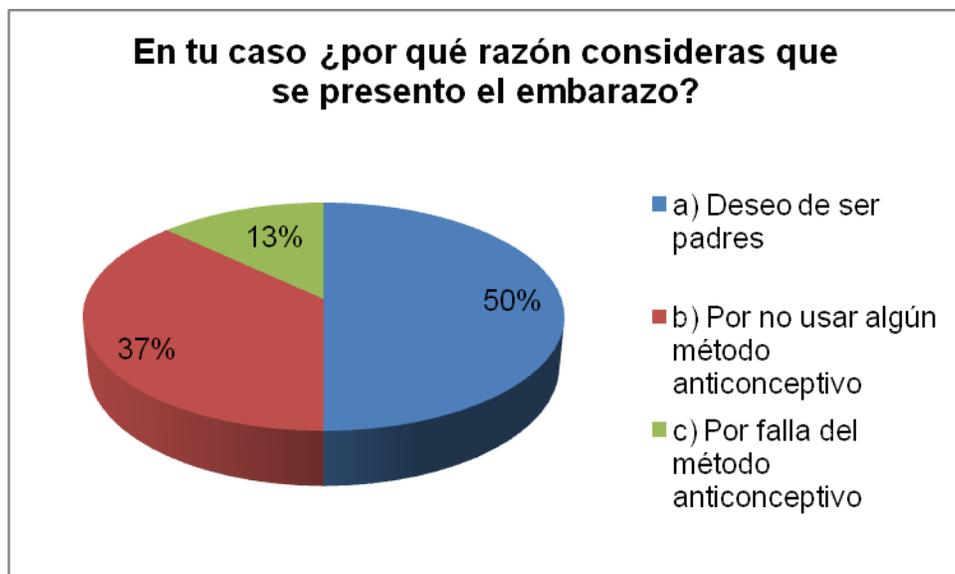
En la figura 35 para reafirmar las teorías de Gispert sobre las relaciones de amistad y la relación con los padres se expuso la siguiente pregunta de la cual se adquirió como resultado que el 67% de las adolescentes platicaban con sus padres, sin embargo, otro 22% mencionó que platicaban con sus hermanos/as dejándole tan sólo un 11% a los amigos; o sea que aún teniendo buenas relaciones con padres, amigos y otras personas existe un gran porcentaje de riesgo para presentar un embarazo precoz.

Figura 36



La figura 36 muestra que dentro de sus relaciones sociales, las adolescentes dijeron que hablaban sobre cuestiones personales (57%) y de cualquier tema (43%) reafirmando las teorías sobre las relaciones sociales con padres, amigos, hermanos/as, etc.

Figura 37



La figura 37 muestra que en general podemos observar que, según la perspectiva de las adolescentes, sus embarazos se presentaron por deseo de ser padres (50%), por no usar un método anticonceptivo (37%) y por la falla de éste (13%) corroborando todos los análisis antes mencionados.

4.2 Las consecuencias sociales que existen en la maternidad precoz.

En segundo lugar se mencionan los resultados obtenidos a través de la entrevista a semi-profundidad que permiten cumplir con el segundo objetivo, la descripción de las consecuencias sociales de la maternidad precoz. Esta entrevista se hizo a una adolescente quien fue madre a los 16 años de edad. Al momento de la entrevista tenía 18 años, es casada y se dedica al hogar, a dicha joven se le asignó el seudónimo P, 2012.

a) Significado de la maternidad

¿Para ti qué es la maternidad?

Es una etapa que considero muy bonita, hay No se que contestar, no se como expresarlo, es algo muy bonito, se siente muy bonito.

Hays (en Molina, 2006) menciona que la maternidad intensiva, requiere dedicación total, gran inversión de energía y recursos, conocimiento, capacidad de amor, vigilancia de su propio comportamiento y subordinación de los propios deseos. Es una tarea de sacrificios pero el mismo tiempo su realización es una recompensa.

b) Cambios sociales y de relaciones

¿Consideras que tu vida cambio a partir de que fuiste madre?

Sí (afirma con la cabeza sonriendo)

¿Por qué?

Por que vienen obligaciones, viene educación (ríe discretamente) y es algo que tienes que aprender.

Ibarra (2003) dice que la adolescente, en la maternidad tiene que asumir el reto de desempeñar el rol de madre, enfrentarse a una nueva situación, debe ser responsable del cuidado, atención y educación de su hijo cuando aún no ha consolidado su formación y desarrollo y atraviesa una crisis psicológica como expresión de la búsqueda de independencia, necesidad de autonomía y libertad.

¿Vives con tu pareja?

Sí

¿A partir de que momento empezaste a vivir con él?

...Del quinto mes

¿Él te apoya?

...Sí

¿Cómo?

Pues económicamente y moralmente

¿La relación con él cambio?

...Sí

¿Por qué?

Ammm, por que al tener al bebe este pues él tubo que entrar a trabajar! Y ora si que las atenciones fueron para el bebe no para mi, ya no pasa todo el tiempo conmigo porque tiene que trabajar y también cuida el bebe.

Para Ibarra (2003) otro cambio que se da en la vida de la adolescente, es la unión con sus parejas consensualmente después del parto la cual puede traer cambios positivos de acercamiento y fortalecimiento del vínculo pero también incomprensiones por parte

del hombre, no colaboración, exigencias de mayor atención personal y agresividad en la comunicación.

