



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

HOSPITAL NACIONAL HOMEOPÁTICO

TESIS

**“PROBLEMAS DE DESARROLLO PERSONAL ENFRENTADOS POR
ADOLESCENTES PRIMIGESTAS POS-PARTO INTERNADAS EN EL
HOSPITAL NACIONAL HOMEOPÁTICO”**

PRESENTAN:

**RAMOS VILLANUEVA FERNANDO
SÁNCHEZ MARTÍNEZ BLANCA ESTELA
TREVÍÑO PICENO LIZBETH**

ASESOR DE TESIS.

MAESTRA. MA. CRISTINA MÜGGENBURG

Mayo del 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS.

A MIS PADRES.

Gracias, por que sin ustedes no habría podido conseguir todo lo que ahora tengo, gracias por educarme y enseñarme el camino correcto para una vida mejor; espero se sientan orgullosos de mí, de mis logros y espero que esto sea solo un pequeño paso para conseguir el éxito. Hoy les digo gracias por haberme dado la vida y por permitirme compartir este día con ustedes.

A MI HIJO.

Espero que cuando leas esto estes muy orgulloso de tu padre y que esto que ahora hago es solo por ti; por que tu me cambiaste toda la vida desde que llegaste, espero que estas palabras que ahora te escribo te sirvan de ejemplo para triunfar en la vida, te quiero mucho Fernando.

LIZBETH.

Gracias, por todo este apoyo que siempre me has brindado, por que si no fuera por ti no hubiera podido llegar al final. Gracias a tu amor que me motiva día con día, puedo llegar a ser mejor persona cada día; y sobre todo gracias por permitirme estar a tu lado, gracias chatita.

FERNANDO

Gracias a **Dios** por permitir que cumpliera uno de mis sueños más preciados y por darme la oportunidad de compartirlo con mis seres queridos.

Gracias a mi esposo **José Luis** por todo su amor, comprensión y confianza; además porque siempre me alentó y apoyó para que continuara mis estudios.

A mis hijos **Isaac y Fabián** les dedico este trabajo con todo mi amor y cariño. Les pido una disculpa por que muchas veces tuve que dejarlos, pero era necesario. Ahora este esfuerzo compartido empieza a dar frutos y quiero compartirlos con ustedes.

Gracias a mis padres porque me dieron la vida y con su ejemplo aprendí a ser la persona que soy.

Gracias mamá **Tere** porque con ternura y amor cuidaste de mi y en los momentos difíciles estuviste ahí para confortarme.

Gracias papá **Francisco** porque me enseñaste a valorar lo que es realmente importante en la vida y a luchar por las cosas que quiero.

Gracias a mi hermana **Mary** por todo su cariño y por ser mi mejor amiga y confidente.

A mi sobrina **Dulce** quiero decirle que en ocasiones las cosas que deseamos no son fáciles de obtener, pero no son imposibles, lucha siempre por lo que quieres, tu puedes lograr las metas que te propongas.

Gracias **Aarón** por ser como eres y porque se que puedo contar contigo en los momentos difíciles.

A la Sra. **Ana** y al Sr. **Vicente** mis suegros, les doy las gracias porque siempre me apoyaron y sin su ayuda no habría podido cumplir esta meta.

BLANCA

DIOS.

Gracias por permitirme llegar hasta don de estoy hoy, por darme ánimos por cuidarme y protegerme por permitirme saber que todo en la vida se puede lograr con esfuerzo, gracias por todo lo que me das.

A MI MAMÁ:

Gracias por estar conmigo y por el apoyo que me brindas, espero estés orgullosa de mi y compartas cada uno de mis logros, sobre todo gracias por darme la vida.

ABUELITA:

Gracias por todo el apoyo que me brindaste para poder llegar a ser una profesional, por tus consejos y por todo el amor que siempre me das, espero que te sientas orgullosa de mí, que dios te bendiga y te conserve con mucha salud.

ABUELITO:

Donde estés, se que te sientes orgulloso de mi, cumplí la promesa que te hice y siempre te llevo en el corazón y en mi pensamiento.

JOSUE:

Espero que cuando llegues a leer estos párrafos te sientas orgulloso de mi, fuiste mi gran inspiración en la formación de este proyecto ya que estabas dentro de mi dándome animo para concluirlo te amo y espero que te sirva de ejemplo para que en un futuro seas un profesionista, recuerda que siempre estaré contigo.

A MIS HERMANAS:

Gracias por su apoyo y su amor, espero que este logro les sirva de aliento para ser profesionistas y no conformarse en la vida, sobre todo piensen en superarse día a día Deben tratar de ser la mejor, con esfuerzo todo se puede lograr.

FERNANDO:

Gracias por estar en mi vida y por apoyarme en los momentos difíciles, por ser tú, por darme ese hijo tan maravilloso que es la luz de mi vida te amo

A BLANQUITA:

Gracias, por el apoyo que siempre me brindaste y sobre todo cuando estaba embarazada, me apoyaste mucho para que lográramos este sueño que hoy es una realidad para ti , para Fer y para mi, y sobre todo por ser una gran amiga te quiero mucho y cuentas conmigo.

LIZBETH

MAESTRA CRISTI:

Le damos las gracias por ser un gran ser humano, por su tiempo paciencia, por el apoyo y dedicación para guiarnos a través de su experiencia y conocimientos, definitivamente sin usted no lo hubiéramos logrado.

MAESTRA ARACELI:

Agradecemos a la profesora por todo el apoyo que nos brindó tanto en la elaboración como en las sugerencias que nos hizo para mejorarlo.

PROFESORES:

Les damos nuestro agradecimiento a los profesores que nos apoyaron en la carrera así como a los que nos ayudaron en la elaboración de la tesis sin todos ellos no lo hubiéramos logrado.

JEFA DE ENFERMERAS NORMA POPOCATL:

Gracias por su apoyo y por las facilidades, por abrirnos las puertas del hospital para la realización de este proyecto.

COORDINADORA DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL NACIONAL HOMEOPÁTICO.

MARGARITA:

Gracias por los conocimientos y el apoyo que nos brindó durante servicio social y después de este, por su tiempo, dedicación y por todas las facilidades prestadas para la realización de este proyecto, gracias por su amistad.

A la jefa de **Gineco-Obstetricia Angelita** y a las enfermeras **Matilde, Martina y Lulú** por todas las facilidades que nos brindaron para la realización de este trabajo.

Le agradecemos a nuestro amigo **Francisco** por el apoyo y la disponibilidad en la elaboración de esta tesis.

ÍNDICE.

I. INTRODUCCIÓN	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
III. MARCO TEÓRICO	3
1. CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL ADOLESCENTE	3
1.1. Concepto de adolescente	3
1.2. Cambios físicos en el hombre y la mujer	3
1.3. Anatomía del aparato reproductor femenino	4
1.4. Hormonas que intervienen en la adolescencia	5
1.5. Ciclo ovárico y endometrial	6
2. CAMBIOS PSICOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA	7
2.1. Etapas de la adolescencia	7
2.1.1. Adolescencia temprana	7
2.1.2. Adolescencia media	7
2.1.3. Adolescencia tardía	8
2.2. Identidad	8
2.3. Personalidad	9
2.4. Desarrollo afectivo	10
2.5. El adolescente y sus pares	12
2.6. El noviazgo	13
2.7. Desarrollo Psicosexual	14
3. FAMILIA Y ADOLESCENCIA	15
3.1. Concepto de familia	15

3.2. Fines sociales de la familia moderna	15
3.3. Ciclo vital de la familia	16
3.4. Clasificación de la familia (según Minucchin)	16
3.5. Comunicación intergeneracional	17
3.6. Aspectos socio familiares	18
3.7. Los cambios en la familia	19
3.8. Valores morales	20
4. EMBARAZO EN ADOLESCENTES	21
4.1. Concepto de embarazo	21
4.2. Cambios fisiológicos en el embarazo	21
4.3. Cambios psicológicos en el embarazo	24
4.4. Puerperio	25
4.5. Percepción del embarazo en adolescentes por parte de la sociedad	26
4.6. Causas del embarazo en adolescentes	27
4.7. Consecuencias del embarazo en las adolescentes	27
4.8. Complicaciones del embarazo	29
5. PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA LOS ADOLESCENTES	31
5.1. Concepto de Planificación familiar	31
5.2. Métodos anticonceptivos	31
6. GENERALIDADES DEL HOSPITAL NACIONAL HOMEOPÁTICO	33
6.1. Organización y funcionamiento	33
6.2. Filosofía de la Institución	33

6.3. Políticas de la institución	34
6.4. Objetivos de la institución	34
6.5. Aspectos de la Institución	35
7. DATOS ESTADÍSTICOS NACIONALES.	36
IV. JUSTIFICACIÓN	37
V. OBJETIVO General	38
Específicos	38
A mediano plazo	38
VI. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	39
VII. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	40
VIII. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	43
IX. CONCLUSIÓN	49
X. PROPUESTA Y RECOMENDACIONES	51
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
XII. BIBLIOGRAFÍA	55
XIII. ANEXOS. INSTRUMENTO	57
CUADROS Y GRÁFICAS	59

I. INTRODUCCIÓN.

En el año de Servicio Social en el Hospital Nacional Homeopático detectamos un gran número de adolescentes puérperas, las cuales por su edad presentan grandes problemas en su esfera bio-psico-social. Esto despertó en nosotros el interés por investigar la problemática a la que se enfrentan al ser madres.

Ya que la adolescencia es una de las etapas más difíciles del ser humano, en ella se pasa de la niñez a la vida adulta, es aquí donde se forma la identidad que lo acompañará a lo largo de su vida adulta.

Presenta importantes cambios físicos y psicológicos, la familia juega el papel más importante, ya que ella le proporciona las bases para afrontar de mejor manera los problemas que presente a lo largo de su vida.

Muchas veces el personal de salud no está sensibilizado para atender de manera adecuada las necesidades de este sector de la población (adolescentes), pero pensamos que el perfil del Licenciado en Enfermería y Obstetricia le permite detectar las necesidades oportunamente y proponer alternativas de solución, llevarlas a la práctica y prevenir futuros problemas.

Esta investigación esta fundamentada en una consulta bibliográfica previa que junto con la experiencia que ya teníamos de estos casos nos sirvió de base para la elaboración de un instrumento de investigación que fue aplicado a las adolescentes puérperas primigestas internadas en el Hospital Nacional Homeopático, al terminar dicha actividad se recabaron y analizaron los resultados.

Nuestra investigación nos permitió identificar la problemática a la que se enfrentan las adolescentes, detectar los factores de riesgo a las que están expuestas y que pueden poner en peligro su salud y la su hijo. Nuestro propósito es que los resultados obtenidos sirvan de base para la creación de un programa que las apoye y que les brinde información en los aspectos que lo necesiten.

Dicha investigación se enfocó específicamente a la población atendida en el Hospital Nacional Homeopático y los resultados obtenidos se presentan a continuación. El trabajo aborda los temas: cambios físicos, psicológicos, la familia, el embarazo y la planificación familiar, en una de las etapas más difíciles de la vida como lo es la adolescencia.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las adolescentes que son madres se enfrentan a una problemática social muy difícil, puesto que deben disponer de gran parte de su tiempo para la atención del bebé y descuidan otros aspectos que son importantes para su desarrollo como son: el físico, el social, el cultural, el moral y el psicológico. Es esta la razón por la cual se propone para la investigación el siguiente problema de estudio.

¿CUÁLES SON LOS PROBLEMAS DE DESARROLLO PERSONAL A LOS QUE SE ENFRENTAN LAS ADOLESCENTES DE 11 A 21 AÑOS POS PARTO PRIMIGESTAS INTERNADAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HOMEOPÁTICO AL SER MADRES?

III. MARCO TEÓRICO.

1. CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL ADOLESCENTE.

1.1. Concepto de adolescente:

La palabra **adolescente** proviene del latín *adolecen* (joven) y *adolescere* (carecer).⁽¹⁾
La adolescencia es un periodo crítico del desarrollo, en el que el individuo se encuentra entre dos mundos el de la seguridad de la niñez y el desconocido y nuevo del adulto.⁽²⁾
En esta etapa él adolescente busca su identidad, su independencia y una elección de sus propios valores, además de la aceptación de un grupo social.
Se enfrenta a dos tipos de conflictos uno entre lo que tiene y lo que quisiera tener, y otro entre lo que es y lo que le gustaría ser.

La adolescencia se puede dividir en tres etapas:

- Adolescencia temprana: abarca de los 12 a los 14 años de edad y corresponde al periodo de la educación secundaria.
- Adolescencia media: se extiende desde los 15 a los 17 años y entonces equivale al periodo del bachillerato en cualquiera de sus modalidades o a la educación media superior.
- Adolescencia tardía o fase de resolución: comprende de los 18 a los 21 años de edad y corresponde a la educación universitaria casi por completo.

Es una época de cambios rápidos tanto físicos como psicológicos.

1.2. Cambios físicos en el hombre y la mujer.

A la madurez biológica se le conoce como **pubertad**.

La pubertad se deriva de dos voces latinas, *pubertas* que significa edad fértil y *pudescens* que significa aparición de vello.⁽³⁾

El crecimiento del cuerpo y la maduración sexual están sujetos en gran medida a la regulación de las estructuras cerebrales y el sistema endocrino. A nivel cerebral el hipotálamo produce factores liberadores que estimulan a la hipófisis para la producción de hormonas folículo estimulante FSH y hormona luteinizante LH que son las encargadas de estimular a las gónadas para la producción de testosterona en el hombre y estrógenos en la mujer, las cuales intervienen en el desarrollo sexual.

Estas gónadas estimulan la producción de óvulos en el ovario y espermatozoides en los testículos lo que implica madurez sexual y capacidad reproductiva.

Las hormonas gonadales son las responsables de las características sexuales primarias y secundarias, este proceso dura de 2 a 3 años.⁽⁴⁾⁽⁵⁾

Los cambios físicos que se observan en el hombre son:

Los primeros cambios se manifiestan en el crecimiento, las extremidades crecen con más rapidez que el tronco y los rasgos de la cara adquieren el aspecto de adulto. ⁽⁶⁾

Los órganos sexuales crecen en desproporción con el crecimiento general de cuerpo como son el pene, conductos deferentes, la glándula prostática, la uretra al igual que los testículos. También se da por el cambio de voz, ensanchamiento de hombros, aparición de vello púbico, axilar, facial, y aumento de talla. Junto con el crecimiento del pene sobrevienen emisiones nocturnas de células seminales espermáticas durante el sueño, la masturbación y el coito.

En muchos casos al aumentar la actividad de las glándulas sebáceas se agrega una infección y puede aparecer acné. ⁽⁷⁾

Los cambios físicos que se observan en la mujer son:

En las mujeres el crecimiento se acelera notablemente entre los 9 y los 13 años. El tejido muscular también se desarrolla en menor proporción que en el hombre. La proporción del cuerpo se modifica, la pelvis se ensancha y el tejido adiposo aumenta, dando aspecto redondeado a las diferentes partes de su cuerpo principalmente a las caderas y a las mamas. Aparece vello pubiano que cubre los genitales externos. En las axilas también aparece vello, aumenta la actividad de las glándulas sudoríparas y sebáceas. Se producen modificaciones en los órganos genitales: el útero crece y empieza a responder al estímulo de los ovarios que producen estrógenos y progesterona, por el efecto de las hormonas gonadotróficas. La mucosa vaginal sufre estos mismos cambios y aparece la primera menstruación o menarca. ^{(8) (9)}

1.3. Anatomía del aparato reproductor femenino.

Mamas o senos:

Son dos glándulas que se fijan a los músculos pectorales por medio de una capa de tejido conjuntivo a la glándula mamaria esta formada de tejido adiposo y cubierta por piel, en su parte central tiene el pezón el cual es una prominencia cilíndrica de color oscuro y aspecto rugoso, en su alrededor también de color oscuro se encuentra la aureola. Esta glándula también esta formada por lóbulos y unos más pequeños llamados lobulillos, están formadas por tejido conjuntivo que contiene células llamadas alvéolos encargados de la producción de leche.

Estas glándulas se desarrollan durante la pubertad y su función principal es la secreción de leche.

Los órganos genitales femeninos se clasifican en: genitales externos y genitales internos. Los genitales externos están situados en el perineo, están constituidos por el monte de venus y la vulva. Los órganos internos están dentro de la cavidad pélvica: vagina, útero y trompas de Falopio.

Genitales externos

- Monte de Venus: prominencia cédulo adiposa recubierta de piel con vello. Tiene glándulas sudoríparas y sebáceas. Se encuentra situada delante de la sínfisis del pubis de forma triangular.
- Vulva: hendidura sagital que se divide en región labial y vestibular.
- Labios mayores y menores: Los labios menores están por dentro de los mayores, estos rodean el vestíbulo de la vagina y el orificio uretral en la cara interna de su tercio inferior.
- Clítoris: constituido por fibras musculares lisas, se encuentra situado por encima de del meato urinario, es eréctil por el plexo venoso cavernoso y tiene inervaciones sensitivas.
- Perineo: es un diafragma muscular aponeurótico situado entre los glúteos y los muslos, limitado delante por la sínfisis de pubis u los lados por tuberosidades isquiáticas y por detrás por el cóccix.

Genitales internos

- Vagina: es el órgano de la copulación, canal de parto y de la menstruación. El pH vaginal durante la edad reproductiva es de 4.0 a 5 y en la infancia y la pubertad, en la posmenopáusica el pH se mantiene neutro en 7.5.
- Útero: tiene forma de pera y el tamaño varía con la edad y paridad de la mujer, esta compuesto por tres capas que son: cerosa (perimetrio), muscular (miometrio) y mucosa (endometrio). Su más importante función es albergar al producto de la gestación durante todo el embarazo.
- Trompas de Falopio: tiene tres porciones: una más delgada llamada istmo, una intermedia o ampolla de mayor calibre que la anterior y una distal conocida como fimbria. Su principal función es conducir al óvulo por medio de sus fimbrias y al útero. La unión de óvulo y el espermatozoide se produce regularmente en el tercio medio de la tuba uterina.
- Óvulo: gónadas localizadas en la pelvis a los lados de útero, tiene forma ovoide y mide 3cm. Son productores de las hormonas progesterona y estrógenos, su función es madurar al óvulo hacia el nacimiento. Los ovarios contienen 200 mil óvulos o huevos inmaduros los cuales con la pubertad se alternan para liberar uno cada mes.
(10)

1.4. Hormonas que intervienen en la adolescencia.

Todos estos cambios físicos están controlados por hormonas, sustancias bioquímicas secretadas en dosis muy pequeñas por las glándulas endocrinas.

Las hormonas “masculinas” y “femeninas” se hallan en ambos sexos, pero los hombres tienen más de las llamadas andrógenos y de ellas la más importante es la testosterona, las mujeres tienen más estrógenos y progesterona.

Mucho se ha hablado sobre las hormonas que modifican la conducta en los adolescentes, en parte tienen razón, porque desde el punto de vista fisiológico las hormonas actúan en el

cerebro de dos modos, primero las hormonas sexuales afectan la personalidad y el comportamiento por su influjo precoz y segundo las hormonas activan conductas particulares por medio de sus efectos en el sistema nervioso que suelen ser inmediatos; de tal manera que aunque todos los adolescentes presenten aumentos hormonales no todos presentan cambios drásticos en su comportamiento. Por tanto se ha pensado que debe haber otros factores que intervienen estos pueden ser: las modificaciones en los roles, las expectativas sociales y culturales, el ambiente en casa y la escuela e incluso los medios de comunicación.^{(11) (12)}

Por tanto podemos decir que no solo las hormonas afectan la conducta, sino que a menudo su influencia esta medida por los componentes psicológicos y sociales del ambiente.

1.5. Ciclo ovárico y endometrial.

1.5.1. Ciclo ovárico

Se refiere a las fases por las cuales pasa el óvulo para su maduración.

Fase folicular: es la primera que da inicio al ciclo, un folículo es escogido se desarrolla y madura, directamente actúa las hormonas folículo estimulante FSH además de los estrógenos al final la etapa aparece la hormona luteinizante LH. Durante el crecimiento del folículo se forman abundantes células foliculares y tecales las cuales producen estrógenos que estimulan a la hipófisis para que secreta LH, ya que esta hormona es necesaria en los periodos finales de la maduración folicular y para inducir la expulsión del ovocito llamada ovulación.

Ovulación: es la ruptura del folículo ovárico, con la liberación óvulo maduro en la cavidad pélvica este evento ocurre el día 14 de un periodo de 28 días.

Fase lutea: con la ruptura de óvulo dentro del ovario se forma el cuerpo luteo secretor de progesterona estimulado por la hormona LH. Las células forman características especiales y se da la acumulación de cuerpo amarillo, que da su nombre al proceso el cual declina de nueve a once días después de la ovulación dando lugar a cuerpo albicans que reduce la producción de estrógeno y progesterona, aumentando la hormona FSH y LH con lo que se inicia un nuevo ciclo.

1.5.2. Ciclo endometrial

La menstruación marca el inicio del ciclo endometrial.

Mientras en el endometrio corre la desintegración menstrual en el ovario principia el desarrollo inicial de varios folículos primordiales. Se puede definir como la salida de escurrimiento sanguíneo, producido por la necrosis de la mucosa endometrial, que se presenta cíclicamente cada 4 semanas ó 28 días, a la primera menstruación que presenta la mujer se le llama menarca. Al terminar la menstruación inicia la regeneración endometrial que se efectúa por el efecto de los estrógenos ováricos.

Se divide en tres fases de proliferación, progesterona y secretora.

Proliferación.- Es la fase de regeneración endometrial y corresponde a la fase estrogénica del ciclo ovárico, existe una marcada hiperplasia que aumenta progresivamente el espesor

del endometrio y lo convierte en un endometrio adulto. Al final de esta fase ocurre la ovulación del ovario y principia la fase luteínica.

Progéstacional.- Corresponde a la fase luteínica del ciclo ovárico, en ella se observa un crecimiento aún más acentuado del endometrio cuyo estroma se embebe de líquido de los capilares endometriales y de las glándulas que en la fase proliferativa aumenta su luz y secreta activamente.