¿Tu familia te apoya?

Aaaaaaaamm,, sí

¿Cómo?

Pues con un lugar donde vivir y..... Moralmente

¿Cuáles son tus actividades ahora?

...Pues tengo que hacer cosas en el hogar, tengo que cuidar a mi bebe y..... a veces salgo a vender ropa.

En este caso Ibarra (2003) menciona que la maternidad es un proceso que causa impacto, también, en la familia de la adolescente; se produce un proceso de adaptación para representarse a la hija adolescente como madre, en este proceso si identifican diferentes matrices por ejemplo: La familia colabora con la madre adolescente compartiendo el rol materno. El cuidado del niño por parte de la madre adulta facilita la continuación de los estudios de la madre adolescente. Sin embargo, la joven mamá aprende a desempeñar su nueva función al responder por la atención del hijo en el hogar.

¿Consideras que tus relaciones sociales cambiaron?

....Sííí

¿De que forma?

Pues ya no salgo con mis amigos como antes y (silencio corto) pues solo eso

¿Consideras que tu familia te percibe diferente después de tu embarazo?

¡ Noo ¡ hay no yo veo que me tratan igual, con ellos nada cambio me tratan igual que siempre

¿Consideras que tus amigos o amigas te perciben diferente después de tu embarazo?

Sí, siento que ya no me hablan las mismas cosas (ríe) y que me tratan con más respeto por el bebe.

En cuanto a las relaciones sociales, Ibarra (2003) dice que la madre adolescente se siente limitada en la esfera de las relaciones sociales. Al principio se produce un acercamiento, preocupación y manifestaciones de ayuda ante este evento. Más la joven mamá no puede reciprocitar estos intercambios, su tiempo es reducido, sus intereses, sus preocupaciones cambian, el contenido de la comunicación es otro, hasta que se distancian y su mundo de relación cambia.

¿Te sientes satisfecha con todo lo que has vivido?

...Sí me siento satisfecha y, y, y pues (inaudible, ríe discretamente).

Es interesante como algunas adolescentes expresa mayor realización personal, reconocimiento social, sentirse útil y haber encontrado un lugar en su familia y la sociedad por formar su propia familia (Ibarra, 2003).

4.3 Diseño de estrategias educativas que prevengan embarazos en las adolescentes

Basándose en los resultados obtenidos a través de los instrumentos utilizados, es posible que el Licenciado en Educación para la Salud diseñe y proponga estrategias educativas que ayuden a la prevención de embarazos entre adolescentes.

De esta forma se presenta la siguiente propuesta (anexo A) que consta de un curso – taller denominado **“Mejor sexualidad, menos embarazos”** el cual esta conformado por dos sesiones educativas con una duración de 1 hora cada una nombradas “Sexualidad sin tabúes”. La propuesta está dirigida a padres y adolescentes a quienes se concientizará sobre la importancia que tiene la existencia de la confianza y comunicación mutua en todo aspecto, principalmente la sexualidad, para evitar un embarazo no planeado demostrando también el valor de las demostraciones fraternales entre ellos; y “Aspiraciones en la vida: Cambios con el embarazo” la cual esta dirigida a

adolescentes, con la que se concientizará sobre los cambios sociales que se padecen al presentar un embarazo adolescente y la importancia que tiene que cuenten con un plan de vida con grandes expectativas para prevenirlo. En el curso – taller se toman en cuenta las relaciones sociales y muestras afectuosas con las que cuenta la joven así como los pensamientos y sentimientos de los jóvenes para lograr que las estrategias que se diseñaron alcancen una mayor eficacia.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES

En este capítulo se presentan las conclusiones a las que se llegaron en la investigación, están agrupadas considerando la metodología del desarrollo de la investigación y los objetivos que se plantearon.

a) Metodología del desarrollo

Se concluye que fue posible realizar una investigación cuali-cuantitativa ya que se utilizaron el cuestionario y la entrevista como instrumentos para la recopilación de información; por medio de los cuales se logró identificar las causas que originan un embarazo en las adolescentes y describir las consecuencias sociales que tiene una maternidad precoz.

La investigación tiene un enfoque social ya que los instrumentos fueron diseñados teniendo como base determinantes sociales, estilos de vida y contexto en el que se desarrollan las adolescentes, mientras que las estrategias toman en cuenta la convivencia de las jóvenes sus sentimientos y pensamientos. El desarrollo se realizó con la secuencia y participación requerida por lo que se cumplieron satisfactoriamente los objetivos planteados

b) Objetivos planteados

1º. Identificar las causas que originaron un embarazo en las adolescentes

De acuerdo a la información recaudada en los cuestionarios se concluye que:

- Dentro de los factores que estimulan a que una adolescente presente un embarazo en esta etapa de su vida se encuentran la edad en la que inician su vida sexual activa, los antecedentes de embarazo precoz por parte de la madre, el nivel socioeconómico en el que se desarrollan el nivel de estudios con el que cuentan tanto el padre como la madre
- Todos los factores que incitan a los embarazos en adolescentes son de relevancia, sin embargo existen algunos con mayor peso, por ejemplo la ausencia de la madre en el hogar, cuando funge el papel de proveedor o bien participar en este, la falta de pláticas con temas sobre sexualidad entre padres e hijas sobre todo cuando estas son limitadas o nulas por pena o falta de interés. No se trata de tener solo buena comunicación, si no de tratar temas relevantes, principalmente sexualidad y sobre todo tener muestras fraternales para contribuir a evitar un embarazo adolescente.
- El que las adolescentes cuenten con la información adecuada sobre los diferentes métodos anticonceptivos no es suficiente ya que la mayoría de ellas no conocen su uso correcto lo que les reduce su habilidad para la planificación familiar. Es muy común la idea de omnipotencia, “a mi no me va a pasar”, en esta edad lo que también las hace vulnerables.
- La falta de plan de vida y aspiraciones personales lleva a que las adolescentes presentan deseos de ser madres acarreándolas a la irresponsabilidad ya que a pesar de que las adolescentes si platicaron con sus parejas sobre el uso de algún método anticonceptivo obtuvieron un embarazo adolescente.

2º. Describir las consecuencias sociales que existen en la maternidad precoz

De acuerdo a la información recaudada en la entrevista a semi-profundidad se concluye que:

- La vida de las adolescentes si tiene diferentes cambios a partir de convertirse en madres; cuentan con más obligaciones y la responsabilidad de educar a una persona, realizar forzosamente trabajos domésticos, mantenerse al cuidado del infante y en ocasiones realizar actividades para colaborar a la economía de la nueva familia que esta formando.
- La relación con su pareja también a sufre cambios, pasan menos tiempo juntos, a pesar de vivir como pareja, ya que él tomo el rol de proveedor y tiene que trabajar para lograrlo, la atención ahora tienen que compartirla con el bebe.
- En la relación con su familia hay permutaciones, a pesar de que el trato es igual, ahora son vistas como una madre que tiene que hacerse cargo de su niño. En cuanto a los pares (amigos/as) la percepción que tienen sobre ellas es diferente, la ven y le hablan con más respeto, su comunicación sufrió modificaciones, ya no conviven de la misma forma por falta de tiempo.
- La maternidad vista desde el punto de vista de la adolescente, es una etapa bonita difícil de describir; sumamente satisfactoria en su vida a pesar de los cambios sociales que le ha generado le deja muchas recompensas que sin duda le gustaría vivir pero en otra etapa de su vida.

3º. Diseño de estrategias educativas que prevengan embarazos en las adolescentes

Con la información obtenida se pudo proponer estrategias educativas representadas por la propuesta de un curso taller denominado **“Mejor sexualidad, menos embarazos”** el cual considera entre otros aspectos los sentimientos de las adolescentes.

Tomando en cuenta la información recolectada, la investigadora consiguió enriquecer su conocimiento sobre las causas del embarazo en adolescentes y las consecuencias

sociales que genera su maternidad, lo que permitió desde la visión del Licenciado en Educación para la Salud el diseño y propuesta de estrategias educativas que ayuden a la prevención de embarazos entre adolescentes.

Por todo lo anterior se puede afirmar que las preguntas de investigación que se plantearon ¿Cuáles son las causas por las que se presenta un embarazo adolescente?, ¿Cuáles son las consecuencias sociales que una adolescente presenta en la maternidad? ¿Qué estrategias educativas podrían colaborar a la prevención de la problemática? Se contestaron a través de los objetivos específicos, mismos que coadyuvaron a dar cumplimiento al objetivo general.

De esta forma la hipótesis planteada:

“Si se identifican las causas y consecuencias sociales del embarazo y maternidad en las adolescentes entonces se diseñarán estrategias educativas para contribuir a prevenir esta problemática de salud comunitaria.” Se acepta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Argote O. Luz Ángela, Bejarano B. Nancy Muñoz, Ruiz de Cárdenas Carmen Helena, Muñoz de Rodríguez Lucy y Vásquez T. Martha Lucía (2004). *Transitando la adolescente por el puerperio. Amenazas, peligros y acciones de protección durante la dieta*. Universidad de La Sabana, Chía, Colombia, vol. 4, No. 004, pp. 18-29
- Ávila-Agüero María Luisa (2009). *Hacia una nueva salud pública: determinantes de la salud*. Acta Médica Costarricense, vol. 51, No. 2
- Casas Torres Graciela (2008). *Educación para la Salud*. Secretaría de Salud, <http://www.salud.gob.mx/unidades/pediatrica/educasa.pdf>
- Castrillón C. Sandra (2010). *La función del embarazo en adolescentes sobre la resignificación de la sexualidad*. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 28, No 1, pp. 42-47
- Chesney Lawrence Luis. *La concientización de Paulo Freiré*. Universidad Central de Venezuela, Rhec No. 11
- Choque Larrauri Raúl (2005). *Comunicación y educación para la salud*, Lima, Peru.
- Código del niño, niña y adolescente (1999). UNICEF, Art. N° 2.
- Dahlgren Göran y Whitehead Margaret (2010). *Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población – Parte 2*, Centro colaborador de la OMS para la Investigación Política de los Determinantes Sociales de la Salud, Universidad de Liverpool
- Estadísticas Sanitarias Mundiales (2009). 1. *Indicadores de salud*. 2. *Salud mundial*. 3. *Servicios de salud – estadísticas*. 4. *Mortalidad*. 5. *Morbilidad*. 6. *Esperanza de vida*. 7. *Demografía*. 8. *Estadística*. Organización Mundial de la Salud.