Secretora. La secreción es rica en glucógeno, presenta condiciones ideales para que se anide el huevo, si no ocurre la fecundación el cuerpo amarillo del ovario involuciona rápido en 12 ó 13 días después de la ovulación, disminuye la cantidad de estrógenos y progesterona. Esta sangre menstrual es incoagulable y dura de 3 a 5 días.⁽¹³⁾

2. CAMBIOS PSICOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA

2.1. Etapas de la adolescencia.

2.1.1. Adolescencia temprana.

En esta etapa de la adolescencia la preocupación primordial de los jóvenes gira en torno a los cambios rápidos de su cuerpo, esto le produce inquietud y duda con respecto a lo normal y anormal, compara su cuerpo con el de los demás, pasa varias horas contemplándose en el espejo.

Ser atractivo es una necesidad; tiene curiosidad por saber el tamaño de los senos, testículos y pene; surge ansiedad por saber sobre la menstruación y la eyaculación.

En esta etapa el adolescente presentará sentimientos de rebeldía a toda persona o institución que represente autoridad.

El alejamiento de los afectos primarios depende de los padres si es rápido o lento lo cual permite reflejar sentimientos de inseguridad, soledad y cierta melancolía.

En esta época de cambios el adolescente necesita su propio espacio y delimita su territorio pero sólo es posible en algunos estratos socioeconómicos.

Un día sienten que todo lo pueden lograr al otro día se sienten solos, abandonados e incomprendidos con muchos conflictos que tienen que resolver.

2.1.2. Adolescencia media.

En esta etapa la mayoría ha completado su desarrollo físico, su apariencia física es lo más importante viven obsesionados con el ejercicio físico.

Es aquí donde busca la aceptación de un grupo afín y convive menos tiempo con la familia.

Por otro lado hay familias que son muy rígidas y al sobreproteger a los adolescentes se crea un conflicto en la relación padre-hijo.

Es un momento en que surge la creatividad, se aprecian y valoran nuevos sentimientos. Conocen sus cualidades y limitaciones, lo que les permite tomar una orientación vocacional más realista.

El sentimiento de omnipotencia lleva a los jóvenes a tomar actitudes de alto riesgo por ejemplo deportes extremos, uso de drogas y contactos frecuentes sin protección, lo que da por resultado accidentes, enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados.

Los jóvenes con problemas en su núcleo familiar son más vulnerables y se encuentran desprotegidos, por lo que esta etapa es aun más difícil para ellos.

2.1.3. Adolescencia tardía.

La apariencia personal y la preocupación por el cuerpo pasa a segundo término y la independencia y autonomía están a punto de lograrse.

Las relaciones familiares mejoran considerablemente, los adolescentes que no han superado etapas anteriores son menos responsables.

El adolescente logra definir su proyecto de vida debido a que el desarrollo cognoscitivo les permite afrontar compromisos de mayor responsabilidad.

Adquieren sus propios valores de tipo moral, cultural, ético y son más asertivos en su toma de decisiones y manejan mejor su tiempo para los diversos compromisos con un mejor rendimiento.

Establecen lazos afectivos con los adultos y sus pares reconociendo y aceptando a la otra persona. ⁽¹⁴⁾

2.2. Identidad.

Se forma por un conjunto de experiencias vividas en la infancia que no es estática si no que evoluciona con las experiencias de la adolescencia y de las otras etapas de la vida.

“Según Simmons y Rosenberg dicen que la representación del YO se da por:

1. - La presencia del Yo: conciencia más ó menos exagerada de sí mismo.
2. - Estabilidad del Yo: certidumbre en cuanto a gustos deseos y valores.
3. - Autoestima: actitudes positivas o negativas del adolescente hacia él mismo.
4. - Imagen del Yo social: creencias propias acerca de cómo los adolescentes son percibidos y evaluados por otros”.

El adolescente pasa por dos situaciones por un lado la adolescencia invade la infancia y es más precoz y por el otro lado se extiende de manera indefinida.

El súper yo es la parte moral de lo que debería hacer o lo que la sociedad espera que sea y se enfrenta a deseos, los cuales son reprimidos por sentimientos de culpa y prohibición.

El Yo es como el adolescente se percibe y reconoce pero teme que su identidad sea influida por padres y profesores.

Los jóvenes rechazan la personalidad de los padres, por que en ocasiones encuentran similitud en su propia personalidad con uno o los dos padres y el repudio que siente hacia ellos mismos no lo manifiesta porque puede afectar su autoestima.

En el conflicto de identidad el adolescente se enfrenta a sus Yo propios como son:

Yo negativo. Representa lo que no le gusta de él.

Yo aceptado. Representa lo que es aceptado por la familia y el grupo.

Yo ideal. Representa lo que finge o quiere ser.

Yo real. Representa lo que realmente es. ⁽¹⁵⁾ ⁽¹⁶⁾

2.3. Personalidad.

La personalidad es la característica única y distinta de cada persona, implica lo predecible en acción o reacción ante diversas circunstancias.

En la formación de la personalidad interfiere la herencia encargada de formar la inteligencia y el temperamento, también el ambiente influye en la formación de esta. Las vivencias, experiencias familiares, tradiciones culturales tienen un efecto importante, así como el tiempo en que se forme varía según las situaciones que se le presenta a la persona.

Las etapas que interfieren en la formación de la personalidad son:

Fetal.

Se forma en el periodo de la concepción, es importante para su desarrollo la armonía entre el ser humano y su medio. Los resultados se ven si el medio y su compañero la han cuidado bien se verán reflejados en las habilidades de la madre para conocer las necesidades del neonato lo que le permite anticiparse a ellas.

Posnatal.

La relación madre-hijo en el primer año de vida garantiza la supervivencia de sectores somáticos y psíquicos de la personalidad.

Las primeras semanas de vida son importantes en el desarrollo de la personalidad, el autismo recibe el nombre de primer organizador de la personalidad y pasa cuando se presentan las primeras respuestas emocionales del lactante a objetos externos. La sonrisa la relaciona con sensaciones placenteras experimentadas cuando sus necesidades son satisfechas.

En el segundo mes el lactante cree que él y su madre son la misma persona pero entre los 5 y 8 meses se da cuenta que ambos no son uno, distingue a la madre de otra persona y manifiesta ansiedad ante extraños, éste es el segundo organizador de la personalidad y el tercer organizador de la personalidad, es el mismo que maneja Mahler en su etapa de reaccamiento que se menciona más adelante.

Según Mahler se da el proceso de individuación y separación el cual divide en tres fases separación, práctica o ejercitación motriz y reaccamiento.

Separación. Se da en el 3 y 4 mes hasta el año, se da por la diferenciación y el desarrollo de la imagen corporal, en su inicio el lactante muestra mayor atención al mundo externo. Se da la individuación dada por la memoria, cognición, percepción y la separación con la madre y con quien lo cuida.

Práctica o ejercitación motriz. La atención del lactante se desvía hacia sus logros motrices, entre los más notables son el control de esfínteres.

Aquí la palabra más común para frenar la iniciativa del lactante es “no” y él comprende la prohibición; este es el tercer organizador de la personalidad.

Reacercamiento. El niño capta la existencia de objetos aún cuando no los vea, adquiere funciones de memoria, reconoce el tiempo y el espacio, distingue lo externo de lo interno.

El desarrollo de la personalidad sigue una secuencia durante toda la vida, sigue un tiempo, una intensidad, una dirección y ritmos propios en cada una de sus áreas de desarrollo.

A partir de los 3 años el niño cuenta con su sistema psicológico que consta de capacidades cognoscitivas como manejo de impulsos, ansiedad y control muscular voluntario, centra su atención en conocer sus genitales y se da cuenta que las figuras más importantes en su vida son los padres.

Entre los 5 y 6 años el niño se vuelve más misterioso, reservado y exterioriza menos los afectos.

Los momentos cruciales, los conflictos en el desarrollo de la personalidad se dan por el manejo inadecuado de los padres.

La principal tarea del adolescente es la búsqueda de su identidad, su principal preocupación es convertirse en un don nadie o ser la imitación de los demás, es por ello que se torna rebelde ya que experimenta un sentido de identidad y autonomía, más esa rebeldía no es por desafiar a los padres.⁽¹⁷⁾

2.4. Desarrollo afectivo.

Antes de hablar de desarrollo afectivo, pensamos que es importante poner en claro ciertos conceptos que nos serán de utilidad.

Los conceptos son los siguientes:

Percepción

La percepción es la forma elemental y básica del conocimiento. El recordar pensar e imaginar son también procesos cognoscitivos y se apoyan en la percepción.

Percibir es observar con los sentidos y esta relacionado con todos los aspectos de la actividad humana.

La percepción se relaciona con la acción, la memoria, el brote de una emoción, con el pensamiento y con la motivación. De hecho la percepción se encuentra en todos los aspectos de nuestra vida, conciente e inconsciente incluyendo nuestros sentimientos y emociones.

Emociones

Las emociones son procesos y estados afectivos complejos que tienen su origen en las situaciones que una persona afronta en la vida. Se manifiestan en sentimientos subjetivos como son: la tristeza, la alegría, el temor, etc.

Las emociones pueden ser causadas por estimulaciones dolorosas, frustraciones, conflictos o tensiones.

El concepto de emoción es muy amplio por que no solamente abarca la explosión o malestar inmediatos que se sienten y que se observan sino también a los estados mentales persistentes, tales como la ansiedad, la hostilidad, el amor, la humildad y cosas semejantes.

Sentimientos

Los sentimientos son procesos afectivos basados en experiencias pasadas como son el recordar a alguna persona, un lugar, una situación etc.

Las sensaciones sentimentales son provocadas por las palabras, los aromas, las fotografías y otras claves sensoriales que reviven sentimientos latentes.

Los sentimientos son experiencias significativas y son hasta cierto punto afines con los estados de ánimo.

Estado de ánimo

Los estados de ánimo son afectos típicamente menos intensos, menos perturbadores y de duración más prolongada que las emociones. Un estado de ánimo puede durar días y hasta semanas. Se dan estados de ánimo de alegría, depresión, resentimiento, etc.

Un estado de ánimo puede convertirse en emoción, por ejemplo un estado de ánimo de resentimiento u hostilidad puede intensificarse y convertirse en una emoción de ira. Pero también una emoción puede suavizarse hasta convertirse en un estado de ánimo. A causa de esta relación no siempre se puede establecer una línea divisoria entre las emociones y los estados de ánimo, pero como ya se ha mencionado los estados de ánimo tienden a ser estados afectivos crónicos y persistentes, y los arranques emocionales son agudos y perturbadores.

Temperamento.

El temperamento se refiere a las disposiciones y rasgos afectivos relativamente permanentes que caracterizan a la persona en su totalidad.⁽¹⁸⁾

El afecto nace en el seno familiar principalmente en el vínculo madre-hijo, se va desarrollando en el ambiente social y la comunicación es necesaria para poder transmitirse.

La infancia es importante porque en ella se desarrolla la capacidad de escucharse así mismo (auto concepto), lo que posteriormente le facilitará la comunicación con los demás, para lograrla debe apoyarse en la familia y los adultos con los que se relaciona.

En la infancia la auto comunicación le permite conocer sus preferencias sobre los juguetes y amigos, en la adolescencia le permite decidir una vocación y establecer una identidad.

El modelo afectivo familiar está basado en la demostración de afecto, de comunicación, respeto y confianza, a medida que se lleve a cabo, se logrará el cumplimiento de reglas, normas y costumbres establecidas en el hogar por los padres.

Pero si el modelo afectivo familiar se fomenta con comunicación deficiente, frialdad, si es que existe manipulación ó chantaje y si los padres son reservados ó distantes, el modelo se verá reflejado en la falta de libertad, perdida de respeto y no existirán normas respetadas por los integrantes de la familia.

La familia también es la encargada de ayudar al adolescente, a formar la autoestima y el auto concepto que se describirán a continuación.

La autoestima va a hacer la capacidad de quererse, evaluarse, valorarse es dinámica y se enriquecerá con las experiencias vividas. Los componentes de la autoestima son dos; el subjetivo, que es lo que el adolescente piensa de sí mismo y el objetivo, que es lo que piensan los demás de él.

Esta autoestima se fomenta en las familias con el ejemplo, con justicia, honestidad, responsabilidad y no con engaños, egoísmo y vanidad.⁽¹⁹⁾

El auto concepto se forma con los éxitos y fracasos, se reflejará en la satisfacción de correr riesgos sin importar los resultados, depende de la estimación de los padres, maestros y otras figuras relevantes en su vida, es la conciencia de quién y que es.

En la infancia, el compañerismo les permite enriquecerse de experiencias, pero esto únicamente se logra en las familias funcionales. En cambio en las familias disfuncionales los niños aprenden a ser selectivos al momento de unirse a los grupos ó separarse de ellos, deciden a quién brindarle afecto ó rechazo.

2.5. El adolescente y sus pares.

En la adolescencia el compañerismo se suple por una amistad más estrecha en la que se selecciona un confidente que comparta intereses afines, que se han fieles y desinteresados.

En esta etapa el grupo pasa a segundo término, únicamente les brinda la oportunidad de hacer cosas en conjunto, que solos no se atreverían a hacer.

A los 15 años ven la amistad como una relación personal de ayuda y apoyo mutuo, desean que esta relación sea aceptada por la familia, esta amistad se da por lo regular con personas que son más fuertes en ámbitos en que uno de los adolescentes se siente débil.

Los padres no ven bien la amistad entre un adolescente mayor y otro menor pero esta amistad, le sirve al menor como guía, se le demanda al mayor amor y protección, al menor se le pide afecto y ayuda, esta amistad termina cuando el mayor ha alcanzado la madurez.

El grupo primario (Padres), pasa a un término secundario, por ello no está de acuerdo con las amistades de los adolescentes, porque con ellos comparten la mayor parte de su tiempo.

El adolescente descubre que él y el grupo de compañeros luchan por algo similar. Los grupos se comunican por medios de códigos, captan sentimientos, necesidades, motivaciones que identifican como propios, en estos grupos obtiene afiliación, aceptación, adquieren la condición de persona independiente, respiran un aire de complicidad sin inhibiciones.

Los compañeros son importantes y el grupo representa la oportunidad de perfeccionar, los sistemas de relación que adoptará en su vida futura, en él juegan papeles de líder, seguidor o conformista y adquiere poder de pertenencia ó seguridad, aprende a tomar decisiones junto a sus compañeros.

Los grupos se forman en periodos problemáticos para los adolescentes y el grupo les brinda soluciones, ideas, ambiciones y expectativas a sus problemas, cada grupo tiene sus propias normas y valores. Ellos vigilan el código de conducta que deben de adoptar, las distracciones, lenguajes, vestido y si lo creen necesario logran la expulsión de alguno de sus miembros.

Estos grupos son formados por afinidades tanto en actividades, estudios, deportes, preferencias sexuales, etc.

Estos grupos se forman en cualquier estatus social sin importar nivel socioeconómico, nivel intelectual ó políticas. Es preocupante cuando un adolescente permanece aislado y por lo mismo no tiene un grupo, ya que tendrá más dificultad para adaptarse socialmente.

2.6. El noviazgo.

Los jóvenes entre 16 y 17 años viven por vez primera sentimientos de amor por otra persona que no pertenece a su ámbito familiar, pero no distinguen entre el amor y el enamoramiento.

Los noviazgos surgen por la necesidad que tienen de recibir amor y de contar con alguien en quien confiar, que los escuche les brinde apoyo y afecto. En esta relación es común que esté presente el interés sexual, ya que en esta etapa los jóvenes tienen la inquietud de conocer y experimentar nuevas sensaciones.

Muchas veces manifiestan su intimidad por medio de cartas ó diarios, entre los 15 y 17 años es mayor la intensidad y atracción por el sexo opuesto, surge el enamoramiento, la curiosidad de conocer la sexualidad, la mayoría de los jóvenes a esta edad ya han practicado juegos sexuales y coitos por decisiones personales, dadas por el amor, cariño, o necesidad de afecto hacia la otra persona.

El enamoramiento no les permite visualizar los defectos y virtudes de la otra persona y se guían, por la apariencia física y la atracción.

Cuando por algún motivo terminan estas relaciones, los adolescentes son afectados emocionalmente y guardan largos periodos de duelo. Si no aprendieron de esta relación vendrán otras y les sucederá lo mismo; pero los que maduran y aprenden de estas relaciones, lo superarán tomando lo bueno de cada experiencia.

Muchos jóvenes en la adolescencia tardía ya adquirieron madurez, por lo que sus relaciones son formales y duraderas, donde comparten proyectos e ideas y son más responsables para afrontar sus actos.⁽²⁰⁾

2.7. Desarrollo Psicosexual.

El ser humano nace dotado de impulsos que afloran en distintas épocas de la vida, pero la necesidad y curiosidad sobre la sexualidad no dejan de ser permanentes.

La sexualidad existe en el adolescente y se transforma de manera evidente en esta etapa, esto afectará a todas las demás líneas del desarrollo psicológico.

Durante este desarrollo convergen algunos fenómenos:

1. - Mecanismo biológico que permite la descarga de la tensión sexual.
2. - Fenómenos psicológicos en el sistema mental.
3. - Fenómenos psicosociales.

A través de todo este desarrollo el adolescente ganara dominio sobre sus impulsos biológicos, por obtener satisfacción.

El adolescente debe ir moldeando sus necesidades afectivas y emocionales ante sus fuerzas biológicas innumerables y al mismo tiempo debe cubrir la expectativas sociofamiliares introyectadas.

El acto sexual es posible biológicamente, pero no recomendable, entre los 13 y 15 años para el varón y entre los 11 y 13 años para la mujer.

El varón puede presentar erecciones no siempre ligadas a un pensamiento erótico ó sexual sino simplemente pueden deberse a una gran tensión ó a la sensibilidad del pene.

También pueden ocurrir eyaculaciones espontáneas con o sin erección y sucede en situaciones de ansiedad.

Los adolescentes que no se masturban pueden experimentar periodos de gran tensión circunscrita a los genitales.

Cuando la tensión sexual aumenta ocurren descargas mediante la estimulación consciente e inconsciente de los genitales.^{(21) (22)}

3. FAMILIA Y ADOLESCENCIA.

3.1. Concepto de familia.

La palabra familia designa un grupo humano unido por lazos de consanguinidad o sin ellos, que reunidos en lo que se considera su hogar se intercambian afecto, valores y se otorgan mutua protección.⁽²³⁾

La familia es el centro primario de la socialización infantil y juvenil de tal modo que la familia tiene una misión socializadora, que pretende que las personas de cada género entiendan valores y encuentren sentido a la convivencia social y por ende acepten vivir en sociedad.

La familia es la unidad básica que debe ayudar a niños y jóvenes a desarrollar sus capacidades individuales, pero de igual manera debe tener la capacidad para señalar y enseñar a superar las limitaciones mediante el apoyo en ambos procesos.

La familia funcional es aquella en la cual sus integrantes mantienen un intercambio afectivo y la convivencia es cálida, lo cual propicia el crecimiento, la maduración armónica y la formación de valores.

La familia como grupo de adscripción es una institución humana fundamental, diferente de otros grupos humanos. Para la mayor parte de los seres humanos constituye el sistema más importante para el desarrollo psicológico individual, la interacción emocional y desarrollo de la autoestima. Así mismo la familia es el grupo en donde se experimentan las más intensas emociones como el amor, los celos, la envidia, y en la que se obtienen las más profundas satisfacciones. La familia debe ser capaz de dar cabida a todos los impulsos de sus integrantes y permitir la expresión y satisfacción de todas sus necesidades. Cabe la posibilidad de que la familia no pueda permitir la expresión de afectos como el coraje, o la tristeza haciendo difícil el aprendizaje de estos aspectos a sus miembros, siendo un detrimento de toda la familia un su crecimiento de grupo, también se puede dar el caso que a sus integrantes no se les permita la expresión libre de la ternura.

3.2. Fines sociales de la familia moderna

1. -Provisión de alimentos, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida y brindan protección ante los peligros externos, función que se realiza mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social.
2. -Provisión de unión social, que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares.
3. - Facilitar el desarrollo de la identidad personal, ligada a la identidad familiar y a la identidad del grupo social, lo que permite establecer integridad y fuerza física para enfrentar nuevas experiencias y situaciones externas.
4. -Moldeamiento de los roles sexuales, lo que prepara el camino para la maduración, realización sexual y la realización creativa de los miembros en forma individualizada.
5. -La ejercitación para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social.

6. -En la familia se darán una serie de intercambios de valores, de normas, de reglas y también de bienes materiales.
7. -Cuando la atmósfera familiar esta llena de cambios y desvíos bruscos, pueden surgir profundos sentimientos de frustración, acompañados inevitablemente de resentimiento y hostilidad.
8. -El intercambio de sentimientos entre miembros de la familia gira fundamentalmente alrededor de esta oscilación entre el amor y el odio. ⁽²⁴⁾

3.3. Ciclo vital de la familia.

La familia como sistema vivo y como todo organismo nace, crece, se reproduce y muere.

Fases de la pareja

- El desprendimiento: es un proceso doloroso sobre todo por que se trata de relaciones emocionales, implica que el joven tenga que abandonar su hogar, deja a sus primeros objetos de amor (Papá y Mamá) y sale a buscar un compañero fuera de su familia. Este proceso resulta doloroso tanto para el joven como para los padres.
- El encuentro: asumir el rol de cónyuge no es una tarea sencilla, ya que implica renunciar a las ganancias emocionales que proporcionan las etapas anteriores de pretendiente e hijo. De la selección de la pareja depende la estabilidad familiar, el futuro de los hijos y su mayor o menor salud emocional, así como sus futuras modalidades de relaciones, pues habrá parejas que se unen para construir y otras para destruir.
- Los hijos: la llegada de un niño requiere de espacio físico y emocional, por lo que es de vital importancia la planificación de la familia.
- La adolescencia: a este período lo constituyen verdaderas crisis, por que en esta etapa los hijos empieza a involucrarse más afuera del hogar y los desacuerdos entre los padres se hacen más manifiestos.
- El reencuentro: "síndrome del nido vacío", se refiere al aislamiento y la represión de la pareja ya que sus actividades de crianza han terminado y sus funciones o capacidades biológicas por igual.
- La vejez: el viejo está vivo y siente; y se entristece por el severo rechazo del que es víctima.

3.4. Clasificación de la familia (según Minucchin).

1. -**La familia rígida:** no permite la consideración de nuevas reglas. Los padres son incapaces de admitir que los hijos han crecido y tienen nuevas necesidades. Al adolescente no le queda otra salida que someterse o rebelarse.
2. -**La familia sobre protectora:** se observa una preocupación exagerada por darles toda clase de protección y bienestar a sus miembros. Los hijos de esta familia no aprenden a conseguir nada ni a defenderse.