- Esteban Manuel (2008). *Las estrategias de aprendizaje en el entorno de la Educación a Distancia (EaD). Consideraciones para la reflexión y estilos de aprendizaje*. Universidad de Murcia
- Freire Paulo (2007). *La Educación como práctica de la Libertad*. México, 53ª edición.
- Gispert Crulls Jorge (2004). *Prevención del embarazo no deseado*, 1ª edición, UNAM.
- Gonzáles Sáenz Yoandra, Hernández Sáez Isabel, Conde Martín Marlene, Hernández Riera Rodolfo, Brizuela Pérez Susana M. (2010). *El embarazo y sus riesgos en la adolescencia*, Archivo Medico de Camagüey, vol. 14, núm. 1, Centro Provincial de Ciencias Médicas de Camagüey Camagüey, Cuba.
- Hernández Carballido Flor Alejandra (2004). *Los fines de la educación. Educar para la sabiduría: propuesta de Alfred North Whitehead*, revista digital UNAM, vol. 5 num.1.
- Higashida Hirose Bertha (2008). *Ciencias de la Salud*, Universidad Autónoma del Estado de México, 6ª edición, pp. 174.
- <http://www.gire.org.mx/publica2/embarazoact03.pdf>
- Ibarra Mustelier Lourdes (2003). *Adolescencia y maternidad. Impacto psicológico en la mujer*. Revista Cubana de Psicología. Vol. 20 Num. 1, La Habana
- INEGI (2010).
- Lauglo Marilyn, (2008). *La salud sexual y reproductiva del joven y del adolescente*, Biblioteca OPS
- León Paula, Minassisan Matías, Borgoño Rafael, Bustamante Francisco (2008). Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, vol. 5, No. 1.
- Ley General de Salud, (2008).
- Leyva Sorribe Virginia et. al. (2002). *Algunos aspectos relacionados con el embarazo a destiempo en adolescentes*. Revista Cubana de Enfermería, vol. 18, No. 2, Ciudad de la Habana Cuba.

- Llanes Rodríguez Alberto A., Quevedo Arnaiz Nurys V., Ferrer Herrera Ismael, de la Paz Carmona Alina, Sardiñas Montes de Oca Odalys (2009). *Embarazo en la adolescencia: intervención educativa*, Archivo Médico de Camagüey, vol. 13, núm. 1.
- Dillon M. Patricia (2008). *Valoración clínica en enfermería*, 2º edición, pp.386-388
- María Luisa Ávila-Agüero (2009). *Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud*, acta médica costarricense.
- Molina Elisa María (2006). *Transformaciones históricas culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer*. Psykhe (Santiago), vol. 15, No 2. Santiago, pp. 93-103
- Núñez Urquiza Rosa María, Hernández Prado Bernardo, García Barrios Cecilia, González Dolores, Walker Dylis (2003). *Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto*, vol. 45, Cuernavaca Morelos.
- OMS, Ginebra (1998). *Promoción de la salud*, Glosario
- Pasqualini Diana, Llorens Alfredo (2010). *Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: Una mirada integral*, OPS/OMS.
- Prías y Miranda (2009). *Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal*. vol. 9, No 1, Chía, Colombia, pp. 93-105
- Quesada Miranda Mario, Romero Sánchez María del Carmen, Prieto Herrera María E., Rodríguez Delgado Carlos R. (2010). *Caracterización social del embarazo en la adolescencia*, Archivo Médico de Camagüey, vol. 14, núm. 3
- Robles Díaz Guillermo (2007). *Comisiones de Investigación y Ética*, Facultad de Medicina
- Soto Martínez Oscar, Franco Bonal Anelys, Franco Bonal Arlene, Silva Valido Jorge y Velázquez Zuñiga Gorge A. (2003). *Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad*, Revista Cubana de Medicina General Integral, versión 19, n. 6, Ciudad de La Habana.
- Stern Claudio, Guillermo Figueroa Juan (2001). *Sexualidad y salud reproductiva avances y retos para investigación*, 1º edición

- UNFPA (2008). *Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia*. 2° edición.
- Vicente_César (2003). *Embarazo Adolescente, Hoja Informativa, Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.*
- Video “¿Y si pudieras hacerlo de nuevo?” en [.http://www.youtube.com/watch?v=C_8XAAVtvcY](http://www.youtube.com/watch?v=C_8XAAVtvcY)
- Video “Es mejor cerrar las piernas” en <http://www.youtube.com/watch?v=rhY2lhWyl84>
- Winkler María Inés, P. Pérez Claudia y López Lucía *¿Embarazo deseado o no deseado?: representaciones sociales del embarazo adolescente, en adolescentes hombres y mujeres habitantes de la comuna de Talagante, región Metropolitana*. *Terapia psicológica*, diciembre, año/vol. 23, Núm. 002, Sociedad Chilena de Psicología Clínica, Santiago, Chile, pp. 19-31

ANEXOS

5.- ¿Cómo era la relación con tus padres antes de tu embarazo?

- a) Excelente, siempre hubo confianza y comunicación de ambas partes
- b) Buena, si bien no hablábamos todo, sí de la mayoría
- c) Regular, no hablamos de nada
- d) Mala, siempre discutíamos

6.- ¿Con quién de ellos platicabas más?

- a) Madre
- b) Padre
- c) Ambos
- d) Ninguno

7.- ¿Sobre que temas solían platicar?