3. **-La familia amalgamada:** la felicidad depende de "hacer todo juntos". La individualización es casi imposible y cualquier intento de independencia se vive como una amenaza en contra de los demás.
4. **-La familia evitadora de conflictos:** se invierte mucha energía en estar en armonía y tiene miedo al conflicto que dejan los problemas sin solución. En estos hogares los niños no aprenden a negociar ni a resolver conflictos.
5. **-La familia centrada en los hijos:** los padres viven "para sus hijos". Al adolescente le sería muy difícil crecer y separarse de sus padres, ya que hacerlo les quita "su razón de existir".
6. **-La familia de un solo padre:** uno de los hijos la hacen a veces de padre o de la pareja ausente. Los hijos sobre cargados de problemas, viven vida de adultos.
7. **-La familia demócrata:** los padres son incapaces de corregir a los hijos, no sorprende la anarquía ni la competitividad desmedida y destructiva de los adolescentes en estos hogares donde nunca aprendieron jerarquías ni reglas.
8. **-La familia inestable:** las metas tanto sociales como familiares están difusas, no planean sino improvisan. El adolescente experimentará gran dificultad en el desarrollo de su identidad, ya que no sabe quién es ni a dónde va.

La dinámica familiar es el proceso mediante el cual la familia como grupo se desarrolla y permite que cada miembro como individuo crezca también.

La dinámica familiar no es la misma en todas las familias por que depende del número de integrantes, nivel cultural y económico al que pertenecen.

Estas condiciones comienzan a modelar la conducta mucho antes de la adolescencia.

Las alianzas entre distintos miembros son normales y saludables pero es importante que sostengan un frente unido con límites claros entre ellos y los hijos. Es necesario trabajar ambos padres juntos para criar y disciplinar a los hijos. Porque si uno de los hijos se vincula demasiado con uno de los padres y se ignora o no se toma en cuenta al otro, esto les creará conflicto y no les permitirá un óptimo desarrollo.

3.5. Comunicación intergeneracional

La necesidad de autonomía e identidad del adolescente normalmente origina conflictos en la familia, para ellos es importante hablar de ciertos temas con los padres. La mayoría de los conflictos se centra en asuntos cotidianos como son los quehaceres domésticos, la hora de volver a casa, las citas, las calificaciones, la apariencia personal y los hábitos. Son raros los conflictos por valores económicos, sociales, religiosos y políticos; estos les llamarán la atención en los años de preparatoria y universidad.

Al inicio de la adolescencia es probable que existan más conflictos que al final, porque es cuando los muchachos y los padres aun no están preparados para enfrentar los temas de la autonomía y la separación.

Los padres tienden a formar el desarrollo intelectual y se entregan a menudo a la resolución de problemas y a las discusiones con toda la familia. En consecuencia tanto niños como niñas acostumbran discutir sus ideas con ellos. En cambio las madres interactúan en las áreas de las responsabilidades domésticas, las tareas escolares, la disciplina dentro y fuera de la casa y las actividades de tiempo libre. Todo esto puede causar mayor tensión y conflicto entre las madres e hijos, pero también tienden a establecer mayor cercanía que con el padre.

Durante la adolescencia la función esencial de los padres será la de continuar siendo padres. No amigos, se puede comprender y entender a los hijos pero no ser su “amigo” puesto que debe existir una cierta distancia para realizar las funciones de los padres.

El estilo de la familia funcional da lugar a un comportamiento más natural y saludable del adolescente, su conducta se caracteriza por actos responsables e independientes lo que denota un alto grado de control y aceptación personal.

En contraste los hijos de padres autoritarios se muestran dependientes y ansiosos en presencia de figuras de autoridad o arrogantes y resentidos.

Por último los hijos de padres permisivos suelen resistirse a reglas y normas como resultado de un auto control inadecuado y pueden tener un sentimiento de inferioridad si los padres los ignoran.

Una de las tareas básicas de la familia es conocerse. Es obligación de los padres conocer a sus hijos, pero ellos también deben tratar que sus hijos los conozcan.

Por medio de la comunicación cada miembro de la familia podrá conocer la forma de pensar y de sentir de cada uno, los lazos de afecto y respeto se fortalecen con la convivencia.

Por otro lado los jóvenes en esta etapa reclaman su espacio y los padres deben ser prudentes respetando el silencio de los hijos, su intimidad y los márgenes de privacidad que los jóvenes marcan.⁽²⁵⁾

3.6. Aspectos socio familiares.

Los esquemas familiares, patrones de conducta y sistemas de valores que determinan lo aceptable, confrontan al adolescente con sus impulsos biológicos, el cuál debe lograr un modelo de adaptación.

A medida que la sociedad se ha ido complicando en términos de organización, el ser humano y en específico los adolescentes encuentran difícil identificar y satisfacer sus necesidades.

Por lo general el adolescente de clase media urbana vive una adolescencia mas prolongada puesto que pospone la cristalización de una vida adulta.

En cuanto a su sexualidad el adolescente no puede tener un poco de gratificación sexual con su pareja sin que su conciencia se lo reproche, puesto que la sociedad impone que los jóvenes sean seres asexuados y no manifiesten su sexualidad.

Aún dentro de nuestra sociedad el tema de la sexualidad es “tabú”, es decir que pocas veces se habla de esto en el ámbito familiar o en la escuela, así que los jóvenes cuentan con muy poca información y en ocasiones esta no es confiable. Por un lado los jóvenes

tienen la inquietud de conocer nuevas sensaciones y por el otro se encuentra la sociedad y la religión que se los prohíbe. Esto ocasiona que los jóvenes vivan su sexualidad a escondidas con el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados.

Como ya se mencionó anteriormente los impulsos sexuales surgen como una gran necesidad, pero de diferente manera en el hombre y la mujer. Los varones experimentan fantasías relacionadas con el acto sexual; en cambio las mujeres relacionan el enamoramiento con sus fantasías sexuales.

La sociedad espera que el joven estudie una carrera y sea económicamente activo antes de casarse, de este modo el individuo logrará un equilibrio entre lo biológico y lo sociofamiliar.

Cuando el adolescente se entrega a la satisfacción sexual prematura, esta actitud puede producir desavenencia familiar de gran proporción, puesto que se espera que termine una carrera, obtenga un buen trabajo y que forme una familia. El comenzar a vivir su vida sexual a temprana edad lo podría alejar de las expectativas que se han puesto en él. ⁽²⁶⁾

3.7. Los cambios en la familia

Madre soltera y padres divorciados. Es cada vez más frecuente que los niños y jóvenes vivan en una familia en transición. Los hijos de madres solteras o padres divorciados pueden percibir que son miembros de una familia incompleta o un hogar fracturado. Las nuevas nupcias de los padres afectan a los hijos, pero se ha encontrado que los que pasan por el inicio de la adolescencia son los más perturbados.

Cuando ambos padres trabajan. En nuestra sociedad es más común que ambos padres trabajen fuera de casa, el tiempo que pasan junto a sus hijos es cada vez menor y en la mayoría de los casos la comunicación es escasa. Como consecuencia los adolescentes quedan muchas horas sin supervisión, desde que salen de la escuela, hasta que regresan los padres del trabajo.

Cuando uno de los padres falta. Cuando por algún motivo uno de los padres falta esta responsabilidad recae en uno de los hijos, por lo general es el hermano o hermana mayor. La mayoría de estos jóvenes tienen muchos problemas en su desarrollo psicológico y social, puesto que en ocasiones deben cancelar sus actividades de carácter personal y social como son: ir a la escuela, practicar algún deporte o acudir a una fiesta, entre otros para cumplir con su cometido. Empiezan a actuar como adultos sin serlo, por esto no es bien recibido por los pares quienes lo rechazan y opta por relacionarse únicamente con adultos. Por todo esto su desarrollo queda alterado.

3.8. Valores morales.

Todos los seres humanos experimentamos angustias por la pérdida de seguridad de los valores del pasado y el miedo al futuro, esta experiencia es la que viven los jóvenes.

El adolescente se convierte en una persona con derechos, responsabilidades propias, capaz de entablar relaciones profundas y significativas con otros individuos de su misma edad. Como ya se ha mencionado en capítulos anteriores busca su identidad, el descubrimiento y constitución de valores morales propios básicos para su identidad.

Estos jóvenes se percatan que ya no es su mundo el de los niños, sin embargo se sienten incómodos y menospreciados en el de los adultos, comienzan a sentir atracción por el sexo opuesto, los cambios sexuales les generan ansiedad.

Por lo general desde niños se nos enseña que la comunicación es muy importante dentro de las relaciones familiares, por eso podemos hablar de lo que nos incomoda, lo que nos gusta, de diversión o de cualquier tema, pero de sexo raras veces se puede hablar libremente, ya que se considera que es algo sucio o prohibido y sólo se habla de ello cuando los padres consideran que el hijo(a) ya "está en edad". El padre hablará del tema con los hijos varones y la madre con las hijas.

Cuando son niños exploran su cuerpo sin angustia ó vergüenza, siempre y cuando los padres lo ignoren, pero cuando los descubren se sienten sucios e indecentes, por ello de jóvenes se tocan y masturban a escondidas.

En nuestra cultura se vive una negación sobre las experiencias sexuales y el adolescente debe satisfacer esta necesidad sexual masturbándose, observando pornografía, teniendo relaciones sin compromiso o acudiendo a la prostitución; muchas veces estas situaciones confunden al joven a tal grado que llega a pensar que sus actos son malos e impropios.

En la mujer las manifestaciones sexuales son inapropiadas ya que se les educa para ser madres de sus hijos y del propio esposo, pero no para vivir su sexualidad libremente.

Mucho se habla de la igualdad pero dentro del ámbito familiar se fomenta el machismo asignando roles distintos a hijos y a hijas, por otra parte los padres son permisivos con los hijos pero represores con las hijas; esto nos lleva a que actualmente en nuestra sociedad no exista un trato igualitario entre hombres y mujeres.

Las relaciones familiares, de amigos, cónyuges, maestros y jefes desarrollan funciones maternas o paternas al aconsejar, guiar o advertir.

En la sociedad que vivimos se ridiculiza a los adolescentes por sus primeros intentos de acercarse al sexo opuesto, por sus opiniones, por su manera de hablar o de vestirse. Todo ello provoca sentimientos de soledad y aislamiento para encontrar sentido a su vida.

Existen 4 estilos de identificación o rechazo de los adolescentes.

1.-El adolescente adaptativo o conformista. Se somete a conductas impuestas por los adultos, por miedo a represalias sociales y al abandono afectivo, el resultado se ve reflejado al dejar sus inquietudes y su creatividad.

2.-El adolescente rebelde que se somete y protesta. Él encuentra indispensable adaptarse al mundo de los adultos, pero juzga, critica con idealismo, por que piensa que su mundo puede y debe cambiar, aporta muchas veces soluciones a problemas y estas soluciones dejan reflexionando a los adultos.

3.-Adolescente rebelde antisocial. Reacciona con hostilidad a exigencias de su mundo, racionaliza sus deseos de venganza a toda persona ó autoridad.

4.-Adolescente idealista radical. Utiliza las fantasías de amor, justicia, belleza de esta forma maneja el coraje en la lucha contra la autoridad.

Cuando la familia satisface las necesidades primordiales del adolescente y brinda un buen ejemplo, este aprende el significado del amor, respeto, honestidad, y otros valores a través de vivir experiencias y compartirlas; pero si los adultos satisfacen de manera parcial la necesidad afectiva del adolescente y viven de manera irresponsable, el joven se identifica con su grupo de amigos e integra escasamente los valores transcendentales.⁽²⁷⁾

4. EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

4.1. Concepto de embarazo.

El embarazo es el desarrollo de un ser en el útero desde la concepción hasta el nacimiento. Dura aproximadamente de 270 a 280 días.

4.2. Cambios fisiológicos en el embarazo.

Los cambios fisiológicos en el embarazo son modificaciones locales y generales en las estructuras del cuerpo de la mujer y en sus funciones. La mayoría de estos cambios desaparecen durante el puerperio.

El embarazo afecta el organismo materno en su totalidad, pero de manera especial a los órganos genitales y glándulas mamarias, que presentan grandes cambios anatómicos y fisiológicos.

Cambios en el útero. Del tercer al cuarto mes de embarazo, el útero al expandirse sale de la pelvis y puede palparse por encima de la sínfisis del pubis. Crece progresivamente hasta llegar al ombligo en el sexto mes y casi alcanza el apéndice xifoides en el noveno mes.

Cambios en mamas. En las mamas se observan los siguientes cambios.

- a) Aumento de la sensibilidad.
- b) Incremento del tamaño.
- c) Presencia de nódulos palpables por hipertrofia alveolar.
- d) Congestión de venas superficiales (red venosa de Haller).
- e) Mayor excitabilidad del pezón.
- f) Aparición de tubérculos de Montgomery.
- g) En ocasiones, presencia de líquido llamado calostro.

Cambios en la pared abdominal. En la pared abdominal de la mujer embarazada se puede observar, cuando ocurre la distensión de la piel por el crecimiento uterino, la presencia de estrías originadas por la ruptura de las fibras elásticas de la capa reticular de la piel. Estas lesiones son de coloración violácea cuando se trata del primer embarazo y adquieren un color blanco nacarado si la paciente es multigesta.

Con cierta frecuencia se encuentran hernias umbilicales de diferentes tamaños.

Corazón y sistema circulatorio. El embarazo ocasiona una sobrecarga cardiocirculatoria progresiva que no rebasa la capacidad de reserva del corazón sano pero sí la del enfermo, pudiendo provocar una insuficiencia cardíaca.⁽²⁸⁾

La presión arterial de la mujer depende de su postura. La presión de la arteria braquial es más alta cuando está sentada y más baja cuando está en posición recostada lateral.

La compresión venosa del útero grávido eleva la presión en las venas que drenan las piernas y los órganos pélvicos, lo cual puede hacer que se formen o exacerben várices en piernas y vulva, y que se produzcan hemorroides, que con frecuencia se presentan por primera vez durante el embarazo. Los embarazos subsecuentes aumentan la inflamación de las hemorroides. La elevación de la presión venosa es la primera causa de edema en las extremidades inferiores y se observa con frecuencia hacia finales del embarazo.⁽²⁹⁾

Cuidados.

Várices

- Debe descansar a menudo con los pies en alto o al menos sobre dos cojines y colocar otro cojín en el hueco de la espalda.
- Elevar los pies de la cama con almohadas bajo el colchón.
- Las medias "de soporte" pueden ser de ayuda; colocarlas antes de levantarse por la mañana.
- Realizar ejercicios con los pies.

Hemorroides

- Debe evitar el estreñimiento.
- Procurar no permanecer de pie en la misma posición durante mucho tiempo.

Aparato respiratorio. Modificación de la capacidad torácica de la paciente, debido a la elevación del diafragma, en tanto que la capacidad vital pulmonar permanece constante. Aumento de la velocidad de ventilación de 7.4/min. a 11/min. al final del embarazo.

Cuidados.

Dificultad para respirar.

- Descanso.
- Usar una almohada más por la noche.

Aparato digestivo. Aumento de caries dental por alteración de la saliva y cambios histológicos gingivales. Disminución de la pepsina y ácido clorhídrico libre y de la acidez total del jugo gástrico. Reducción de la motilidad gástrica, hipotonía del conducto gastrointestinal; relajación del esfínter cardioesofágico que ocasiona pirosis hasta el quinto mes.

Al progresar el embarazo, el aparato digestivo se acostumbra a las nuevas condiciones y el apetito aumenta. Puede producir pirosis y flatulencias en esta etapa.

El estreñimiento es muy común durante el embarazo.

Cuidados

- La mujer embarazada no debe utilizar la excusa del aumento de apetito para comer "por dos" o comer antojitos ricos en carbohidratos. Su alimentación debe ser rica en frutas y verduras (la fibra favorece la motilidad gástrica), debe consumir leche, huevo y carne rica en proteínas y calcio útiles para la mamá y el feto. Si se siente con hambre puede comer cuatro veces al día pero con raciones moderadas.
- Para evitar la pirosis y las flatulencias debe eliminar de su alimentación comidas muy grasosas, con irritantes o muy condimentadas.
- Es recomendable que acuda al servicio de odontología para la aplicación de flúor; El aseo de la boca es indispensable por lo menos tres veces al día.

Piel. Esta experimenta pigmentación en zonas específicas (cloasma facial, pezones, línea morena del abdomen, genitales externos y muslos. Hiperactividad de glándulas sudoríparas y sebáceas.

Cuidados

- La mujer embarazada debe bañarse diariamente (con jabón neutro sin aroma y color) y humectar su piel utilizando cremas o aceites.
- Evitar la luz solar intensa, que acentúa la pigmentación. Si debe exponerse al sol, debe emplear una crema que tenga un filtro protector.
- Beber agua en cantidad suficiente.
- Evitar usar ropa sintética.⁽³⁰⁾

Articulaciones. Hay relajamiento de articulaciones pélvicas y cambios posturales a medida que avanza el embarazo.

Como el útero grávido de término y su contenido pesan de 6 000g, las mujeres embarazadas con frecuencia se reclinan hacia atrás para mantener el equilibrio. Dicha postura ocasiona mayor tensión en los músculos y ligamentos de la espalda y calambres músculo - esqueléticos, que se experimentan con frecuencia en las últimas etapas del embarazo.

A estos cambios se debe la marcha tambaleante que se observa en las últimas etapas de embarazo y principios del puerperio.

Cuidados

- La mujer embarazada debe mantener los hombros en alto para que no caigan hacia abajo mientras gana peso.

- Debe mantener la espalda derecha, mantener el tórax y costillas elevadas, contraer los músculos del abdomen y glúteos, doblar ligeramente las rodillas y si está de pie separar un poco los pies.

Aparato urinario. La cantidad de orina durante el embarazo aumenta y su gravedad específica desciende.

Cuidados

- Debe evitar consumir mucha agua antes de dormir.
- No aguantarse las ganas de miccionar.

Cambios metabólicos. En el peso, existen factores que intervienen en el aumento de peso de la madre, como son:

- Aumento progresivo del tamaño del feto y placenta.
- Elevación del líquido amniótico.
- Hipertrofia de útero y mamas.
- Mayor retención de agua. La retención excesiva de agua se traduce en edema, y se manifiesta por el aumento súbito de peso corporal.
- Acumulación de grasa y proteínas.
- Aumento de volumen sanguíneo.
- Hipertrofia de otros órganos.
- Aumento de lípidos.
- El embarazo ejerce influencia notable en el metabolismo de los carbohidratos.

El peso de la madre se incrementa paulatinamente durante todo el embarazo; en el tercer trimestre el incremento es de 1500 g o más por mes.

La tensión del embarazo puede en realidad producir diabetes subclínica leve.

Cuidados

- La mujer embarazada deba tratar de no ganar peso con mucha rapidez.
- Consumir una dieta balanceada.
- Hacer ejercicio moderado.⁽³¹⁾

4.3. Cambios psicológicos en el embarazo

En cualquier cultura, las mujeres deben acoplarse a los cambios físicos, sociales y psicológicos que trae la maternidad. Sufre profundas transformaciones corporales que difícilmente puede ignorar.

Al final de la gestación son comunes cierta incomodidad física y, a veces, un sentimiento de carga emocional. Todas las mujeres preñadas aumentan de peso, pierden movilidad, sienten alterado el sentido del equilibrio y la presión sobre sus órganos del feto que crece. Además, entre algunas mujeres también contribuyen al malestar las venas varicosas, la acedia, la micción frecuente o la falta de aliento. Existen amplias variaciones individuales en el grado de malestar, fatiga y peso durante las últimas semanas, y hay quien descubre que el trecho final es más llevadero que los otros.

Estos cambios físicos tienen un impacto en el estado psicológico de la mujer embarazada. Debe salir adelante con una nueva imagen y un autoconcepto alterado, y debe manejar las reacciones de quienes la rodean. Algunas tienen sentimientos de extrañeza o distancia de los viejos amigos o el deseo de protección. Otras, también, contemplan su embarazo con incertidumbre; no están seguras de sus planes de carrera después del parto, se inquietan sobre su habilidad para ocuparse del niño o simplemente se sienten incómodas por su imagen tan cambiada. Pueden estar ansiosas por dar a luz al bebé y además decepcionadas de tener que compartir su tiempo, energía y marido con alguien más. ⁽³²⁾

4.4. Puerperio

El puerperio es el tiempo que sigue al tercer periodo del parto. Está caracterizado por la involución de los órganos reproductores a su estado normal y el inicio de la lactancia materna.

Destaca la presencia de loquios, los cuales son hemáticos las primeras 24 hrs. Los siguientes cuatro días son serohemáticos y finalmente son serosos en la segunda semana.

Comprende tres periodos clínicos:

- 1.-Puerperio inmediato: abarca las primeras 24 hrs. Después de haber concluido el parto.
- 2.-Puerperio mediato: se extiende desde el periodo anterior hasta siete días después del parto.
- 3.-Puerperio tardío: comprende este último límite hasta los 40 días; esto es, hasta que concluye el puerperio.

El funcionamiento del intestino, vejiga y glándulas mamarias, se establece desde el puerperio inmediato. El intestino inicia la evacuación de materia fecal, generalmente de 24 a 36 hrs. Si ésta no se presenta, hay que dar laxante ligero. La micción debe establecerse a las seis horas.

Se debe recomendar a la paciente una deambulación temprana, a las seis horas y baño en la regadera después de la 12 hrs. Alimentación completa.

Lactancia materna: Se insiste en las ventajas de la lactancia al seno materno: Protege al bebé de infecciones, la composición de la leche es la más adecuada; hay beneficios psicológicos por el contacto cercano entre madre e hijo, etc.

Cuidados en el puerperio inmediato

La madre adolescente requiere los mismos cuidados físicos como cualquier otra mujer, pero debemos tener especial atención en el cuidado personal y en ciertos aspectos psicológicos del puerperio, principalmente por su nivel de desarrollo y cognoscitivo.

La enfermera debe recordar que en esta etapa los adolescentes normalmente son egocéntricos y es muy probable que la joven desee que primero se le proporcionen cuidados

a ella, es probable que quiera comentar sus sentimientos acerca de la experiencia del trabajo de parto y el parto y su estado físico actual antes que los cuidados del niño.

En cuanto al cuidado personal se le debe informar sobre cambios normales que tendrá en este periodo, como prevenir infecciones e identificar signos de alarma.

Debe propiciarse un ambiente agradable donde ella se sienta tranquila y se pueda establecer el vínculo madre hijo, estas jóvenes requieren que se les dé una asesoría continua en cuanto a la lactancia materna y los cuidados que debe proporcionarle al hijo en cuanto a la manera adecuada de alimentarlo, bañarlo, cambiarle el pañal, vestirlo, como protegerlo de accidentes y como identificar si el pequeño se encuentra enfermo. Le enfermera debe reconocer los logros que la joven tenga en cuanto a su cuidado y a los del bebé porque este tipo de refuerzo aumenta su autoestima y favorece el aprendizaje.

En la instrucción y orientación de la adolescente es necesario tener en cuenta su nivel de desarrollo y la capacidad cognoscitiva. Es probable que las jóvenes prefieran secciones cortas de instrucción individual o con pocas alumnas y de preferencia que sean de la misma edad. Deben ser secciones donde ellas participen de manera activa ya que en general el pensamiento en la adolescencia aún es de tipo concreto.

Cuidados en el puerperio tardío

En las madres adolescentes se debe favorecer su desarrollo físico, social e intelectual a la vez que se debe evitar un segundo embarazo al menos no antes de que ella se encuentre en mejores condiciones y haya superado la etapa de la adolescencia. Para que esto se lleve a cabo el apoyo de la familia es muy importante porque sé a visto que las adolescentes que continúan con sus estudios y reciben una adecuada orientación sobre como llevar una vida sexual responsable están mejor capacitadas para prevenir embarazos no deseados.

Por lo que se considera que los cuidados de enfermería deben continuar más haya del puerperio y deben ser específicos de acuerdo a la etapa de la adolescencia en la que se encuentre la joven y si cuenta con el apoyo de la familia. Estos cuidados deben ser enfocados tanto a la adolescente como al hijo, a la familia, y estarán orientados a brindar información sobre temas que les sean de utilidad y les ayuden a llevar una vida más saludable.⁽³³⁾

4.5. Percepción del embarazo en adolescentes por parte de la sociedad.

El embarazo en adolescentes se puede ver de manera normal en una sociedad rural y es un problema social en la sociedad urbana, es una manifestación temprana de la capacidad reproductiva y puede ocasionar trastornos en el desarrollo de la adolescente.

El embarazo debe verse como un problema médico social; primeramente se considera como un problema médico por que la salud biológica y psicológica de al madre se afecta de forma definitiva, claro que este riesgo disminuye cuando se lleva una adecuada atención prenatal y postparto. También se considera un problema social por que interrumpe el desarrollo normal de la adolescente e impide que estas continúen con una correcta socialización con su grupo trastorna y obstaculiza la secuencia de la maduración

emocional, las obliga a asumir un papel materno para el que no están preparadas porque simplemente no han adquirido la madurez emocional y afectiva para desempeñarlo. Todas estas carencias no solo afectan a ella sino que también afectan la vida del hijo pues lo exponen a una serie de riesgos de carácter biopsicosocial que posiblemente también lo limiten en el futuro.⁽³⁴⁾

4.6. Causas del embarazo en adolescentes.

En las adolescentes el embarazo es un problema que puede deberse a muchos factores como pueden ser individuales familiares y sociales que a continuación se describen:

Entre los factores individuales se encuentran el abandono escolar, dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima, poca confianza y bajo nivel educativo.

Los factores familiares en los que se encuentra la familia disfuncional o en crisis, pérdida o falta de un familiar, enfermedad crónica de uno de ellos, madre o hermana con embarazo en la adolescencia y madre aislada o poco accesible.

Los factores sociales son baja condición económica, migración reciente, marginación social, mensajes contradictorios por parte de la familia, medios de comunicación y en la sociedad.

La mayoría de embarazos en la adolescencia se presentan en jóvenes que no planeaban tener relaciones sexuales y se justifican para no sentirse culpables, que el coito sucedió en forma espontánea y no lo prepararon o por falta de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos, a algunos les da pena usarlos, por temor a que sus padres se den cuenta que los utilizan, otras no se cuidan por que piensan que ellas no se van a embarazar y a otras les da miedo utilizar los métodos anticonceptivos por que el novio podría pensar que está muy bien preparada.

En el caso de los hombres tienen miedo de utilizar los métodos anticonceptivos ya que es considerar una posibilidad de embarazo y es probable que la joven no quiera tener relaciones sexuales.

Por lo regular el embarazo surge en un momento de conflicto o de independencia frente a los padres.

Muchas adolescentes se niegan a estar embarazadas y la consulta médica le sirve para confirmar la noticia que en el fondo sabe que es cierta.

La adolescente embarazada necesita expresar sus inquietudes, recibir comprensión, y tienen sentimientos encontrados, es cuando más necesita el apoyo afectivo y emocional.⁽³⁵⁾

4.7. Consecuencias del embarazo en las adolescentes.

Por lo regular las mujeres que tienen su primer hijo a corta edad están propensas a tener un mayor número de hijos no deseados, por lo tanto una inestabilidad emocional y de pareja.

Las madres solteras que permanecen con sus padres tienen un ambiente más estable para ellas y su hijo, a diferencia de las que permanecen con su pareja que son vulnerables.

El hijo de padres adolescentes es más propenso a presentar problemas socio afectivos como: agresividad, impulsividad, son hiperactivos, tienen más problemas de atención, mayor deserción escolar y en caso de ser mujer tienen mayor probabilidad de presentar un embarazo en la adolescencia.

Las consecuencias que viven las adolescentes embarazadas son el dejar sus proyectos de vida, abandonan la escuela, consiguen trabajos mal remunerados que la mayoría de las veces no son de su agrado. Las consecuencias que sufre el joven padre son similares a las de su pareja por eso cuando deciden casarse tienen mayor probabilidad de terminar su relación en divorcio.

La adolescencia como ya se ha mencionado en capítulos anteriores es una crisis y a esta se le une la crisis que implica el embarazo, por lo tanto este conflicto no les permite entender las consecuencias de iniciar una vida sexual activa sin protección y el propio embarazo.

La actitud que tome la adolescente en el embarazo va a depender de la etapa de la adolescencia en la que se encuentre; de tal forma que en la adolescencia temprana la mayoría de la joven niegan estar embarazadas o haber tenido relaciones sexuales sin protección aunque en el fondo saben que sí, presentará trastornos emocionales y su medio de defensa será un comportamiento agresivo hacia el niño (similar a envidia entre hermanos). Suelen molestarlo y en general se relacionan con él como si fuera un juguete. Se encuentra psicológicamente ligada a la madre y siente celos de los sentimientos que su hijo pueda despertar en ella.

En la adolescencia media destaca el afianzamiento de la propia identidad, es común la competencia con la madre por la atención y el cariño del padre. El embarazo la hace sentir independiente de los padres. Las adolescentes en esta etapa en general presentan incongruencia en su comportamiento como madres, en ocasiones responden de manera adecuada a las necesidades del niño por que sienten que siempre recibirán el amor de él, y en otras muestran poco interés o se desesperan ante las nuevas responsabilidades.

En la adolescencia tardía el embarazo se percibe de forma distinta porque la joven la ve como una forma de estar con el novio o de estar más unidos. En cuanto a la maternidad estas jóvenes afrontan los problemas de manera más realista por que sus destrezas cognitivas son más amplias, tienen mayor desarrollo psicosocial y cuentan con una red de apoyo más grande.

En el control prenatal se les puede brindar educación a las adolescentes embarazadas y apoyo psicológico, que les permitirá aclarar sus dudas sobre el embarazo, parto y puerperio. Cuando se lleva un correcto control prenatal se puede evitar complicaciones como: aborto espontáneo, preeclampsia, eclampsia, anemia, distocia de trabajo de parto, parto prematuro, sepsis, infección de vías urinarias y bajo peso al nacer.

La mejor manera de prevenir el embarazo en las adolescentes es que en las escuelas se les brinde asesoría sobre sexualidad responsable, que los padres tengan una buena comunicación con sus hijos y que puedan hablar de sexualidad de manera abierta. Algunos padres se niegan a tratar estos temas con sus hijos por que temen que al saberlo ellos quieran ponerlo en práctica, pero es lo contrario, por que los jóvenes que conocen

más sobre estos temas tienen mayor probabilidad de utilizar algún método anticonceptivo o de posponer las relaciones sexuales.⁽³⁶⁾

4.8. Complicaciones del embarazo.

Hiperémesis. Vómitos perniciosos de 2-4 veces por día después de la 20SDG durante la gestación que causa trastornos nutricionales e hidroelectrolíticos que se manifiestan por pérdida de peso, cetosis, cetonuria, y en etapas avanzadas, lesión hepática trastornos neurológicos, hemorragias retinianas y daño renal.

Manifestaciones Clínicas

- Vómitos frecuentes
- Malestar anímico
- Peso Corporal
- Deshidratación e inanición
- Intolerancia a la Vía Oral
- Piel seca
- Desequilibrio Hidroelectrolítico Na, K, Cl.

Síndrome Anémico. Es la disminución de la masa de hemoglobina durante el período grávido puerperal. Se considera anemia una HB <11 gr % en el primer y tercer trimestre y <10,5 gr % en el segundo trimestre.

La anemia severa siempre debe hospitalizarse para estudio.

El embarazo es una condición que predispone a que se manifieste una anemia por la discordancia entre el aumento de la masa eritrocítica (18-30%) y el incremento del volumen plasmático (50%), con la de que puede coexistir una pérdida aguda de sangre por una patología obstétrica o médica concomitante.

Manifestaciones Clínicas

La clínica dependerá de la reserva funcional, intensidad y etiología de la anemia. En el grado leve se produce fatiga, debilidad, palpitations y somnolencia, síntomas por lo demás comunes. En el grado moderado existe taquicardia, palidez, sudoración y disnea de esfuerzo. La inestabilidad hemodinámica se asocia a pérdidas agudas e intensas de masa eritrocitaria que obligan a su hospitalización.

Dieta: Los alimentos que permiten la mayor absorción de hierro son la carne de vacuno, pescado y pollo, interiores: hígado, riñones y embutidos de sangre.

Enfermedad Hipertensiva del Embarazo. Padecimiento que complica el embarazo mayor de 20 SDG o al puerperio (No mas de 14 días), y que se manifiesta por hipertensión arterial, proteinuria y edema.

Así como en casos muy severos alteraciones hematológicas, hepáticas y del sistema nervioso central (convulsiones y estados de coma).

Clasificación.

Preclampsia Leve. Presión arterial de 140/90mmHg o más pero menor de 160/110mmHg o elevación de 30mmHg en la sistólica y 15mmHg de diastólica.

Proteinuria de 300mg/l o más pero menor de 2gr.

Edema leve o ausente.

Ausencia de síndrome vasculoespasmódico.

Preclampsia Grave. Presión arterial de 160/110mmHg o más, con la paciente en reposo en cama, en dos ocasiones con un mínimo de diferencia de 6 hrs. Entre uno y otro registro.

Proteinuria de 2gr ó más, en orina de 24 hrs, de 3+ a 4+ en examen semicuantitativo con tira reactiva, en nuestra orina tomada al azar.

Oliguria.

Trastornos cerebrales o visuales como alteraciones de la conciencia, cefalea, fosfenos, acufenos, visión borrosa, diplopía.

Dolor epigástrico o en el cuadrante superior derecho del abdomen.

Edema pulmonar.

Cianosis.

Función hepática alterada.

Trombocitopenia.

Alteraciones metabólicas (hiperglucemia, acidosis metabólica, etc).

Eclampsia. Esta es cualquier caso con uno o más de los datos de hipertensión arterial sistémica, edema, proteinuria, independiente de las cifras de presión arterial existentes, en el cual se presentan convulsiones.

Síndrome HELLP es el síndrome donde hay hemólisis de eritrocitos, aumento de enzimas hepáticas, disminución de cuenta plaquetaria.

Embarazo múltiple. La incidencia de la enfermedad es alrededor de 5 veces mayor que la observada en la población general de embarazadas, lo que se atribuye a mayor demanda placentaria.

Hipertensión crónica. La incidencia de la enfermedad se quintuplica con relación a lo esperado.

Diabetes Mellitus. Existe una mayor incidencia de embarazadas diabéticas con inadecuado control metabólico y con nefropatía diabética.

Mola hidatidiforme. La aparición es más precoz y frecuente en las molas de gran tamaño.

Aborto. Es la interrupción del embarazo que resulta en la expulsión de un feto inmaduro, no viable. El límite de la viabilidad es un concepto dinámico, desplazándose a edades gestacionales cada vez menores, producto de los avances en cuidados intensivos neonatales. Por convención se considera aborto a un feto que pesa menos de 500 gr. o de una edad gestacional menor a 22 semanas de amenorrea.

Manifestaciones Clínicas.

- Dolor- contracciones uterinas
- Sangrado transvaginal
- Modificaciones del cervix.

Infección de Vías Urinarias (IVU). Son las infecciones bacterianas o las inflamatorias que afectan a cualquier segmento de las vías urinarias. Se presentan con frecuencia en mujeres embarazadas o durante el periodo posparto.

Las infecciones de IVU Inferiores pueden afectar a la vejiga (cistitis), uretra (uretritis).

Manifestaciones Clínicas

- Poliuria, disuria, urgencia, tenesmo y hematuria.
- Uretritis, disuria, micción frecuente y urgente.
- Cistitis, malestar suprapúbica, incontinencia de urgencia.
- Pielonefritis, fiebre, dorsalgia, anorexia.

Parto Pretérmino. Se define como el trabajo de parto y nacimiento que se inicia después de la 20 SDG, y antes de completarse 37 SDG o menos de 259 días.

Distocias. Es un parto difícil o prolongado debido a la falta de progreso en la dinámica del parto causado por anomalías que intervienen en la expulsión del producto. ⁽³⁷⁾

5. PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA LOS ADOLESCENTES.

5.1. Concepto de Planificación familiar.

La planificación es el derecho que toda persona tiene para decidir de manera libre, responsable e informada sobre cuando tener el primer hijo, número de hijos y espaciamiento de ellos.

Por ello se utilizan los métodos anticonceptivos, los cuales los dividiremos en temporales y definitivos.

5.2. Métodos Anticonceptivos.

Los temporales. Son los métodos cuyo efecto dura el tiempo que es empleado y al suspenderlos, la mujer puede embarazarse.

Entre los métodos temporales se encuentran, el condón masculino, femenino, diafragma, espermaticidas, el dispositivo intrauterino, los hormonales que son píldoras e inyecciones; y los temporales de acción poco efectiva, método del ritmo, temperatura basal, del moco cervical coito interrumpido y la lactancia materna.

Condón masculino. Es una cubierta de látex que se ajusta al pene, evita el depósito de semen dentro de la vagina y protege contra enfermedades de transmisión sexual y el SIDA.

Existen de diversos colores, sabores, figuras con espermaticida y lubricados. Es de bajo costo, accesible para todas las personas, puede cumplir con el 98% de efectividad y es

más efectivo si se combina con algún otro método.

Entre sus desventajas se encuentra alergia al látex, puede romperse en caso de uso no adecuado.

Condón femenino. Condón de látex en forma de G, es compacto y se enrolla dentro de la vagina, se estira con forme entra a la vagina. Tiene igual que el condón masculino un 98% de efectividad, pero su costo si es más alto.

Diafragma. Es un dispositivo en forma de cúpula, rodeado por un resorte circular firme. Evita que los espermatozoides entre al cuello del útero y esta indicado en relaciones sexuales esporádicas. Se coloca cuando hay contacto sexual, si se usa cuidadosamente, puede durar un año, es accesible y de bajo costo tiene entre un 88% y 98% de efectividad. Entre sus desventajas se encuentra que puede desprenderse en el acto sexual.

Espónja anticonceptiva. Esta hecha de poliuretano y tiene un espermaticida que se libera con el acto sexual. Es una esponja pequeña redonda cuyo extremo se ajusta al cérvix, tiene una asa para poder retirar la esponja de la vagina, este espermaticida dura 24 horas. Y tiene casi la misma eficacia que el diafragma se coloca de igual manera. Es cómodo pero algunas mujeres pueden presentar alergias o irritación.

Espermaticida. Son sustancias químicas que se aplican en la vagina se encuentran en presentaciones de jalea, espumas, cremas, tabletas y supositorios. Las propiedades que tienen destruyen a los espermatozoides y es una barrera mecánica que impide el paso. Se deben utilizar para su mayor eficacia con otro método anticonceptivo. Algunas personas presentan reacciones alérgicas a sus compuestos.

Dispositivo Intrauterino. Es un artefacto pequeño, flexible, hecho de plástico con un hilo de nailon en un extremo.

Se introduce en la cavidad uterina a través del conducto cervical, ejerce acción anticonceptiva, por que altera la bioquímica endometrial y la de los espermatozoides.

Actualmente se utiliza el progestasert, y la T de Cooper que dura hasta 8 años.

Tiene el 1% de fracasos al año. El mejor momento para aplicarlo es durante la menstruación, después de la expulsión de la placenta, después de legrado uterino ó durante la cesárea.

Esta indicado en mujeres en edad fértil multíparas que desean espaciar el embarazo, en la lactancia materna y en intolerancia al uso de anticonceptivos hormonales.

Los efectos adversos son presentar expulsión, hemorragia o dolor e infección pélvica.

Píldora oral. Esta compuesta por hormonas sexuales femeninas, estrógenos y progesterona. Evita la ovulación en 3 formas, eleva los niveles de estrógenos, lo que evita que el óvulo madure, eleva los niveles de progesterona, lo cuál hace que el moco cervical se haga más espeso. Cambia al endometrio levemente, evita la implantación de un óvulo fecundado.

Está indicado en mujeres menores de 35 años con menstruación regular, nulíparas ó multíparas.

Está contraindicado en enfermedad cardiaca, antecedentes de tromboflebitis ó embolia pulmonar, deterioro del funcionamiento hepático, sospecha de cáncer mamario y uterino.

Tiene un 90% de efectividad. Sus desventajas son que puede ocasionar hemorragia vaginal, náusea, vómito, sensibilidad dolorosa en senos, pérdida ó aumento de peso, cefalea. Estas molestias por lo regular desaparecen después de 1 a 3 meses de tomarlas.

Inyecciones. Se inyectan los estrógenos y progestágenos por vía intramuscular para formar un depósito, puede proporcionar anticoncepción de un mes ó seis meses depende del medicamento y su dosis, lo que hace es impedir la ovulación al suprimir la función de la denohipófisis.

Puede ocasionar aumento de peso, cefalea, nerviosismo, mareos y fatiga, al igual que la píldora tiene un 90% de efectividad.

Implantes Subcutáneos. Es un sistema que contiene 36mg de levonorgestrel en seis bastoncillos. Se colocan dos bastoncillos en la parte interna del brazo en la subdermis, proporciona anticoncepción por 1 a 5 años, con un alto grado de eficacia y funciona de dos formas por un lado inhibe la ovulación y espesa el moco cervical. ^{(38) (39)}

6. GENERALIDADES DEL HOSPITAL NACIONAL HOMEOPÁTICO.

6.1. Organización y funcionamiento.

El Hospital Nacional Homeopático tiene actualmente una capacidad de 65 camas censables y 38 no censables. Básicamente la estructura cuenta con 3 edificios principales que son: Consulta Externa, Hospitalización, Área Administrativa y Servicios Generales.

Los ingresos de pacientes se realizan por Admisión-Urgencias; con relación a los pacientes prequirúrgicos se ingresan de acuerdo a carta de proceso; Cirugía Matutina ingresa día previo a las 18:00 hrs. ; Cirugía Matutina de corta estancia ingresa el mismo día a las 6:00 hrs. (por urgencias); pacientes pediátricos a piso directo.

Cirugía Vespertina mismo día a las 11:00 hrs.

Cirugía Corta, estancia ingresa el mismo día a las 13:00 hrs. (urgencias).

Los egresos son por motivo de alta médica, alta voluntaria y por defunción.

6.2. Filosofía de la Institución.

- La Secretaría de Salud en el Segundo Nivel de Atención, otorga servicios de atención ambulatoria, especialidad y de hospitalización, cuya resolución demanda técnicas y servicios de mediana complejidad, efectuando además acciones de vigilancia epidemiológica y fomento sanitario.
- El Hospital Nacional Homeopático, es un Hospital abierto porque brinda atención a todo paciente que recurre a él; y cuenta con los servicios de Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización, con las diferentes especialidades como son: Cirugía General, Medicina Interna, Gineco-obstetricia y Pediatría, utilizando en el tratamiento

la combinación de **Medicina Alópata y la Homeópata**, predominando la Homeopatía dentro de la Consulta Externa.

- La atención otorgada se basa principalmente en la promoción a la salud, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación del paciente, para tal efecto es indispensable la promoción, enseñanza y atención de Enfermería óptima, así como una excelente práctica de la Medicina Homeopática, y/o Alopática, que requiere el paciente Hospitalizado.

6.3. Políticas de la institución.

- Proporcionar atención a toda la población que demanda los servicios del segundo nivel de atención, sin distinción de raza y credos.
- Efectuar todas las acciones y actividades marcadas en los programas de salud de acuerdo a las normas estipuladas por la Secretaría de Salud.
- Desarrollar la educación continua para el personal adscrito a la unidad, promoviéndola y fomentándola.

6.4. Objetivos de la institución.

- Proporcionar consulta médica y hospitalización a población abierta, principalmente a aquellos que no gocen del derecho a otra Institución.
- Desarrollar la capacitación de protección médica y la investigación de nuevos métodos o sistemas que contribuyan al mejoramiento de la Medicina Homeopática, como prioridad en coordinación con la Alopática.

6.5. Aspectos de la Institución.

Por su constitución	Es un Hospital Mixto, ya que cuenta con 2 tipos de construcción vertical y horizontal.
Por su nivel de atención	Es un Hospital de segundo nivel, ya que cuenta con las 4 especialidades básicas: Pediatría, Cirugía General, Gineco-obstetricia y Medicina Interna. Además cuenta con servicios de apoyo como: Rayos X, Laboratorio, Transfusiones, Clínica de Displasias. Se aplica la terapéutica alopática y la homeopática.
Población que atiende	Es un Hospital que atiende a población abierta y su mayor demanda es de población del Estado de México.
Por su número de camas	Cuenta con un total de 103 camas, 65 censables y 38 no censables.
Morbilidad principal.	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoxia Intrauterina y Asfixia. • Hernia de la Cavidad Abdominal. • Colelitiásis. • Diabetes Mellitus. • Apendicitis. • Enfermedades del Corazón. • Neumonía.
Promedio de día estancia del paciente	2.4
Porcentaje de ocupación	61.9

6.6. Estadística

Población de adolescentes atendidas en el servicio de UTQ por razón obstétrica en el periodo del 1 de Agosto del 2002 al 31 de julio del 2003 en el Hospital Nacional Homeopático.