8.- ¿Trataban temas sobre sexualidad?

- a) Sí
- b) No

9.- Si la respuesta es no. ¿Por qué?

10.- ¿De qué manera solían convivir en familia? (Da ejemplos)

11.-¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

- a) 9-10 años
- b) 11-13 años
- c) 14-16 años
- d) 17 o más

12.- ¿Cuántas parejas sexuales habías tenido antes de embarazarte?

- a) 1-2
- b) 3-4
- c) 5-6
- d) 7 o más

13.- ¿Te embarazaste de tu novio?

- a) Sí
- b) No

14.- ¿Cuánto tiempo tenías de conocerlo?

15.- ¿Conocías los diferentes métodos anticonceptivos y su uso correcto antes de embarazarte?

- a) Sí
- b) No

16.- ¿En dónde adquiriste dicha información?

- a) En la escuela
- b) En la casa
- c) Con amigos
- d) Centros de Salud

17.- ¿Pensaste en algún momento que podrías embarazarte?

- a) Sí b) No

18.- ¿Antes de embarazarte utilizaste condón o algún método anticonceptivo?

- a) Sí b) No

19.- Si la respuesta es no. ¿Por qué?

20.- ¿Alguna vez hablaste con tu novio de utilizar condón?

- a) Sí b) No

21.- Si la respuesta es no. ¿Por qué?

22.- ¿Qué pensaban sobre utilizar condón o algún método anticonceptivo?

23.- ¿Quisiste embarazarte?

- a) Sí b) No

24.- ¿Estudiabas antes de embarazarte?

- a) Sí b) No

25.- Si la respuesta es no. ¿Por qué?

26.- ¿Sigues estudiando?

- a) Sí b) No

27.- ¿Qué actividades realizabas en sus tiempos libres antes de embarazarte?

- a) Leer, estudiar
b) Practicar algún deporte
c) Salir con amigos
d) Estar con tu familia
f) Otra _____
-

28.- ¿Qué actividades realizabas con tus amigos? (da ejemplos)

29.- ¿Tus amigos estudiaban o trabajaban?

a) Estudiaban b) Trabajaban c) Ninguna d) Ambas

30.- ¿Quiénes son las personas con quienes más platicabas antes de embarazarte?

a) Amigos (as) b) Padres c) Maestros (as) d) hermanos/as

e) Otros (quien) _____

31.- ¿Sobre que temas platicaban?

32.- En tu caso, ¿Por qué razón consideras que se presentó el embarazo?

Agradezco el tiempo brindado así como tu honesta cooperación



Anexo 2 Guía de Entrevista

Objetivo: Describir las consecuencias sociales que existen en la maternidad precoz.

DATOS GENERALES

Edad:

Sexo:

Ocupación:

SECCIÓN DE PREGUNTAS

1.- ¿Para ti qué es la maternidad?

2.- ¿Consideras que tu vida cambio a partir de que fuiste madre?

3.- ¿Por qué?

4.- ¿Vives con tu pareja?

5.- ¿A partir de que momento empezaste a vivir con él?

6.- ¿Él te apoya?

7.- ¿Cómo?

8.- ¿La relación con él cambio?

9.- ¿Por qué?

10.- ¿Tu familia te apoya?

11.- ¿Cómo?

12.- ¿Cuáles son tus actividades ahora?

13.- ¿Consideras que tus relaciones sociales cambiaron?

14.- ¿De que forma?

15.- ¿Consideras que tu familia te percibe diferente después de tu embarazo?

17.- ¿De que forma?

18.- ¿Consideras que tus amigos o amigas te perciben diferente después de tu embarazo?

19.- ¿De que forma?

20.- ¿Te sientes satisfecha con todo lo que has vivido?



Universidad Autónoma del Estado de México
Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl
Licenciatura en Educación para la Salud

Anexo 3 Consentimiento informado para participantes en un estudio de investigación

Título del protocolo: “CAUSAS DEL EMBARAZO PRECOZ Y LAS CONSECUENCIAS SOCIALES DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE”

Investigador principal: Jazmín Dolores Montoya Blanco

A usted se le esta invitando a participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: identificar las causas por las que se presenta un embarazo precoz en las adolescentes y describir las consecuencias sociales que en ellas tiene su maternidad.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, su embarazo y demás información necesaria.

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.

Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago por su participación.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

La información obtenida en este estudio, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante

Fecha

He explicado al Sr(a) la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

El presente consentimiento informado fue creado tomando como referencia el establecido por Robles Díaz, 2007.



**Universidad Autónoma del Estado de México
Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl
Licenciatura en Educación para la Salud**

CURSO – TALLER
“MEJOR SEXUALIDAD, MENOS EMBARAZOS”

Sesiones educativas:

- ❖ *SEXUALIDAD SIN TABÚES*
- ❖ *ASPIRACIONES EN LA VIDA: CAMBIOS CON EL EMBARAZO*

CURSO-TALLER

“MEJOR SEXUALIDAD, MENOS EMBARAZOS”

Sesión educativa 1

Tema:

SEXUALIDAD SIN TABÚES

Nivel: Grupal

Justificación:

Una de las causas por las que se suelen presentar embarazos en las adolescentes, según resultados de instrumentos aplicados y teorías de autores, es la falta de comunicación sobre estos temas entre padres e hijos/as y el acercamiento fraternal entre los mismos ^{1,2} es por ello el interés de la estrategia.