Adolescentes	12 a 14 años	15 a 17 años	18 a 21 años
TOTAL	16	286	499

Población general de pacientes atendidas en el servicio de UTQ por razones obstétricas en el Hospital Nacional Homeopático en el periodo del 1 de Agosto del 2002 al 31 de julio del 2003.

Pacientes	Población General
TOTAL	3217

7. DATOS ESTADISTICOS NACIONALES.

Características seleccionadas de nacimientos registrados en el 2002.

Grupos quinquenales de edad de la madre	2699.084	170.405
Menores de 15 años	0.4	0.2
15 a 19 años	15.6	13.3
20 a 24 años	28.1	26.1

Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años) por entidad federativa en el 2001.

Entidad	Porcentaje
D. F.	13.2
Estado de México	17.

Promedio de hijos nacidos vivos de madres de 12 años y más por entidad federativa según grupo de edad.

Entidad	12 y más	12 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años
D. F.	2.0	No significativo	0.1	0.6
Estado de México	2.4	No significativo	0.1	0.8

IV. JUSTIFICACIÓN.

En el año de servicio social en el Hospital Nacional Homeopático encontramos un alto índice de adolescentes embarazadas que en su mayoría se embarazaron por falta de comunicación en su ámbito familiar, ó simplemente por que no contaban con información adecuada sobre planificación familiar.

La adolescencia es una etapa de cambios muy importantes donde las adolescentes no se encuentran emocional y físicamente aptas para afrontar la responsabilidad que implica un embarazo y la maternidad.

Las consecuencias son muchas y muy variadas desde no contar con el apoyo de la pareja, de la familia, no poder solventar problemas económicos y un cambio en su estilo de vida, lo cuál les crea conflictos emocionales que repercuten definitivamente en el binomio madre-hijo.

Esto nos hace pensar que es un sector desprotegido que requiere que se le tome en cuenta en los programas de educación para la salud que se imparten en el Hospital Nacional Homeopático. Dichos programas podrían incluir a las escuelas primarias y secundarias cercanas a la zona con el propósito de prevenir posibles embarazos en las jóvenes.

Nuestra investigación identificó aspectos físicos, sociales y psicológicos que se ven modificados en las adolescentes que son madres y de que manera estas modificaciones intervienen en su desarrollo personal. Pretendemos que estos resultados sirvan para la creación de una propuesta que brinde información y motive al personal de enfermería del Hospital Nacional Homeopático a orientar e informar a las adolescentes sobre como llevar una sexualidad responsable así como proporcionarles alternativas de desarrollo que les permita afrontar su realidad.

V. OBJETIVO GENERAL.

- Conocer de qué manera el embarazo en adolescentes modifica su aspecto físico, psicológico y social.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Conocer si el embarazo implica el abandono de sus expectativas y aspiraciones.
- Determinar el impacto socio- económico en las adolescentes que son madres.
- Identificar las consecuencias físicas del embarazo en las adolescentes.

OBJETIVO A MEDIANO PLAZO.

- Desarrollar una propuesta y recomendación para el Hospital Nacional Homeopático.

VI. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

Tipo de diseño. La investigación es observacional descriptiva.

Universo. Adolescentes puérperas de 11 a 21 años internadas en el Hospital Nacional Homeopático.

Población. Adolescentes en puerperio inmediato internadas en el Hospital Nacional Homeopático.

Muestra: No probabilística 80 adolescentes.

Criterio de Inclusión. Adolescentes puérperas en sus primeras 24 horas pos parto ó pos cesárea, que sean primigestas, que tenga de 11 a 21 años y que vivan en el DF.

Criterios de exclusión. Adolescentes puérperas en sus primeras 24 horas pos parto ó cesárea que sean multigestas, mayores de 21 años y que vivan fuera del DF.

Variables.

Las variables incluidas en el estudio se pueden agrupar en diferentes apartados:

- Variables de identificación:
- Variables de estudio socioeconómico.
- Variables de relación familiar.
- Variables de percepción personal.
- Variables de percepción ante el embarazo.
- Variables de percepción ante la maternidad
- Variables de percepción del embarazo ante la sociedad
- Variables de expectativas a futuro.
- Variables de métodos anticonceptivos.

Método, técnica e instrumento de recolección de datos.

Como método de recolección de datos se utilizará el interrogatorio directo.

Como técnica: Entrevista directa.

Como instrumento: Cuestionario con 40 preguntas de opción múltiple (ver anexo).

Procesamiento de datos. Será a través del programa SPSS en el que primero se capturó la información de las encuestas, dando forma y estilo a las gráficas, en Word se pudo modificar alguna información y títulos.

VII. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.

La población estudiada comprende 80 adolescentes de 11 a 21 años de edad pos parto primigestas internadas en el Hospital Nacional Homeopático en los meses de Noviembre y Diciembre del 2003

Con respecto a la edad de las adolescentes se puede mencionar que el 28% de las encuestadas tienen 14, 15, y 16 (Adolescencia temprana), el 44% tienen 17, 18 y 19 (Adolescencia media) y el 29% tienen 20 y 21 (Adolescencia tardía). (Ver cuadro y gráfica #1)

De acuerdo con los resultados obtenidos podemos mencionar que en cuanto al estado civil el 53.8% de las encuestadas vive en unión libre, el 37.5% son solteras y solo un 8.8% es casada. (Ver cuadro y gráfica #2)

Se puede mencionar que el 52.5% de las adolescentes viven actualmente con su pareja, el 41.3% vive con su familia y el 6.2% vive con algún conocido. (Ver cuadro y gráfica #3)

Respecto al lugar donde viven podemos notar que el 53.8% vive en un lugar rentado, mientras que el 28.8% refiere vivir en casa propia y el 17.5% en un lugar prestado. (Ver cuadro y gráfica #4)

En lo que se refiere al número de personas que aportan dinero en su casa tenemos que un 47.5% solo una persona aporta dinero, un 22.5% dos personas, un 18.8% tres personas y un 11.3% cuatro o más personas aportan dinero. (Ver cuadro y gráfica #5)

En cuanto al número de cuartos que hay en su casa sin contar el baño y la cocina encontramos que el 43.8% cuentan con dos cuartos, el 30% con sólo uno, el 18.8% con tres y el 7.5% cuatro o más. (Ver cuadro y gráfica #6)

Con respecto al número de personas que viven en su casa podemos mencionar que el 36.3% viven con dos o tres personas, el 32.5% cuatro o cinco y el 31.3% seis o más. (Ver cuadro y gráfica #7)

Se puede mencionar que en cuanto a las personas que conforman su familia el 58.8% refiere que su familia esta formada por papá, mamá y hermanos, el 27.5% sólo uno de los padres y hermanos, 10% solo la mamá, 2.5% los hermanos y con 1.3% solo el papá. (Ver cuadro y gráfica #8)

Podemos mencionar que en cuanto a la ocupación el 35% de las encuestadas refieren ser trabajadores, el 30% se dedican al hogar, el 27.5 es estudiante y el 7.5 no tiene ninguna ocupación. (Ver cuadro y gráfica #9)

Respecto a la escolaridad se puede mencionar que el 30% no terminó la secundaria, el 25% cuenta con secundaria completa, con un mismo porcentaje de 16.3% se encuentran las que tienen primaria completa y bachillerato incompleto, un 10% no terminó la primaria y solo un 2.5% cuenta con bachillerato completo. (Ver cuadro y gráfica #10)

En cuanto a la sospecha de embarazo el 82.5% refiere que el retraso de la regla fue su primera sospecha mientras que un 17.5% refiere que fueron los cambios físicos. (Ver cuadro y gráfica #11)

De acuerdo con los resultados podemos decir que el 60% de las encuestadas mencionó que a la primera persona a la que le comunicaron que se encontraba embarazada fue a su

pareja, el 23.8% refiere que fue a su mamá, el 15% a un amigo (a) y el 1.3% a un hermano(a). (Ver cuadro y gráfica #12)

Con respecto a la confirmación del embarazo el 77.5% acudió al médico y el 22.5% se realizó una prueba comercial de embarazo. (Ver cuadro y gráfica #13)

En cuanto a la reacción de la pareja al saber del embarazo, el 46.3% refiere que la primera reacción fue felicidad, 20% fue incertidumbre, 17,5% enojo, el 12.5% miedo y el 3.8% decidió que la pareja no supiera nada acerca del embarazo. (Ver cuadro y gráfica #14)

Respecto a la decisión de la pareja con respecto al embarazo el 71.3% refiere que su pareja decidió apoyarla, el 23.8% las abandonó y el 5% no sabe. (Ver cuadro y gráfica #15)

Se puede mencionar que en cuanto a como se enteró su familia del embarazo el 66.3% ella se los dijo, el 22.5% ellos se dieron cuenta, el 6.3% se enteraron por otra persona y el 5% refiere que su familia no está enterada de su embarazo. (Ver cuadro y gráfica #16)

En cuanto a cómo recibió la familia la noticia del embarazo, el 48.5% de las encuestadas mencionó que sus familiares se sintieron decepcionados, el 28% refiere que se sintieron felices, el 18% se enojaron al recibir la noticia y el 3.8% no se los comunicó. (Ver cuadro y gráfica #17)

De acuerdo con lo que dijeron las encuestadas en cuanto a qué sentimiento tuvieron al saber que estaban embarazadas el 48.8% mencionó que se sintió angustiada, el 47.5% se sintió feliz y el 3.8% se sintió enojada. (Ver cuadro y gráfica #18)

Cuando se les cuestionó acerca de qué sentimiento tuvieron antes de que naciera su bebé el 61.3% refiere que sintió miedo, el 31.3% sintió angustia y el 7,5% se sintió triste. (Ver cuadro y gráfica #19)

Con respecto al sentimiento que tuvieron al ver por primera vez a su bebé el 95% refiere que sintió alegría, el 2.5% sintió tristeza y el 2.5% sintió miedo. (Ver cuadro y gráfica #20)

En cuanto a cómo se siente actualmente después de ser madre con respecto a la relación con sus seres queridos el 77.5% se siente apoyada, el 15% se siente querida, el 3.8% se siente triste y el 2.5% se siente sola. (Ver cuadro y gráfica #21)

Respecto a la percepción de algún tipo de cambio en su persona después del parto el 95% de ellas contestó que sí y el 5% contestó que no. (Ver cuadro y gráfica #22)

Acerca de cual había sido el cambio en su persona, el 80% contestó que ahora era más responsable, el 13.8% que ahora ya no podría divertirse como antes y el 6.2% que no ha cambiado en nada. (Ver cuadro y gráfica #23)

En cuanto a si habían percibido algún cambio en su aspecto físico, el 50% opinó que su figura había cambiado, el 35% opinó que había aumentado de peso y 15% refiere que no cambio en nada. (Ver cuadro y gráfica #24)

Acerca de quien les ayudará con los gastos del bebé el 61.3% refiere que la pareja, el 33.8% que su familia y el 5% que nadie. (Ver cuadro y gráfica #25)

En cuanto a la ocupación que tiene la pareja el 80% refiere que trabaja, el 11.2% no tiene ninguna ocupación y el 8.8% estudia. (Ver cuadro y gráfica #26)

Respecto a la escolaridad que tiene la pareja se puede mencionar que el 27.5% cuenta con secundaria completa, 17.5% no terminó la secundaria, el 17.5% primaria completa 11.35%

con primaria incompleta, el 7.5% cuenta con bachillerato completo, 16.3% bachillerato incompleto, un 2.5% con Licenciatura. (Ver cuadro y gráfica #27)

Con respecto a si tiene algún tipo de relación con la pareja, el 65% dijo que sí y el 35% respondió que no. (Ver cuadro y gráfica #28)

En cuanto a si cambió la relación con su pareja con el embarazo, un 38.8% respondió que los unió más, mientras que un 41.3% respondió que los separó y que un 20% no cambió su relación. (Ver cuadro y gráfica #29)

También se les preguntó sobre su ocupación a partir del nacimiento del bebé y el 53.8% se dedicará al hogar, el 35% a trabajar, el 6,3% a estudiar y el 5% no sabe. (Ver cuadro y gráfica #30)

Con respecto a cuales eran sus planes antes de embarazarse, el 53.8% estudiar, el 37.5% trabajar y el 8.8% ninguno. (Ver cuadro y gráfica #31)

En cuanto a los planes a futuro el 53.8% se dedicará a trabajar, el 21.3% a estudiar, el 18.8% al hogar y el 6.3% no sabe. (Ver cuadro y gráfica #32)

Respecto a qué opina la gente de las chicas que se embarazan jóvenes el 54% de ellas respondieron que no se dan a respetar y el 46.3% son muy jóvenes. (Ver cuadro y gráfica #33)

Acerca del cambio en su relación con los amigos el 38.8% refiere que le dejaron de hablar, el 35% los dejó de frecuentar y el 15% sigue igual y el 11.3% restante contestó que la habían apoyado más. (Ver cuadro y gráfica #34)

Se les preguntó si para ellas era importante brindarle una familia al bebé, el 92.5% respondió que era importante y el 7.5% contestó que para ellas no era importante. (Ver cuadro y gráfica #35)

En cuanto a la opinión que tenían antes de embarazarse sobre la formación de una familia, el 50% respondió que era importante mientras que para el 35% no era importante y al 15% le era indiferente. (Ver cuadro y gráfica #36)

Se les preguntó si les gustaría que el Hospital les brindara información sobre temas de su interés que les sirvieran de apoyo en esta nueva etapa en su vida y el 100% contestó que sí. (Ver cuadro y gráfica #37)

En cuanto a los temas de su preferencia el 40% respondió que le gustaría el tema de sobre responsabilidades y cambios que habrá en su vida con la llegada del bebé, el 28.8% quiere información de métodos anticonceptivos, un 18.8% prefiere lactancia materna y primer año de vida y el 12.5% prefieren el tema de autoestima. (Ver cuadro y gráfica #38)

Respecto a si utilizaban algún método anticonceptivo antes de embarazarse el 75% respondió que no y el 25% restante contestó que sí. (Ver cuadro y gráfica #39)

También se les preguntó a las que utilizaban algún método anticonceptivo cuál era el que utilizaba y el 11.3% contestó que utilizaba el condón, el 10% pastillas ó inyecciones, el 3.8 utiliza el coito interrumpido y el 75% restante no utilizaban ninguno. (Ver cuadro y gráfica #40)

En cuanto a si encontraban algún inconveniente para utilizar algún método anticonceptivo, el 85% refiere que no los conoce bien, 12.5% que su pareja no está de acuerdo, el 1.3% sus creencias no se los permite y el restante 1.3% contestó que no están a su alcance. (Ver cuadro y gráfica #41)

VIII. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Casi la mitad de las adolescentes primigestas encuestadas en el Hospital Nacional Homeopático se encuentran en la adolescencia media, esto podría ser interpretado como que en esta etapa los jóvenes suelen tener un “sentimiento de omnipotencia” y toman riesgos que les pueden traer como consecuencias embarazos no deseados.

De la población encuestada un alto porcentaje vive en unión libre o permanece soltera, esto nos deja ver que en esta etapa las adolescentes no piensan en formalizar un compromiso.

La mitad de las adolescentes viven con su pareja esto nos habla de que probablemente la respuesta de la pareja fue favorable al hacerse responsable de la paternidad, pero no podemos dejar de notar que la otra parte vive actualmente con su familia esto nos deja ver que a lo mejor ellas aún no quieren perder la seguridad que encuentran en el ámbito familiar.

En cuanto al nivel económico de las adolescentes encuestadas podemos pensar que la mayoría son de nivel bajo, porque más de la mitad no cuenta con casa propia, en casi la mitad de los casos solo una persona aporta dinero en su casa, una muy amplia mayoría cuenta con uno o dos cuartos en su vivienda sin contar el baño y la cocina, y que una tercera parte refieren que en su casa viven seis o más personas; esto nos deja ver que a lo mejor su situación económica no es del todo favorable y que la llegada del bebé en la mayoría de los casos complicará más la situación. Esto representa un riesgo tanto para la madre como para el hijo puesto que los dos están en desarrollo y requieren que se destine cierta cantidad de la economía familiar para cubrir sus necesidades primordiales, dicha situación nos indica que crecerán con muchas carencias. La situación de cada adolescente debe ser evaluada y de encontrarse en riesgo evidente deberá ser referida a instituciones de asistencia pública.

Con relación a la familia a la que pertenece la adolescente se puede notar que poco más de la mitad refiere pertenecer a una familia completa es decir que cuenta con papá mamá y hermanos; el resto proviene de familias incompletas como son las que cuentan con uno de los padres y hermanos, solo uno de los padre y solo los hermanos, es decir que estas jóvenes provienen de una familia fracturada; dicha situación probablemente puede ocasionar en ellas frustración y discrepancias entre los miembros de su familia, lo cual podría influir en que no exista una buena comunicación, esto aumenta el riesgo de que los jóvenes salgan a buscar la comprensión y el amor que en su entorno familiar no encuentran.

En cuanto a la ocupación se puede mencionar que solo una cuarta parte de las adolescentes es estudiante y el resto trabajan o se dedican al hogar o no tienen ninguna ocupación; esto nos hace pensar que hay un alto porcentaje de abandono escolar y un muy alto número de jóvenes que sin contar con las herramientas necesarias se incorporan al área laboral, como lo muestran los resultados que nos dicen que casi una tercera parte trabaja.

De la población encuestada podemos mencionar que una tercera parte no terminó la secundaria, la cuarta parte si la terminó y el resto cuenta con primaria completa, incompleta, bachillerato completo o incompleto. De acuerdo con la edad de las adolescentes la mayoría de las encuestadas deberían contar con secundaria completa, pero no es así, ya que más de la mitad no terminó la secundaria o cuenta tan solo con primaria completa o incompleta; esto nos hace reafirmar lo que anteriormente se había pensado en

cuanto que hay un alto porcentaje de abandono escolar **y que en ocasiones entre menos** escolaridad aumenta el riesgo de presentar un embarazo no deseado, debido a que no cuentan con los conocimientos mínimos en cuanto a los cambios físicos que esta presentando y mucho menos de cómo llevar a cabo su sexualidad responsablemente.

En cuanto a la sospecha de embarazo la mayoría refiere que su primera sospecha fue el retraso de la regla y con respecto a cómo confirmaron que en realidad estaban embarazadas, tres cuartas partes mencionaron que acudieron al médico, esto nos hace pensar que la mayoría de las encuestadas cree que es importante la atención médica en este tipo de situación, este dato es importante ya que en esta primera consulta las adolescentes pueden ser captadas por el personal de enfermería el cual puede llevar a cabo un estrecho seguimiento tanto del embarazo como de la etapa pos parto. Es aquí donde el Licenciado en Enfermería puede implementar programas de educación para la salud, en los cuales brinde orientación con respecto al embarazo, cambios físicos, como prevenir complicaciones, signos de alarma, alternativas de desarrollo personal, consejos para mejorar su autoestima y temas que sean de interés para las jóvenes, dichos temas deberán ser elaborados tomando en cuenta que es un sector vulnerable de la población que requiere atención especial.

Más de la mitad de las encuestadas manifestó que a la primera persona a la que le comunicaron de su embarazo fue a su pareja y tan solo una cuarta parte se lo dijo a su mamá, esto nos podría decir que quizá tengan mucho más confianza con su pareja que con alguien que representa algún tipo de autoridad como lo es la madre.

En cuanto a la reacción de la pareja al saber del embarazo casi la mitad manifestó que su primera reacción fue felicidad, el resto manifestó que su reacción había sido incertidumbre, enojo o miedo; aunque no es mayoría podemos mencionar que es alto el porcentaje donde la primera reacción de pareja no fue felicidad esto podría ser porque en esta etapa no se planea formar una familia además en nuestra sociedad es muy común el machismo ya que los jóvenes quieren ejercer su sexualidad sin ningún tipo de compromiso depositan toda la responsabilidad de evitar un embarazo a la mujer y cuando el embarazo se da, la culpa es solo de ella por que no supo cuidarse, pero por otro lado si la joven propone o utiliza algún método anticonceptivo su pareja suele juzgarla como que tiene mucha experiencia; esta cultura debe cambiar debido a que la salud reproductiva es un compromiso de los dos tanto para la prevención de embarazos como de enfermedades de transmisión sexual.

En cuanto a cuál fue la decisión de la pareja ante el embarazo tres cuartas partes manifestaron que su pareja decidió apoyarlas y el resto las abandonó o no sabe del embarazo; según estos resultados podríamos creer que la paternidad fue aceptada favorablemente por la pareja, esto no siempre nos condiciona el éxito de la relación de pareja o que puedan ser buenos padres, porque como sabemos en esta etapa los adolescentes no saben aún lo que quieren y no han adquirido cierto criterio de responsabilidad.

Con respecto a cómo le comunicaron a la familia acerca de su embarazo más de la mitad refiere que ellas se lo dijeron, podríamos pensar que probablemente ellas decidieron hacerle frente a su problema porque tal vez exista una buena comunicación con su familia; el resto manifestó que se enteraron por otra persona o se dieron cuenta, esto nos deja ver que a lo mejor en estos casos no existe la confianza para hablar sobre este tema, como sabemos en

esta etapa existen algunos problemas generacionales que dificultan la comunicación entre padres e hijos.

En cuanto cómo recibió la familia la noticia del embarazo más de la mitad manifestó que se sintieron decepcionados o enojados, esto puede deberse quizás a que la mayoría de los padres pretenden que los hijos logren ser o hacer muchas de las cosas que ellos no pudieron y desean ver en sus hijos realizadas sus propias metas. El resto manifiesta que su familia recibió con felicidad la noticia, a lo mejor puede ser porque aún hay gente que piensa que el único objetivo de las mujeres es la maternidad.