Objetivo General:

- Motivar a padres e hijos a romper barreras de comunicación en cuanto a sexualidad y lograr un acercamiento fraternal entre ellos.

Objetivos Específicos:

- Identificar los errores que comenten los padres al hablar sobre sexualidad con sus hijos tratando de corregirlos orientándolos
- Concientizar a los padres sobre la importancia de la comunicación con diversidad de temas con sus hijos
- Concientizar a los adolescentes sobre la responsabilidad de un embarazo a temprana edad.

Metas: Lograr un acercamiento y mayor comunicación de un 20% de los padres e hijos/as presentes.

Universo de trabajo: Adolescentes y padres de familia

Espacio: Escuela secundaria y/o preparatoria o bien centro de salud, siempre y cuando las autoridades correspondientes permitan el tiempo y espacio.

Tiempo: 1 hrs.

Actividades: El Licenciado en Educación para la Salud brindará sesiones educativas en las que se tratará el tema de sexualidad abiertamente empapando tanto a

adolescentes como a padres de familia de información sobre el tema buscando obtener su confianza y lograr su desenvolvimiento.

Organización: El LES (Licenciado en Educación para la Salud) será el responsable de responder las dudas que surjan dentro de la sesión y será mediador.

Recursos humanos: El LES y padres e hijos/as participantes.

Recursos materiales: hojas de papel, plumas, recipiente

Se formarán 2 grupos, separando a padres e hijos/as; a los hijos/as se les pedirá que hagan preguntas sobre sexualidad a los padres presentes; cabe mencionar que el LES observara la reacción de ambos grupos, posteriormente se le indicará que anoten en una hoja alguna pregunta que les agradecería hacerle a sus padres (sin salir del tema expuesto), los papeles se colocan en un recipiente revolviéndolos, se pide a los padres que tomen uno, en voz alta, cada padre leerá una pregunta a la cual tendrá que dar respuesta.

Una vez terminada la sección de preguntas y respuestas; a los jóvenes se les interrogará si sienten pena al charlar estos temas con sus padres y el por qué en caso de haber respondido que si, una vez escuchadas las respuestas, se pedirá la opinión a los padres acerca de lo mencionado estableciendo un debate entre los presentes consiguiendo una interacción que brinde confianza. Logrando con esto concientizar a los jóvenes y sus padres.

A los adolescentes se les orientará para que tengan un mayor acercamiento con sus padres sin temor al rechazo o a sentir pena.

Al terminar el debate se pedirá que cada hijo/a se encuentre con su/sus padres, indicando ofrecer muestras de cariño (abrazos, besos, palabras de aliento, etc.) el uno al otro. Una vez realizado lo solicitado se cuestionará el sentimiento que esto provoco, sugiriendo hacerlo todo los días, en cualquier momento haciendo de su conocimiento las consecuencias positivas que estas acciones traen logrando así su concientización.

Para concluir la sesión, el LES hará hincapié en la importancia que tiene el acercamiento entre padre e hijos y sobre todo la comunicación que deben de tener, recordándoles que es sustancial que tanto padres como hijos/as se mantengan

informados sobre temas de sexualidad (acercándose a centros de salud o instituciones que brinden información) para lograr una interacción significativa que ayude a evitar consecuencias en un futuro.

Sesión educativa 2

Tema:

ASPIRACIONES EN LA VIDA: CAMBIOS CON EL EMBARAZO

Nivel: Grupal

Justificación:

Según los resultados obtenidos en la investigación, la vida social de las adolescentes tiene un cambio radical después de dar a luz a su bebe, viviendo la etapa de la maternidad lo cual tiene repercusión en su estabilidad emocional y su satisfacción personal ³ por lo que es significativo mostrarles estos cambios dado opción a vivirlos o no desde una perspectiva más amplia que al mismo tiempo beneficia a generar diversas aspiraciones en su vida ^{2,4}.

Objetivo General:

- Generar motivación en los adolescentes a ampliar aspiraciones personales alargando así el momento en que vivan la maternidad.

Objetivos Específicos:

- Concientizar a los jóvenes sobre la responsabilidad que conlleva un embarazo a temprana edad.
- Concientizar a los jóvenes sobre los posibles cambios sociales que experimentan los adolescentes con la maternidad
- Concientizar a los jóvenes sobre la importancia de la amplitud de las aspiraciones personales en ellos.

Metas: Lograr que un 25% de los adolescentes participantes generen aspiraciones personales motivando a retardar la etapa de la maternidad.

Universo de trabajo: adolescentes

Espacio: Escuela secundaria y/o preparatoria o bien centro de salud, siempre y cuando las autoridades correspondientes permitan el tiempo y espacio.

Tiempo: 1 hrs.

Actividades: El Licenciado en Educación para la Salud brindará sesiones educativas en las que muestre por medio de videos los posibles cambios sociales que sufren los adolescentes con la maternidad así como la capacidad de resolver una problemática de esta magnitud por medio de representaciones.

Organización: El LES (Licenciado en Educación para la Salud) será el responsable de responder las dudas que surjan dentro de la sesión y será mediador.

Recursos Humanos: El LES y los adolescentes participantes.}

Recursos Materiales: Proyector, videos, computadora y bocinas.