En cuanto al primer sentimiento que tuvo al confirmar su embarazo casi la mitad de las adolescentes refiere que se sintió angustiada ante un cambio radical en sus vidas que implicaba una gran responsabilidad, otra parte manifestó sentirse feliz con la noticia mostrando con esto una aparente madurez ó quizá muchas de ellas no se percatan aún de la responsabilidad que esto implica, una minoría se sintió enojada por la noticia porque a lo mejor no estaba entre sus planes embarazarse en ese momento.

Con respecto a qué sintieron momentos antes del nacimiento del bebé más de la mitad refiere haber sentido miedo, quizás porque para ellas esto era algo nuevo y desconocido, el resto refiere haber sentido angustia o tristeza probablemente por no saber si ella y su bebé saldrían con bien. Aunque ahora existe mucha información en revistas y libros acerca del parto, dicha información no está al alcance de toda la población; aún se sigue manejando en el dominio popular que el parto es igual a dolor, es de ahí que las jóvenes de entrada ya van predispuestas a que van a sentir un inmenso dolor que aunado a poca información y a su corta edad hacen que este momento sea de profunda incertidumbre, lo que puede ocasionar que no colaboren adecuadamente a la hora del nacimiento de su hijo, para evitar esto el Licenciado en Enfermería debe brindar información a las adolescentes sobre el trabajo de parto y como ellas pueden colaborar para facilitar el nacimiento de su hijo, esta tarea debe realizarse durante el control del embarazo para que ellas se vayan concientizando, pero si esto no fuera posible esta información se deberá proporcionar cuando la joven se encuentre en la Unidad Tocoquirúgica.

La mayoría de las adolescentes manifestó haber sentido alegría al ver por vez primera a su hijo, quizás se debe a que por lo general las mujeres tenemos ese sentimiento maternal y además probablemente las adolescentes vean en su hijo aquel que les brindará el amor y cariño que ellas desean. Un bajo porcentaje manifestó haber sentido tristeza o miedo a lo mejor por que su hijo presentó alguna complicación o por que en ese momento se dieron cuenta de la gran responsabilidad que habían adquirido.

En cuanto cómo perciben actualmente su relación con sus seres queridos, la mayoría refiere sentirse apoyada y querida, y un porcentaje mínimo manifiesta que en estos momentos se siente triste, desamparada o sola; en la mayoría de los casos la familia suele brindar su apoyo a la adolescente, pero en algunas ocasiones la familia no perdona “la falta” cometida por la joven y suelen recriminarle constantemente sus actos, esto puede crear en ella un sentimiento de soledad y desamparo.

Con respecto si habían percibido algún cambio en su persona la mayoría manifestó que sí y un mínimo porcentaje contestó que no, esto probablemente se deba a que en esta etapa los adolescentes suelen tener un sentimiento de negación, lo que para otros es evidente para ellos no es.

Con respecto a cuál había sido el cambio que había percibido, la mayoría contesto que ahora era más responsable y el resto que ya no podría divertirse como antes; probablemente esto nos indica que ellas están concientes de que ahora su situación ya no va a ser la misma, que han adquirido nuevas responsabilidades las cuales limitaran hasta cierto punto sus horas de esparcimiento.

En lo que se refiere a la percepción de cambios físicos la mitad de las encuestadas manifestó que su figura había cambiado, y el resto que aumentaron de peso; en la adolescencia el aspecto físico es muy importante y estos cambios tan radicales pueden afectar su autoestima, esto las puede llevar a un estado de inseguridad y depresión, por lo que es necesario llevar a cabo un seguimiento continuo de estos casos, esto nos permite identificar a tiempo problemas de conducta o desórdenes alimenticios.

Con respecto a quien las ayudará con los gastos del bebé, más de la mitad refiere que su pareja, esto puede deberse a que en estos casos la pareja asumió su responsabilidad; el resto refiere que su familia, dentro de nuestra sociedad suele ser común que los padres de la adolescente le brinden su apoyo en estos casos, haciéndose ellos responsables de los gastos y en algunas ocasiones de la crianza del nuevo miembro de la familia.

En cuanto a la ocupación de la pareja más de la mitad refiere que trabaja, el resto manifestó que no tiene ninguna ocupación y un mínimo porcentaje estudia; actualmente la situación económica del país es muy difícil y en los empleos requieren de personal capacitado, esto podría complicar la situación de la pareja porque al no contar con un empleo tendrán que depender de sus familiares.

Con respecto a la escolaridad de la pareja podemos mencionar que un mínimo porcentaje cuenta con licenciatura, una cuarta parte tiene bachillerato completo o incompleto, otra cuarta parte terminó la secundaria, el resto o no la terminó o cuenta con primaria completa o incompleta; esto nos deja ver que el nivel educativo de las parejas es bajo y que probablemente solo podrán conseguir empleos mal remunerados que en poco podrán ayudar a que la adolescente continúe estudiando, lo que tal vez ocasione que también ella tenga que trabajar.

También se les cuestionó si seguían teniendo algún tipo de relación con el papá de su hijo, más de la mitad mencionó que sí y el resto que no; esto quizá se deba a que en algunos casos la pareja decide apoyarla pero cada uno vive con su familia y la relación de pareja es nula o en otros casos la relación se disolvió con la presencia del embarazo.

Con respecto a los cambios en la relación de pareja, casi la mitad contestó que el embarazo los separó, esto podría deberse quizás a que el embarazo no fue planeado y que sólo les trajo más obligaciones y responsabilidades, otra parte manifestó que el embarazo los unió más, probablemente porque a lo mejor el embarazo les permitió afianzar más su relación de pareja, el resto refiere que no percibió ningún cambio tal vez porque aún no tienen bien definido lo que implica la relación de pareja.

Con respecto a lo que se van a dedicar ahora a partir de la llegada del bebé, más de la mitad se dedicará al hogar, el resto a trabajar y un mínimo porcentaje a estudiar o no sabe a que se va a dedicar. En cuanto a los planes que tenía la adolescente antes de embarazarse más de la mitad deseaba seguir estudiando, el resto quería estudiar y una mínima cantidad no tenía ningún plan. En relación con los planes a futuro más de la mitad quiere trabajar, el resto al hogar o a estudiar y un mínimo porcentaje no sabe. Estos datos nos dejan ver que sus planes cambiaron radicalmente con el embarazo porque para las que era importante seguir estudiando ahora ya no es, ahora su prioridad es trabajar o dedicarse al hogar siendo que antes de embarazarse no lo hubiesen contemplado; esto nos deja ver que quizás estas jóvenes requieran de una buena asesoría que les ayude a redefinir mejor su futuro.

En cuanto a la opinión que tienen las personas respecto a las chicas que se embarazan jóvenes, más de la mitad refiere que la gente piensa que no se dan a respetar y el resto que son muy jóvenes; esto podría deberse a que ellas perciben que la sociedad no ve con buenos ojos este tipo de actos lo que puede ocasionar que las jóvenes se sientan rechazadas. La situación de la adolescente se complica aún más, porque no solo tiene que afrontar la responsabilidad de un embarazo no planeado, sino que en muchos casos tienen que soportar el rechazo por parte de la sociedad, esta situación en algunas ocasiones puede afectar considerablemente su autoestima.

Con respecto así el embarazo había modificado su relación con sus amigos, más de la mitad mencionó que les dejaron de hablar o ella los dejó de frecuentar, esto puede deberse que la adolescente percibe que ya no encaja con su grupo de pares, debido a que el embarazo implica una serie de responsabilidades que disminuyen la posibilidades de socializar con sus pares; el resto refiere que su relación sigue igual o que la apoyaron más, esta situación es favorable porque durante el embarazo o en el puerperio las adolescentes suelen deprimirse y el apoyo que les brinden sus amigos puede ayudarles a superar esta etapa.

En cuanto a si para las jóvenes era importante brindarle una familia al bebé la mayoría refiere que es muy importante, esto puede deberse a que con la maternidad ellas se han dado cuenta de lo importante que es la familia tanto como proveedora de bienes como de seguridad y amor. Con respecto a la opinión que tenían antes de embarazarse sobre la formación de una familia, la mitad mencionó que era importante, esto puede deberse a que algunas jóvenes suelen creer que lo que sienten por su pareja es amor por eso piensan en el matrimonio como una meta, pero en la mayoría de los casos sólo es atracción lo que sienten por lo que su relación carece de madurez y compromiso, esto muchas veces puede ocasionar el fracaso de la relación de pareja. El resto de las encuestadas refiere que no era importante o que le era indiferente la formación de una familia; quizás porque en esta etapa las jóvenes no piensan adquirir compromisos que limiten sus planes y aspiraciones

Con respecto a si le gustaría que el Hospital les brindará información sobre temas de su interés todas contestaron que sí, esto nos deja ver que estas adolescentes están dispuestas a recibir la información, y es aquí donde Licenciado en Enfermería debe implementar programas de educación para la salud que ayuden y orienten a las jóvenes.

Cuando se les preguntó qué temas les gustaría que se tratarán, en orden de interés el primero fue "responsabilidades y cambios que habrá con la llegada del bebé" seguido por el tema de "métodos anticonceptivos" y por último los temas de "lactancia materna y

primera año de vida” y “autoestima”. Todos estos temas les pueden ser de mucha utilidad tanto para su desarrollo personal, como para lo que deben saber en cuanto a los cuidados que requiere el bebé.

En relación a si utilizaban algún método anticonceptivo antes de embarazarse, más de la mitad refiere que no utilizaban ninguno y el resto sí utilizaba alguno; esto nos deja ver que la mayoría de los adolescentes no están concientes del riesgo que corren al tener relaciones sexuales sin protección tanto para evitar embarazos como para prevenir enfermedades de transmisión sexual.

En cuanto a qué método anticonceptivo utilizaban la mayoría contestó que utilizaba el condón, el resto que utilizaba pastillas ó inyección y una parte más pequeña utilizaba el coito interrumpido. En cuanto a si encontraban algún inconveniente para utilizar algún método anticonceptivo, la mayoría contestó que no los conocía bien, y una minoría refiere que su pareja no está de acuerdo o que su religión no se lo permite o que no están a su alcance. Actualmente existe mucha información sobre métodos anticonceptivos y salud reproductiva tanto en las escuelas como en los centros de salud, pero por cierta razón esta no llega de manera adecuada a los jóvenes, los cuales adquieren de amigos u otras personas información poco confiable; dando como resultado que empiezan su vida sexual con poca o ninguna información lo que ocasiona embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual.

Este sector de la población requiere que un profesional de la salud lo oriente y el perfil del Licenciado en Enfermería cumple con dichas características, porque no solo esta capacitado para proporcionar información en cuanto a los métodos anticonceptivos; sino que también tiene la habilidad de brindar un trato personalizado, humano y empático lo que le permite comprender las necesidades de los jóvenes; todo esto hace que los adolescentes tengan la confianza de plantear sus dudas o de permitir que se le asesore en cuanto su salud reproductiva y el método anticonceptivo que más les conviene.

IX. CONCLUSIÓN.

Hoy en día el embarazo en adolescentes es un problema muy común dentro de nuestra sociedad porque aunque existe información accesible sobre planificación familiar tanto en las escuelas, centros de salud y los medios de comunicación, actualmente sigue siendo alto el porcentaje de adolescentes atendidas por motivos obstétricos dentro de las instituciones de salud.

La necesidad primordial sería evitar que las adolescentes se embaracen, pero otra necesidad no menos importante es la de orientar a estas adolescentes que han sido madres y que se encuentran en una situación de riesgo; tanto físicamente porque su cuerpo aún está en desarrollo y psicológicamente porque su identidad y personalidad aún no se han definido.

El Licenciado en Enfermería no solo tiene la capacidad de proponer soluciones para este u otros problemas de salud, sino tiene la obligación de responder a las necesidades que la población le demanda.

Como ya se había mencionado en la adolescencia se define la identidad, se adquieren las herramientas que le permitirán lograr la independencia del ámbito familiar para tomar sus propias decisiones. Los jóvenes pretenden ser aceptados por el grupo de pares por lo que se interesan primordialmente en su apariencia física. Suelen tener cambios constantes de sentimientos puestos que un día se sienten solos y al otro día son los individuos más sociables. En ocasiones toman riesgos innecesarios ya que piensan que a ellos nada malo les pasará. Tienen un gran interés hacia el noviazgo principalmente por la necesidad de ser aceptados por alguien que no sea de su entorno familiar. Sueñan con ser profesionistas o tener un buen trabajo que les permita mejorar su calidad de vida e independizarse económicamente de la autoridad paterna. Con frecuencia a los adolescentes no les importa como los juzgue la sociedad en cuanto a su manera de ser y de comportarse, pareciera que retan a la autoridad con sus actos, en cuanto a sus modales, su estilo de vestir ó bien la manera en que hablan y se expresan, para ellos lo importante es encajar en su grupo social.

A través de la presente investigación nos dimos cuenta que la mayoría de las encuestadas cambió su forma de pensar con el embarazo y posteriormente con la maternidad, ya que con el nacimiento del bebé se ven en la necesidad de abandonar sus expectativas para dedicarse de tiempo completo al cuidado de su hijo. En este momento el ser atractiva pasó a segundo término, o por el contrario a otras les angustia el hecho de haber perdido su atractivo físico, porque ahora su cuerpo cambió de manera radical para convertirse en un cuerpo adulto y viven un duelo inconsciente por el cuerpo infantil que perdieron, su autoconcepto se ve alterado ya que no se reconocen ni como adolescentes, adultos o madres; esta situación les crea un gran conflicto interno y las pone en riesgo de sufrir complicaciones alimenticias o de conducta.

En cuanto al aspecto social las adolescentes perciben que la sociedad es poco tolerante en estos casos y se sienten rechazadas por no haber cumplido con las expectativas que la familia y la comunidad había depositado en ellas. Esta situación afecta la autoestima de las jóvenes las cuales perciben que han perdido su valor o que han fracasado; estas adolescentes están en riesgo de abandonar sus estudios o de embarazarse por segunda vez, por lo que creemos que es necesario brindarles asesoría que les permita visualizar sus alternativas de desarrollo.

Como podemos ver para algunas de las adolescentes sus planes eran seguir estudiando pero con el embarazo tuvieron que abandonar estos planes para dedicarse por el momento al cuidado de su hijo. En cuanto a sus planes a futuro muy pocas contemplan la idea de seguir estudiando y las posibilidades se limitan al percatarnos que la mayor parte de las encuestadas pertenecen un nivel socioeconómico bajo y esto se confirma al darnos cuenta que la mayoría manifestó que su necesidad primaria será trabajar para apoyar en la economía familiar. Esta situación nos deja ver que para la mayoría de las encuestadas la maternidad representó el abandono de sus expectativas y aspiraciones, y que sin ningún apoyo les será muy difícil redefinir favorablemente sus vidas.

Por ello creemos que es indispensable que a este sector de la población se le brinde asesoría a través de actividades educativas que pueden ser llevadas a cabo por el personal de Enfermería, además a través de la investigación nos dimos cuenta que estas adolescentes están de acuerdo en que se les proporcione información tanto de desarrollo personal como de educación para la salud. También sería bueno, si esto fuera posible, invitar a la familia a que participara en este proyecto debido a que el apoyo que pueda proporcionar a la adolescente le será de mucha utilidad, porque no solo podrá apoyarla en el cuidado y la educación del hijo, sino que la participación activa dentro de estas actividades les servirán para mejorar la comunicación entre los miembros de la familia. Sería conveniente llevar a cabo un seguimiento continuo que permita evaluar el impacto de dichas actividades en el desarrollo personal de estas jóvenes.

Esta investigación se enfocó específicamente a la población atendida en el Hospital Nacional Homeopático pero creemos que los programas de educación para la salud que se elaboran pueden ser aplicados en poblaciones que cuenten con características similares, ampliando con esto el número de beneficiados e indudablemente a medida que el personal de Enfermería se involucre en estos programas se irá reconociendo su labor como promotores de salud.

X. PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES.

Nuestro propósito es que esta investigación proporcione las bases para la creación de un programa de educación para la salud el cual deberá ser elaborado tomando en cuenta las características y necesidades de este sector de la población.

De acuerdo a los resultados obtenidos uno de los temas que más interesó a las adolescentes fue el de responsabilidades y cambios que habrá con la llegada del bebé, este tema les causa inquietud quizás porque perciben que este evento ha venido a modificar de manera radical sus vidas por lo que es indispensable que se les asesore en cuanto a como pueden sobrellevar estos cambios y la forma en que se pueden organizar para que una parte de su tiempo la dediquen a su cuidado y desarrollo personal.

Otro de los temas que deben ser tratados es el de planificación familiar y métodos anticonceptivos, en el cual se debe enfatizar sobre la importancia de la prevención de un nuevo embarazo. La información que se brinde deberá ser completa y será impartido de manera sencilla y clara tratando de proporcionar todas las alternativas para que las jóvenes decidan de manera responsable el método que más les convenga.

El tema de lactancia materna y primer año de vida fue sugerido por algunas de las adolescentes, quizá porque la mayoría cuenta con poca o ninguna información al respecto. La información que se les proporcione deberá resaltar los beneficios de la leche materna, tanto para la madre como para el hijo, además de indicarles cuándo y cómo deben iniciar la ablactación y como es el desarrollo del niño sano.

La autoestima fue uno de los temas que solicitaron las adolescentes, y en particular a nosotros nos parece que es muy importante que se trate dentro de este programa, debido a que en algunos casos la maternidad en la adolescencia causa conflictos internos. La joven vive muchos cambios en un lapso de tiempo muy corto, esta situación dificulta la comprensión de lo que esta viviendo, lo que a veces le hace sentir que no es capaz de afrontar esta responsabilidad tan grande. Por otro lado su apariencia física ha cambiado y muchas actividades que antes disfrutaba, ahora le será difícil realizarlas. Todo esto hace que la adolescente tenga la autoestima baja y esto puede poner en riesgo la salud de la joven y la de su hijo. Es indispensable que la adolescente identifique cuales son sus cualidades, habilidades y destrezas, además de hacerle sentir que es un ser humano valioso y que puede superar los obstáculos que no le permitan cumplir sus metas.

Probablemente los resultados de esta investigación puedan servir para la elaboración de otros programas de educación para la salud enfocados a las adolescentes no embarazadas ya que una parte muy importante de la labor de Enfermería es la prevención y como ya se había mencionado lo primordial es evitar que las adolescentes se embaracen. Quizás pueda trabajarse en conjunto con las autoridades de las escuelas tanto primarias como secundarias y el objetivo de estos programas será promover la salud reproductiva.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

HOSPITAL NACIONAL HOMEOPÁTICO

PROPUESTA DE TEMAS QUE PUEDEN SER CONTEMPLADOS DENTRO DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD ENFOCADO A MADRES ADOLESCENTES

- I. Introducción
- II. Adolescencia y maternidad
- III. Cambios y responsabilidades a las que se enfrentan las adolescentes que son madres.
- IV. Lactancia materna: importancia, características, técnicas y beneficios.
- V. Ablactación.
- VI. Crecimiento y desarrollo del niño sano.
- VII. Autoestima.
- VIII. Plan de vida.
- IX. Identificación de habilidades y destrezas.
- X. Instituciones educativas.
- XI. Instituciones que brinden apoyo en cuanto a bolsa de trabajo y guarderías.
- XII. Planificación familiar.
- XIII. Métodos anticonceptivos recomendados para adolescentes.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- DULANTO. E. El adolescente Ed. McGraw- Hill, México D.F.2000 Pág .
- 2.- MCKINNEY. J.P. Psicología del desarrollo del adolescente. Ed. Manual Moderno. México, DF. 1982. Pág. 3.
- 3.- DULANTO. E. Op Cit. Pág.
- 4.-RAMÍREZ F. Obstetricia para la Enfermera Profesional. Ed. Manual Moderno. México, DF. 2002. Pág. 15.
- 5.- MCKINNEY. J.P. Op Cit. Pág 39.
- 6.-SARAFINO. E. Desarrollo del niño y del adolescente. Ed. Trillas. México, DF.1991. Pág.,396.
- 7.-MCKINNEY. J.P. Op Cit. Pág. 40.
- 8.-SARAFINO. E. Op Cit. Pág.395.
- 9.-MCKINNEY. J.P. Op Cit. Pág. 40.
- 10)RAMÍREZ F. Op Cit. Pág.3
- 11) MCKINNEY. J.P. Op Cit. Pág. 39.
- 12)GRACE C. Desarrollo Psicológico. Ed. Prentice Hall. México DF 1997 Pág 408.
- 13)RAMIREZ. F. Op Cit. Pág.30.
- 14)DULANTO. E. Op Cit. Pág.
- 15)GRACE C. Op Cit. Pág 315.
- 16)DULANTO. E. Op Cit. Pag.165.
- 17) DULANTO. E. Op Cit. Pag.180.
- 18) YOUNG P. Sentimientos y emociones Ed. Manual Moderno Méx. DF 1979.
- 19) DULANTO. E. Op Cit. Pag.208.
- 20) PICK DE W. “Yo adolescente”. Ed. Planeta. México. DF.1992. Pág.46.

- 21)DULANTO. E. Op Cit. Pag.213.
- 22)DULANTO. E. Op Cit. Pag.218
- 23) PICK DE W. Op Cit. Pág.46.
- 24)DULANTO. E. Op Cit. Pag.239
- 25)ESTRADA I. L. "Ciclo vital de la Familia". Ed. Grijalbo, México DF.1997. Pág.166
- 26) GRACE C. Op Cit. Pág 441
- 27) DULANTO. E. Op Cit. Pag.269.
- 28) DULANTO. E. Op Cit Pag.222.
- 29)MONDRAGON H. Obstetricia básica Ilustrada. Ed. Trillas, México DF.1999. Pag.822.
- 30)REEDER. R.N. Enfermería materno infantil. Ed. Interamericana, México DF 1995
Pág.1421.
- 31)FENWICK. E. Manual de Cuidados de la madre y el niño. Ed. Interamericana, México
DF.1998. Pág.256.
- 32)REEDER. R.N. Op Cit.Pág.1421.
- 33) GRACE C. Op Cit. Pág 136.
- 34)REEDER. R.N. Op Cit. Pág.1421.
- 35)MCKINNEY. J.P. Op Cit. Pág 67.
- 36) SARAFINO. E. Op Cit. Pág.417.
- 37) REEDER. R.N. Op Cit. Pág.1421.
- 38) MONDRAGON H.Op Cit. Pág.
- 39) RAMÍREZ F. Op Cit. Pág.457.
- 40)PICK DE W. Op Cit. Pág.46.