Se comenzará preguntando sobre los proyectos y aspiraciones personales que tiene cada joven; una vez concluidas las respuestas se procederá a mostrar el primer video llamado “¿Y si pudieras hacerlo de nuevo?” concluido éste, se cuestionará a los chicos la opinión que tienen sobre lo mostrado interactuando así con el LES.

El LES, conforme al dialogo, irá cuestionando como es la relación con sus parejas?, que pasaría si en este momento llega a sus vidas un bebe?, como consideran que seria su relación a partir de ese momento?, como seria la relación con su familia?, como vivirían?, entre otras y más importante si les agrada todo lo anterior?.

Al terminar el dialogo, se reproducirá el segundo video llamado “Es mejor cerrar las piernas” del cual también se pedirá opinión de los jóvenes.

Posteriormente se seleccionarán 5 jóvenes (2 hombres y 3 mujeres) al azar, con los cuales se formarán 2 parejas y una chica quedará sola. Se plantearán diferentes situaciones a cada uno.

Situación pareja número 1

La chica esta embarazada, ambos estudian, la familia de la chica la corrió de su casa al enterarse de la noticia, la familia de el chico los apoya pero la casa que habitan es pequeña en la cual tanto madre como padre laboran para mantenerla y ninguno de los dos cuentan con algún servicio de salud.

Situación pareja número 2:

Los dos estudian, ella esta embarazada, ninguna de las dos familias los apoyan y no cuentan con ningún servicio de salud.

Situación chica sola:

Estudia, esta embarazada, el padre del bebe no se quiere hacer responsable y la abandono, su familia la apoya pero la economía no permite seguir pagando la escuela y no alcanza para cubrir toda su maternidad, su padre y su madre trabajan y no cuenta con ningún servicio de salud.

Después de plantear las situaciones se les cuestionará que harían para resolverlo para lo cual se les darán algunos minutos para que lo piensen y platicuen, los adolescentes nos compartirán sus soluciones permitiendo que el resto del grupo también opine. Después de escuchar las opiniones expresadas, el LES orientará a los jóvenes sobre las diversas problemáticas que puede generar un embarazo precoz y como pueden evitarlo así como dar ejemplos sobre las cosas que podrían realizar antes de vivir esta etapa logrando así su concientización.

Sesión educativa 3

Tema:

PIENSALO DOS VECES

Nivel: Grupal

Justificación:

Se necesita que los jóvenes concienticen las consecuencias de una toma errónea de decisiones

Objetivo General:

- Concientizar a los jóvenes sobre los embarazos no deseados y sus consecuencias.

Metas: Lograr la concientización del 20% de jóvenes asistentes.

Universo de trabajo: Adolescentes

Espacio: Escuela secundaria y/o preparatoria o bien centro de salud, siempre y cuando las autoridades correspondientes permitan el tiempo y espacio.

Tiempo: 1 hrs. 30 min.

Actividades: reproducción de una película.

Recursos humanos: El LES y adolescentes participantes.

Recursos materiales: DVD, proyector, bocinas y película "Punto y aparte"

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Gispert Crulls Jorge (2004). *Prevención del embarazo no deseado*, 1° edición, UNAM
- Ibarra Mustelier Lourdes (2003). *Adolescencia y maternidad. Impacto psicológico en la mujer*. Revista Cubana de Psicología. Vol. 20 Num. 1, La Habana
- León Paula, Minassisan Matías, Borgoño Rafael, Bustamante Francisco (2008), Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, vol. 5, No. 1.
- UNFPA (2008). *Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia*. 2° edición.



ESTRATEGIA: CURSO-TALLER

“MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”

TIEMPO:1 hrs..

Sesión Educativa 1 **SEXUALIDAD SIN TABÚES**

La sesión esta dirigida a adolescentes y padres de familia

Actividad	PUNTOS TEMATICOS	Técnicas Didácticas	Recursos Didácticos	Descripción	Actividad a evaluar
Sesión Educativa	* Relaciones significativas ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas y respuestas • Debate 	<ul style="list-style-type: none"> • hojas de papel • plumas • recipiente 	<p>Se formarán 2 grupos, separando a padres e hijos/as; a los hijos/as se les pedirá que hagan preguntas sobre sexualidad a los padres presentes; cabe mencionar que el LES observara la reacción de ambos grupos, posteriormente se le indicará que anoten en una hoja alguna pregunta que les agradaría hacerle a sus padres (sin salir del tema expuesto), los papeles se colocan en un recipiente revolviéndolos, se pide a los padres que tomen uno, en voz alta, cada padre leerá una pregunta a la cual tendrá que dar respuesta. Una vez terminada la sección de preguntas y respuestas; a los jóvenes se les interrogará si sienten pena al charlar estos temas con sus padres y el por qué en caso de haber respondido que si, una vez escuchadas las respuestas, se</p>	<p>La comunicación entre padres e hijas/os y el acercamiento fraternal entre ellos.</p>