XII. BIBLIOGRAFÍA GENERAL.

- 1.- DULANTO. E. El adolescente. Ed. McGraw- Hill, México D.F.2000.
- 2.-ESRADA I. L. Ciclo vital de la Familia. Ed. Grijalbo, México DF.1997.
- 3.-FENWICK. E. Manual de Cuidados de la madre y el niño. Ed. Interamericana, México DF.1998.
- 4.- GRACE C. Desarrollo Psicológico. Ed. Prentice Hall. México DF 1997 .
- 5- MCKINNEY. J.P. Psicología del desarrollo del adolescente. Ed. Manual Moderno. México, DF. 1982.
- 6.- MONDRAGON H. Obstetricia básica Ilustrada. Ed. Trillas, México DF.1999.
- 7.- PICK DE W. Yo adolescente. Ed. Planeta. México. DF.1992.
- 8.-RAMÍREZ F. Obstetricia para la Enfermera Profesional. Ed. Manual Moderno. México, DF. 2002.
- 9.-REEDER. R.N. Enfermería materno infantil. Ed. Interamericana, México DF.1995.
- 10.-SARAFINO. E. Desarrollo del niño y del adolescente. Ed. Trillas. México, DF.1991.
- 11.-YOUNG P. Sentimientos y emociones. Ed. Manual Moderno Méx. DF 1979.

XIII. ANEXOS

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA
HOSPITAL NACIONAL HOMEOPÁTICO

Objetivo:

Recabar información por medio de este instrumento de valoración, para conocer de qué manera el embarazo en las adolescentes modifica su desarrollo personal.

Instrucciones de llenado:

Lea cuidadosamente cada pregunta, y si es necesario vuelva a repetir la pregunta. Tache la respuesta, si dicha respuesta no se encuentra contemplada dentro de los incisos escriba clara y detalladamente lo que la joven respondió. Las preguntas serán contestadas con pluma negra de preferencia. El entrevistador debe evitar exponer sus vivencias para no interferir en las respuestas. El cuestionario deberá ser aplicado en un momento oportuno, es decir, cuando la paciente se encuentre cómoda y en un ambiente tranquilo. El entrevistador deberá presentarse con la adolescente y deberá explicarle el objetivo del cuestionario.

Nombre _____

1) Edad.

- A) 14,15 y 16 años. B) 17,18 y 19 años.
C) 20 y 21 años.

2) ¿Cuál es tu estado civil?

- A) Soltera. B) Casada. C) Unión libre.

3) ¿Con quién vives actualmente?

- A) Con tu familia. B) Con mi pareja.
C) Con un conocido.

4) El lugar donde vives es:

- A) Rentado. B) Propio. C) Prestado.

5) ¿Cuántas personas aportan dinero a tu casa?

- A) 1 B) 2 C) 3 D) 4 ó más.

6) ¿Cuántos cuartos hay en tu casa sin contar cocina y baño?

- A) 1 B) 2 C) 3 D) 4 ó más.

7) ¿Cuántas personas viven en tu casa?

- A) 2 ó 3 B) 4 ó 5 C) 6 ó más.

8) ¿Quién conforma tu familia?

- A) Papá, mamá y hermanos B) Papá C) Mamá
D) Hermanos E) Uno de los padres y hermanos

9) ¿Qué ocupación tienes?

- A) Estudiante B) Trabajadora C) Hogar
D) Ninguna

10) ¿Qué escolaridad tienes?

- A) Primaria incompleta B) Primaria completa
C) Secundaria incompleta D) Secundaria completo
E) Bachillerato incompleto F) Bachillerato completo.

11) ¿Cómo sospechaste que estabas embarazada?

- A) Cambios Físicos B) Retraso de la regla.

12) ¿A quién se lo comunicaste primero?

- A) A mi pareja B) A mi mamá
C) A un amigo. D) A un hermano.

13) ¿Cómo confirmaste que estabas embarazada?

- A) Acudí al médico B) Prueba de embarazo comercial

14) ¿Cuál fue la reacción de tu pareja al saber que estabas embarazada?

- A) Enojo B) Miedo C) Incertidumbre
D) Felicidad E) No sabe

15) Después de la noticia del embarazo. ¿Cuál fue la decisión de tu pareja?

- A) Me abandono B) Me apoya C) No sabe

16) ¿Cómo se lo comunicaste a tu familia?

- A) Yo se los dije B) Se dieron cuenta
C) Se enteraron por otra persona
D) No saben.

17) ¿Cómo recibió la noticia tu familia?

- A) Con enojo B) Decepción C) Felicidad.
D) No sabe

18) ¿Sentimiento al confirmar la noticia del embarazo?

- A) Feliz B) Angustia C) Enojo

19) Momentos antes de que naciera tu bebé que otro sentimiento tuviste aparte de dolor

- A) Miedo B) Angustia D) Tristeza.

20) ¿Qué sentimiento tuviste al ver por primera vez a tu bebé?

- A) Alegría C) Tristeza D) Miedo.

21) ¿Después de la experiencia de ser madre como sientes tu relación con tus seres queridos?

- A) Me apoyan B) Me siento querida
C) Me siento triste D) Desamparada E) Solo.

22) ¿En qué cambiaste, después del parto?

- A) Soy más responsable B) Ya no puedo divertirme
C) No ha cambiado en nada.

23) ¿Sientes que cambio tu aspecto físico?

- A) Cambio mi figura B) Aumento de peso
C) No cambio.

24) ¿Quién te ayudará con los gastos de tu bebé?

- A) Tú familia B) Tú pareja C) Nadie.

25) ¿Qué ocupación tiene el papá de tu bebé?
A) Estudia B) Trabaja C) Ninguna

26) ¿Qué escolaridad tiene el papá de tu bebé?
A) Primaria incompleta B) Primaria completa
C) Secundaria incompleta D) Secundaria completa
E) Bachillerato incompleto F) Bachillerato completo.
G) Licenciatura

27) ¿Sigues teniendo algún tipo de relación con el papá de tu bebé?
A) Sí (especifique) _____
B) No (especifique) _____

28) ¿Cómo cambio tú relación de pareja, con el embarazo?
A) Nos unimos más B) Nos separamos
C) No cambio.

29) ¿A que te vas a dedicar ahora?
A) Estudiar B) Trabajar C) Hogar.
D) No se.

30) ¿Cuáles eran tus planes antes de embarazarte?
A) Estudiar B) Trabajar C) Ninguno.

31) ¿Cuáles son tus planes a futuro?
A) Trabajar B) Estudiar C) Hogar.
D) No se

32) ¿Qué crees que opina la gente de las chicas que se embarazan tan jóvenes?
A) Que son muy jóvenes B) Que no se dan a respetar

33) ¿Cómo cambio la relación con tus amigos desde tu embarazo?
A) Los dejé de frecuentar B) Me dejaron de hablar
C) Me apoyaron más D) Sigue igual.

34) ¿Crees que es importante darle una familia al bebé?
A) Es impórtate darle una familia
B) No es importante.

35) ¿Qué pensabas antes de embarazarte, respecto a formar una familia?

A) Era importante formar una familia B) No era importante
C) Me era indiferente.

36) ¿Te gustaría que en el hospital te brindara información sobre temas de tu interés?
A) Sí.
B) No

Si contestaste afirmativa la pregunta 36 contesta la siguiente pregunta.

37) ¿Qué temas te gustaría que se trataran?
A) Lactancia materna y primer año de vida
B) Métodos anticonceptivos
C) Responsabilidades y cambios que habrán en tu vida con la llegada del bebé
D) Autoestima

38) ¿Utilizabas algún método anticonceptivo antes de embarazarte?
A) Si B) No (especifique) _____

39) ¿Cuál método anticonceptivo utilizabas?
A) Condón B) Pastillas o inyección
C) Coito interrumpido (eyacula fuera de ti).
D) Ninguno.

40) ¿Qué problema encuentras para poder utilizar un método anticonceptivo?
A) Mi pareja no esta desacuerdo B) Mis creencias C) No los conozco bien D) No están a mi alcance E) Ninguno

“GRACIAS POR TU COLABORACIÓN.”

CUADROS Y GRÁFICAS.

CUADRO # 1.

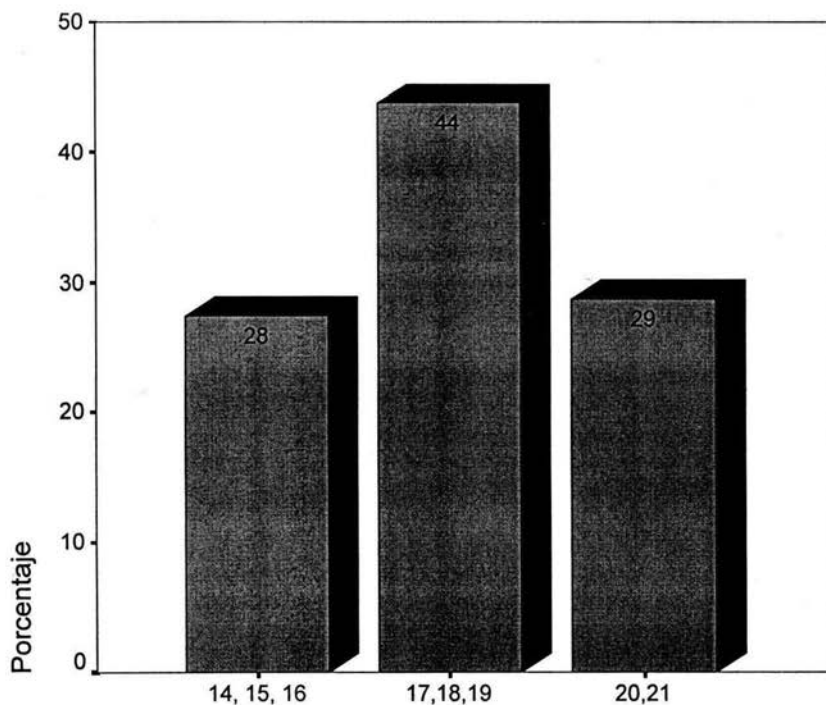
Edad de las adolescentes primigestas entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.

NOV - DIC-03.

Años	Frecuencia	Porcentaje
14,15,16	22	27.5
17,18,19	35	43.8
20,21	23	28.8
Total	80	100.0

Fuente. Encuesta realizada por tres pasantes de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia de la ENEO, en el Hospital Nacional Homeopático.

GRÁFICA # 1.



Fuente. Cuadro 1.

CUADRO # 2.

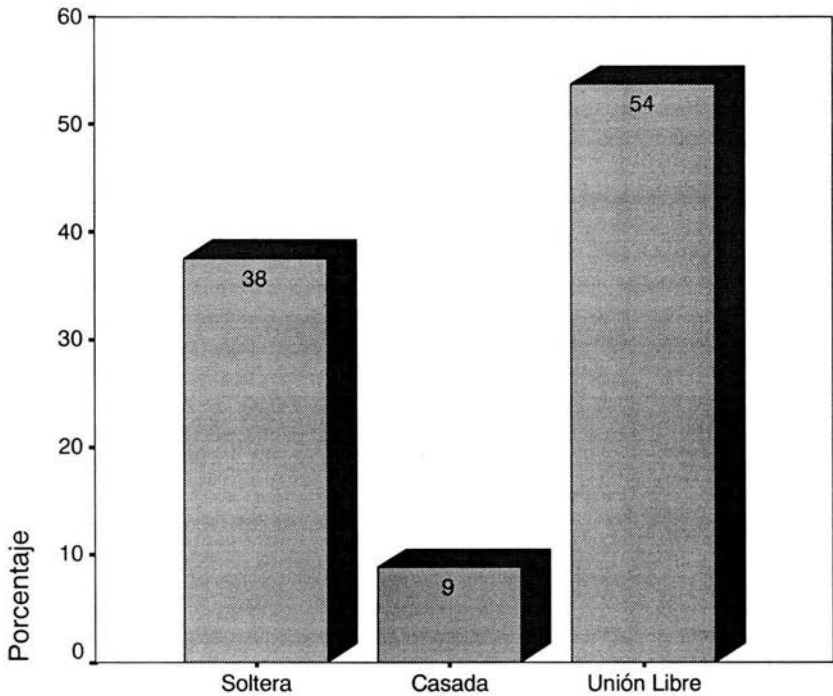
Estado civil de las adolescentes primigestas entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	30	37.5
Casada	7	8.8
Unión libre	43	53.8
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 2



Fuente. Cuadro 2.

CUADRO # 3.

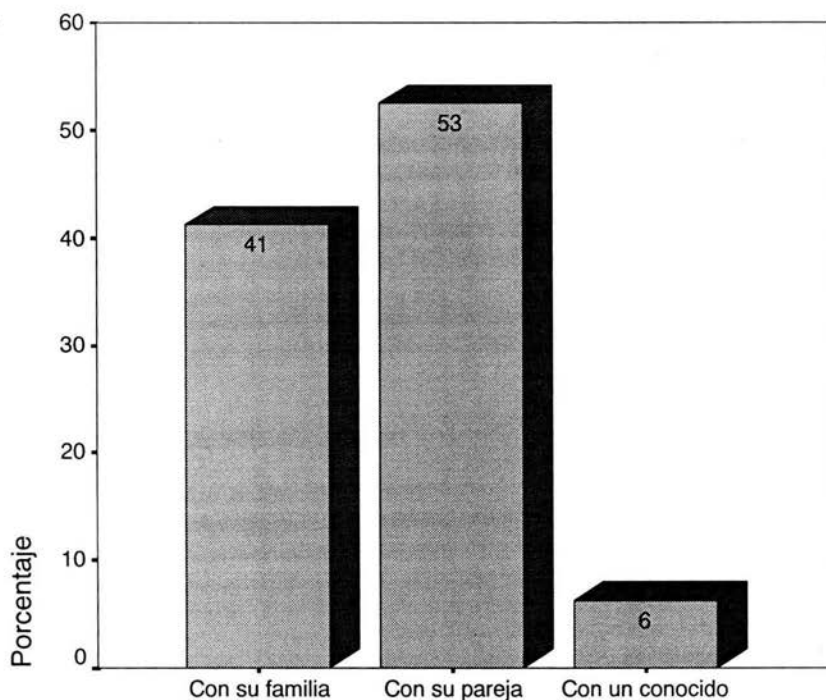
Personas con quién viven actualmente la adolescentes primigestas, entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Con su familia	33	41.3
Con su pareja	42	52.5
Con un conocido	5	6.3
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 3.



Fuente. Cuadro 3.

CUADRO # 4.

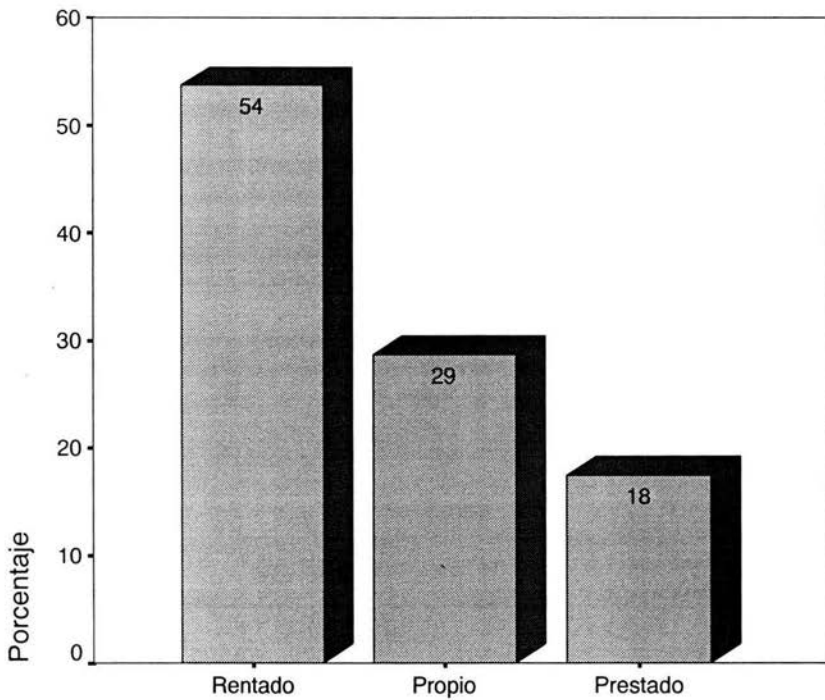
El lugar donde viven la adolescentes primigestas, entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Rentado	43	53.8
Propio	23	28.8
Prestado	14	17.5
Total	80	100.0

Fuente. Idem

GRÁFICA # 4.



Fuente. Cuadro 4.

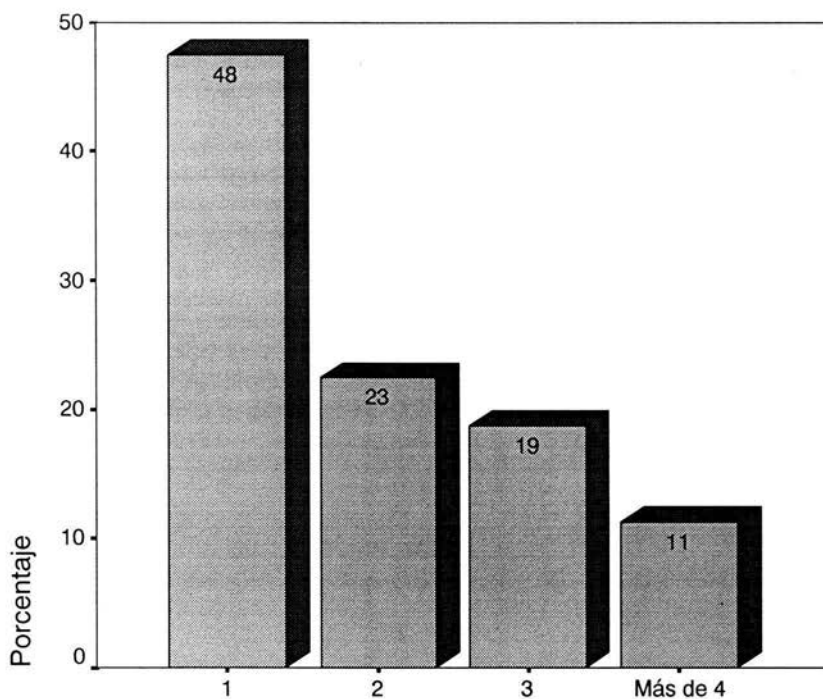
CUADRO # 5.

Número de personas que aportan dinero a la casa de las adolescentes primigestas, entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.

NOV - DIC-03.		
Número	Frecuencia	Porcentaje
1	38	47.5
2	18	22.5
3	15	18.
Más de 4	9	8
		11.3
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 5



Fuente. Cuadro # 5.

CUADRO # 6.

Número de cuartos que hay en la casa de las adolescentes primigestas sin contar cocina y baño.

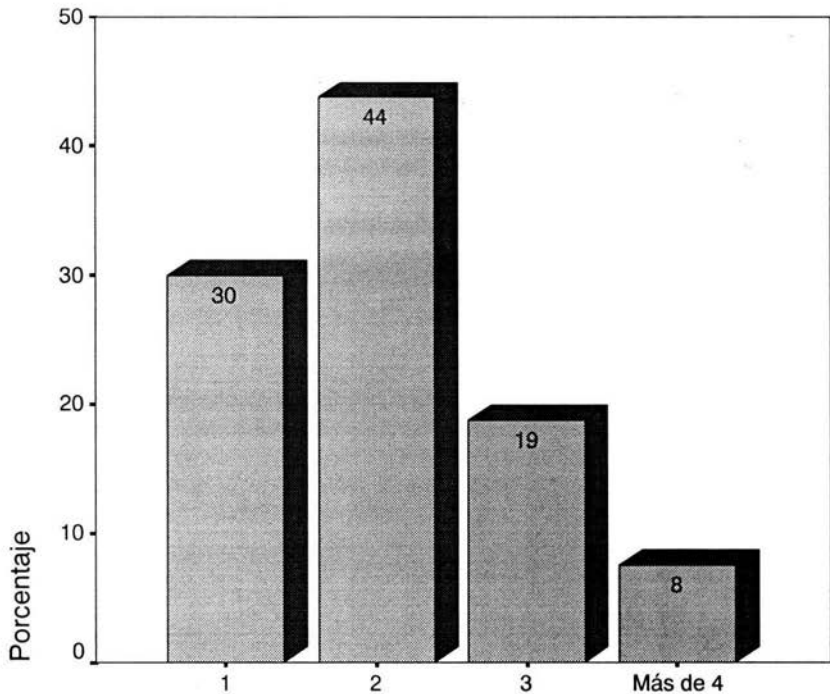
Entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.

NOV - DIC-03.

Número	Frecuencia	Porcentaje
1	24	30.0
2	35	43.8
3	15	18.8
Más de 4	6	7.5
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 6



Fuente. Cuadro # 6.

CUADRO # 7.

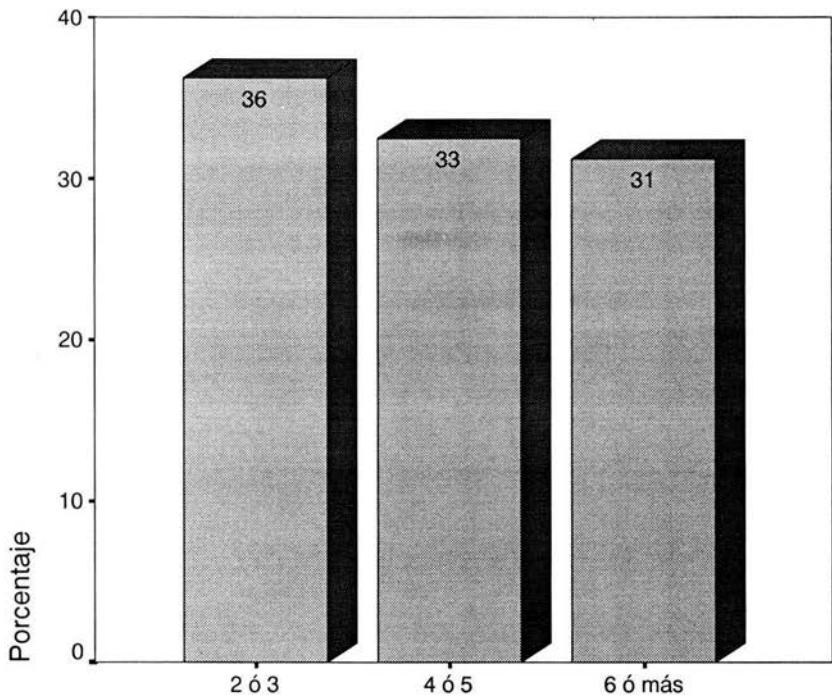
Número de personas que viven con las adolescentes, entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.