				<p>pedirá la opinión a los padres acerca de lo mencionado estableciendo un debate entre los presentes consiguiendo una interacción que brinde confianza. Logrando con esto concientizar a los jóvenes y sus padres. A los adolescentes se les orientará para que tengan un mayor acercamiento con sus padres sin temor al rechazo o a sentir pena. Al terminar el debate se pedirá que cada hijo/a se encuentre con su/sus padres, indicando ofrecer muestras de cariño (abrazos, besos, palabras de aliento, etc.) el uno al otro. Una vez realizado lo solicitado se cuestionará el sentimiento que esto provoco, sugiriendo hacerlo todo los días, en cualquier momento haciendo de su conocimiento las consecuencias positivas que estas acciones traen logrando así su concientización. Para concluir la sesión, el LES hará hincapié en la importancia que tiene el acercamiento entre padre e hijos y sobre todo la comunicación que deben de tener, recordándoles que es sustancial que tanto padres como hijos/as se mantengan informados sobre temas de sexualidad (acercándose a centros de salud o instituciones que brinden información) para lograr una interacción significativa que ayude a evitar consecuencias en un futuro</p>	
--	--	--	--	---	--

- Gispert Crulls Jorge (2004). *Prevención del embarazo no deseado*, 1° edición, UNAM.
- UNFPA (2008) .*Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia*. 2° edición.



ESTRATEGIA: CURSO-TALLER

“MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”

TIEMPO:1 hrs.

Sesión Educativa 2 ASPIRACIONES EN LA VIDA: CAMBIOS CON EL EMBARAZO

La sesión esta dirigida a adolescentes

Actividad	PUNTOS TEMATICOS	Técnicas Didácticas	Recursos Didácticos	Descripción	Actividad a evaluar
Sesión Educativa	* Cambios con la maternidad 3 * Proyectos de vida, expectativas 2,4	<ul style="list-style-type: none"> ● Proyección de videos ● Personificación 	<ul style="list-style-type: none"> ● Videos ● Proyector ● Computadora ● Bocinas 	<p>Se comenzará preguntando sobre los proyectos y aspiraciones personales que tiene cada joven; una vez concluidas las respuestas se procederá a mostrar el primer video llamado “¿Y si pudieras hacerlo de nuevo?” concluido éste, su cuestionará a los chicos la opinión que tienen sobre lo mostrado interactuando así con el LES. El LES, conforme al dialogo, irá cuestionando como es la relación con sus parejas?, que pasaría si en este momento llega a sus vidas un bebe?, como consideran que seria su relación a partir de ese momento?, como seria la relación con su familia?, como vivirían?, entre otras y más importante si les agrada todo lo anterior? Al terminar el dialogo, se reproducirá el segundo video llamado “Es mejor cerrar las piernas” del cual también se pedirá opinión de los jóvenes. Posteriormente se seleccionarán 5 jóvenes (2 hombres y 3 mujeres) al azar, con los cuales se formarán 2 parejas y una chica quedará sola. Se plantearán diferentes situaciones a cada uno.</p> <p>Situación pareja número 1 La chica esta embarazada, ambos estudian, la familia</p>	Ampliación de aspiraciones de los adolescentes. Concientización de responsabilidad de un embarazo a temprana edad

				<p>de la chica la corrió de su casa al enterarse de la noticia, la familia de el chico los apoya pero la casa que habitan es pequeña en la cual tanto madre como padre laboran para mantenerla y ninguno de los dos cuentan con algún servicio de salud.</p> <p>Situación pareja número 2: Los dos estudian, ella esta embarazada, ninguna de las dos familias los apoya y no cuentan con ningún servicio de salud.</p> <p>Situación chica sola: Estudia, esta embarazada, el padre del bebe no se quiere hacer responsable y la abandono, su familia la apoya pero la economía no permite seguir pagando la escuela y no alcanza para cubrir toda su maternidad, su padre y su madre trabajan y no cuenta con ningún servicio de salud.</p> <p>Después de plantear las situaciones se les cuestionará que harían para resolverlo para lo cual se les darán algunos minutos para que lo piensen y platicuen, los adolescentes nos compartirán sus soluciones permitiendo que el resto del grupo también opine. Después de escuchar las opiniones expresadas, el LES orientará a los jóvenes sobre las diversas problemáticas que puede generar un embarazo precoz y como pueden evitarlo así como dar ejemplos sobre las cosas que podrían realizar antes de vivir esta etapa logrando así su concientización.</p>	
--	--	--	--	--	--

- Ibarra Mustelier Lourdes (2003). *Adolescencia y maternidad. Impacto psicológico en la mujer*. Revista Cubana de Psicología. Vol. 20 Num. 1, La Habana.
- León Paula, Minassisan Matías, Borgoño Rafael, Bustamante Francisco (2008). Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, vol. 5, No. 1.
- UNFPA (2008). *Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia*. 2° edición.



Universidad Autónoma del Estado de México
 Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl
 Licenciatura en Educación para la Salud

ESTRATEGIA: CURSO-TALLER

“MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”

TIEMPO:1 hrs 30 min.

Sesión Educativa 1 PIENSALO DOS VECES

La sesión esta dirigida a adolescentes

Actividad	PUNTOS TEMATICOS	Técnicas Didácticas	Recursos Didácticos	Descripción	Actividad a evaluar
Sesión Educativa	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Embarazo no deseado 	<ul style="list-style-type: none"> • Proyección de película 	<ul style="list-style-type: none"> • DVD • Proyector • Bocinas • Película “Punto y aparte” 	<p>Se reproducirá la película titulada “Punto y aparte”, cuando esta finalice se pedirá a los jóvenes su opinión retroalimentando la información con puntos del Licenciado en Educación para la Salud.</p>	<p>La concientización de los adolescentes sobre el embarazo no deseado</p>