NOV - DIC-03.

Número	Frecuencia	Porcentaje
2 ó 3	29	36.3
4 ó 5	26	23.5
6 ó más	25	31.3
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 7.



Fuente. Cuadro # 7.

CUADRO # 8.

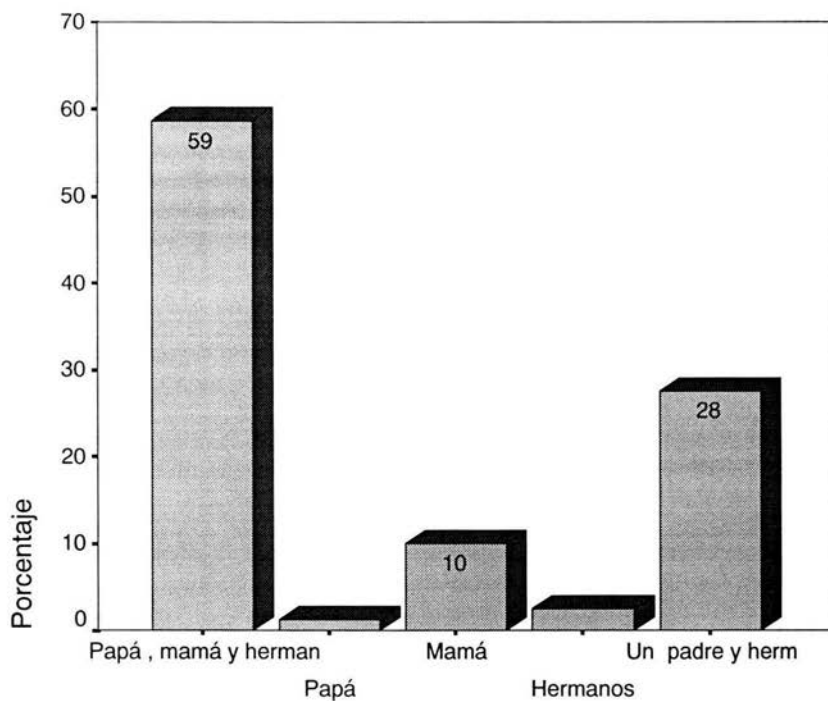
Integrantes que conforma la familia de origen de la adolescentes primigestas, entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Papá, mamá y hermanos.	47	58.8
Papá	1	1.3
Mamá	8	10.0
Hermanos	2	2.5
Uno de los padres y hermanos	22	27.5
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 8.



Fuente. Cuadro # 8.

CUADRO # 9.

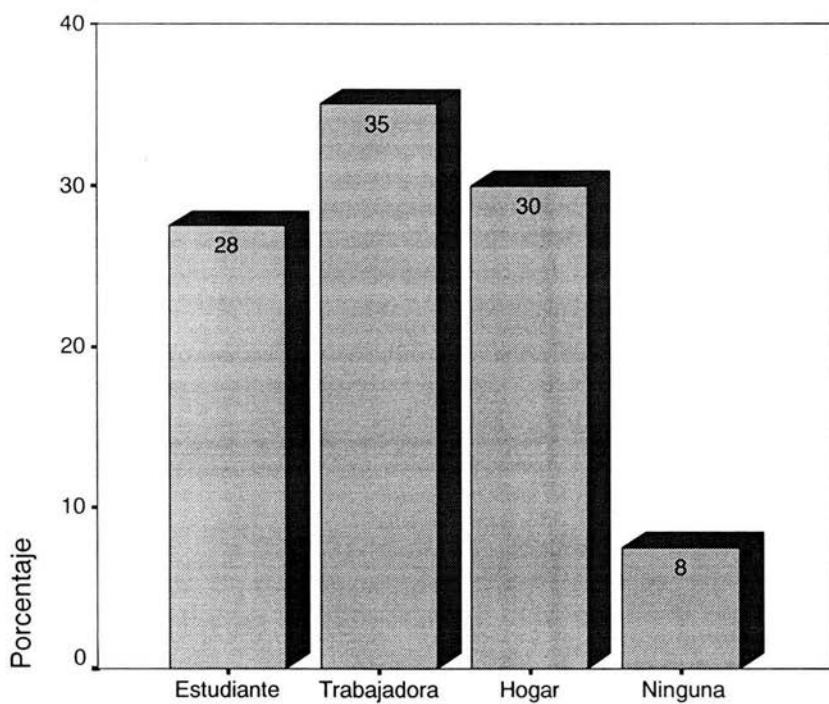
Ocupación que tenían las adolescentes primigestas antes de estar embarazadas, entrevistada en el Hospital Nacional Homeopático

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	22	27.5
Trabajadora	28	35.0
Hogar	24	30.0
Ninguna	6	7.5
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 9.



Fuente. Cuadro # 9.

CUADRO # 10.

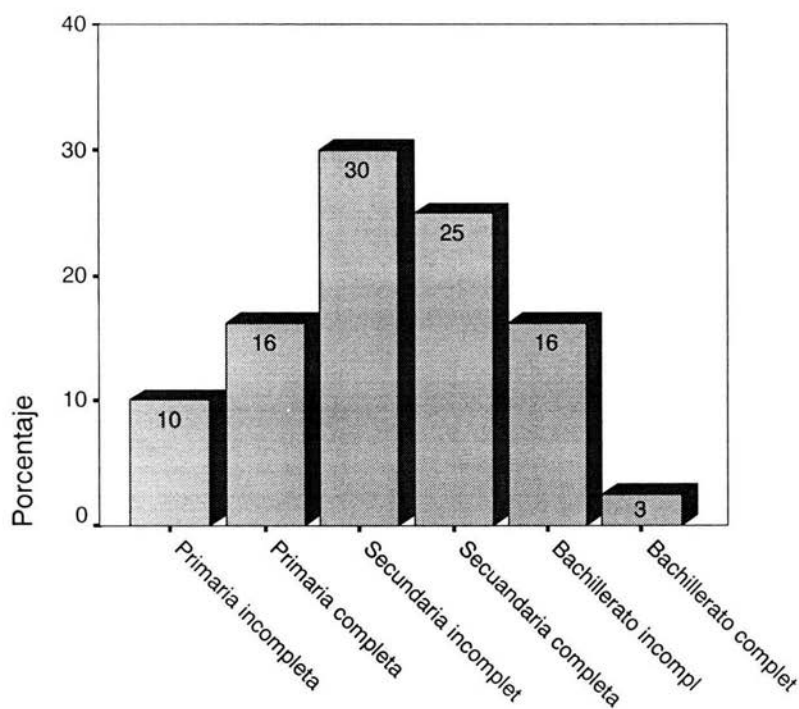
Escolaridad de la adolescentes primigestas, entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	8	10.0
Primaria completa	13	16.3
Secundaria incompleta	24	30.0
Secundaria completa	20	25.0
Bachillerato incompleto	13	16.3
Bachillerato completo	2	2.5
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 10



Fuente. Cuadro # 10.

CUADRO # 11.

Síntomas mencionados por las adolescentes primigestas que le permitieron sospechar de su embarazo.

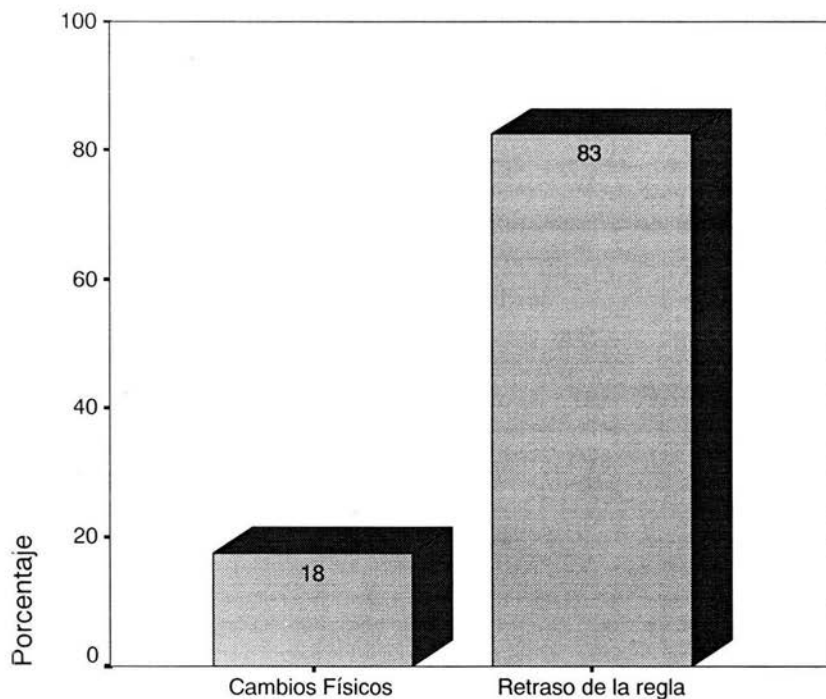
Entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Cambios Físicos	14	17.5
Retraso de la regla	66	82.5
Total	80	100.0

Fuente. Idem

GRÁFICA # 11.



Fuente. Cuadro # 11.

CUADRO # 12.

Persona a la que la adolescente primigesta le comunicó primero la noticia del embarazo.

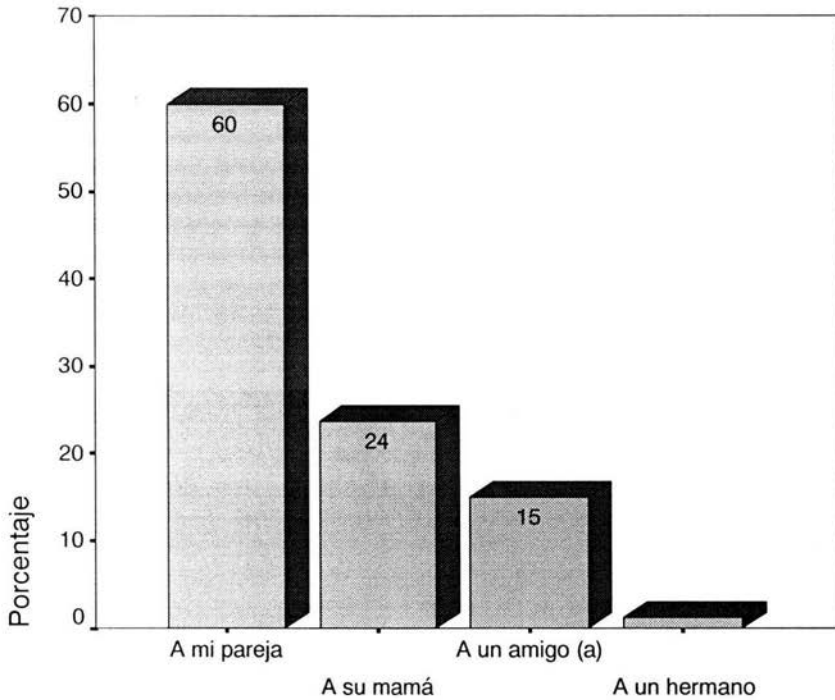
Entrevistada en el Hospital Nacional Homeopático.

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
A mi pareja	48	60.0
A su mamá	19	23.8
A un amigo (a)	12	15.0
A un hermano	1	1.3
Total	80	100.0

Fuente. Idem

GRÁFICA # 12.



Fuente. Cuadro # 12.

CUADRO # 13.

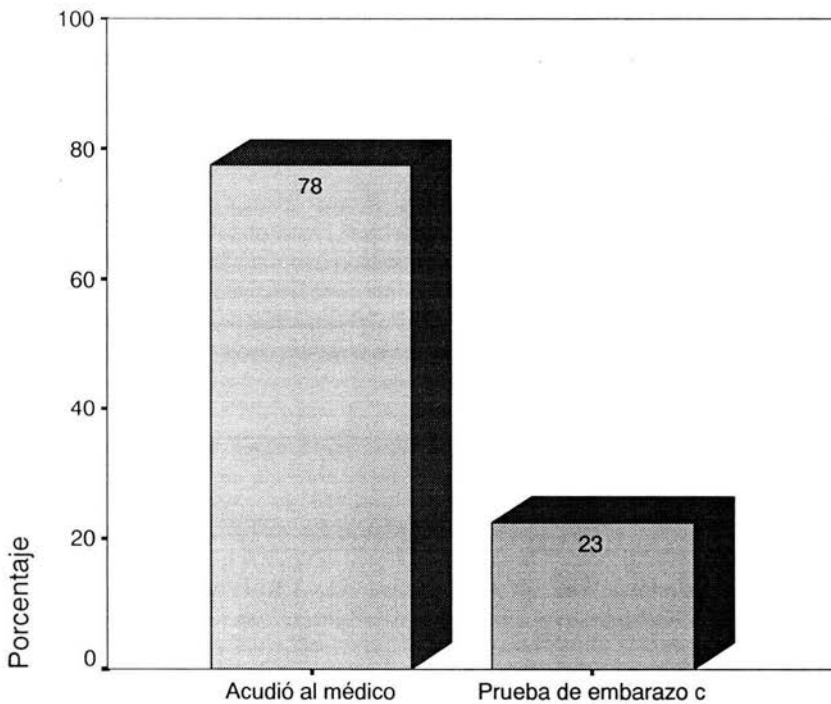
Medio por el cuál la adolescentes primigestas confirma la noticia del embarazo.
Entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Acudió al médico	62	27.5
Prueba de embarazo comercial	18	43.8
		28.8
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 13.



Fuente. Cuadro # 13.

CUADRO # 14.

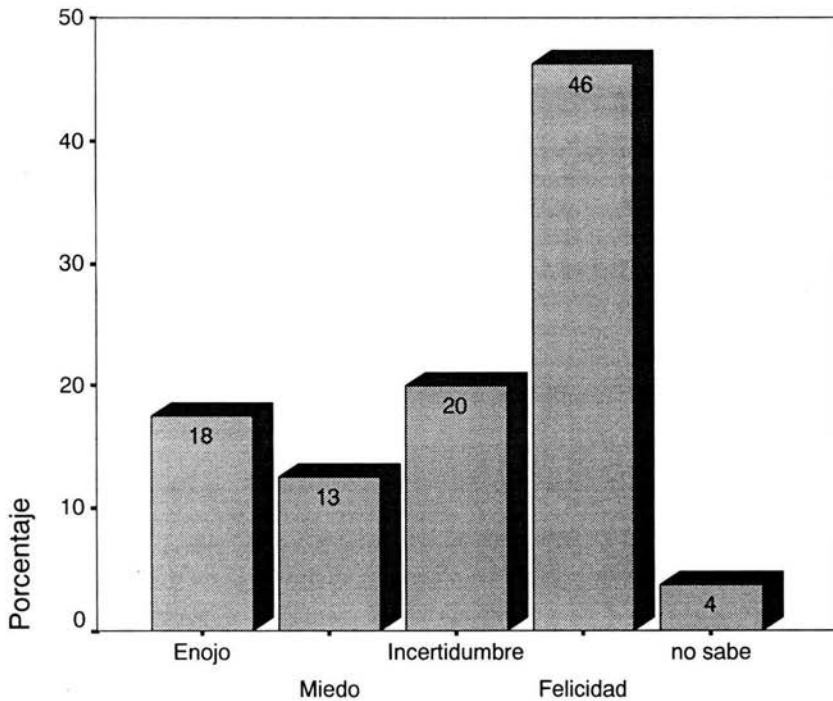
Reacción de la pareja de las adolescentes primigestas por la noticia del embarazo, entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Enojo	14	17.5
Miedo	10	12.5
Incertidumbre	16	20.0
Felicidad	37	46.3
No sabe	3	3.8
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 14.



Fuente. Cuadro # 14.

CUADRO # 15.

1

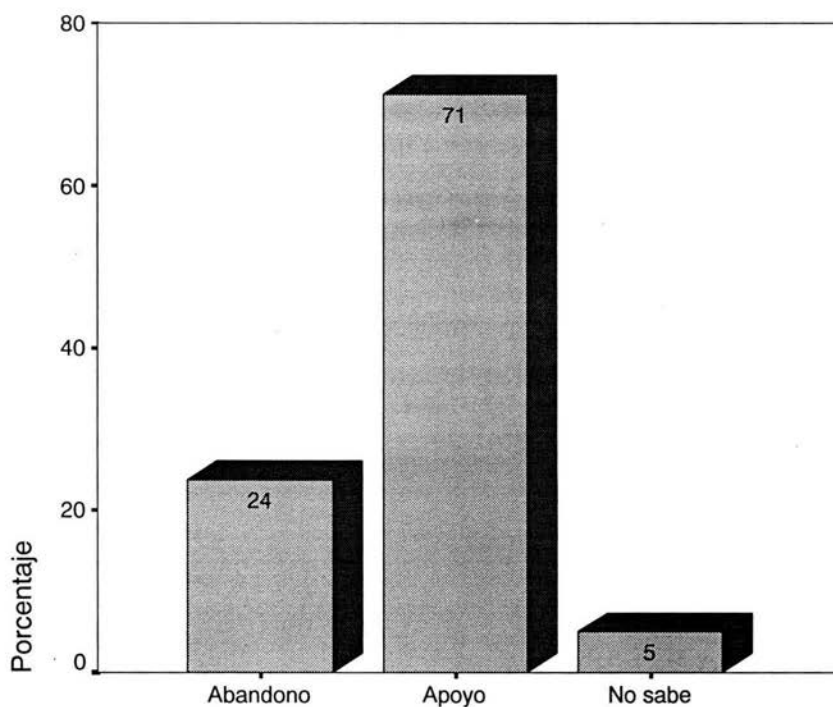
Decisión de la pareja de las adolescentes primigestas con respecto al embarazo, entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Abandono	19	23.8
Apoyo	57	71.3
No sabe	4	5.0
Total	80	100.0

Fuente. Idem

GRÁFICA # 15



Fuente. Cuadro # 15.

CUADRO # 16.

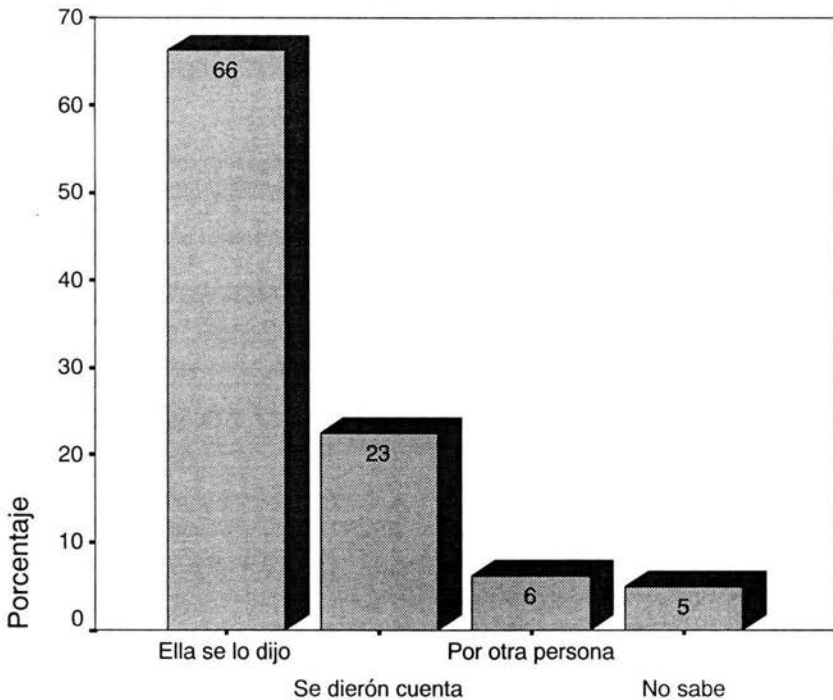
**Persona quién comunicó a la familia de la adolescente primigesta sobre el embarazo.
Entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.**

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Ella se lo dijo	53	66.3
Se dieron cuenta	18	22.5
Por otra persona	5	6.3
No sabe	4	5.0
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 16.



Fuente. Cuadro # 16.

CUADRO # 17.

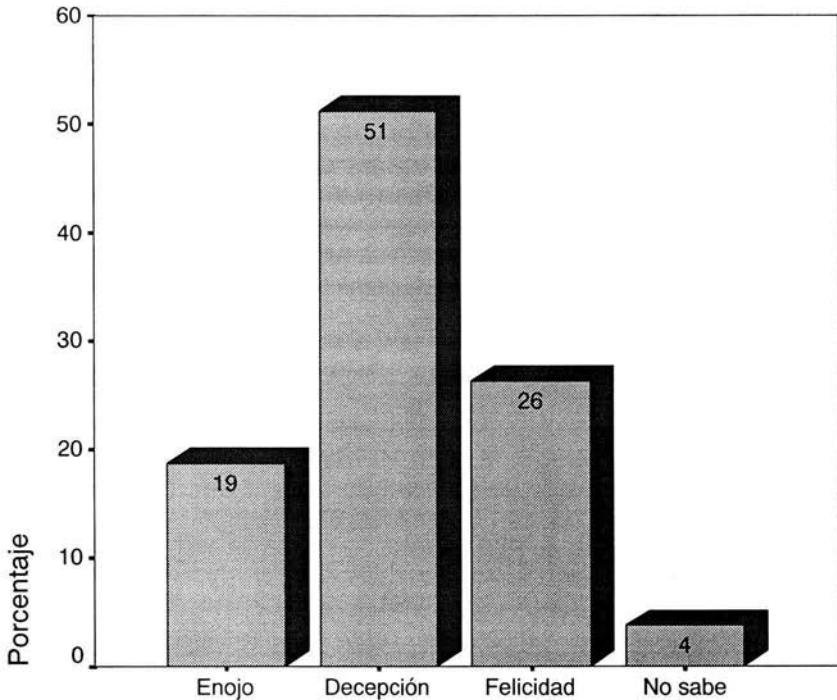
Recepción de la noticia de embarazo por la familia de la adolescente primigesta, entrevistada en el Hospital Nacional Homeopático.

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Enojo	15	18.8
Decepción	41	51.3
Felicidad	21	26.3
No sabe	3	3.8
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 17.



Fuente. Cuadro # 17.

CUADRO # 18.

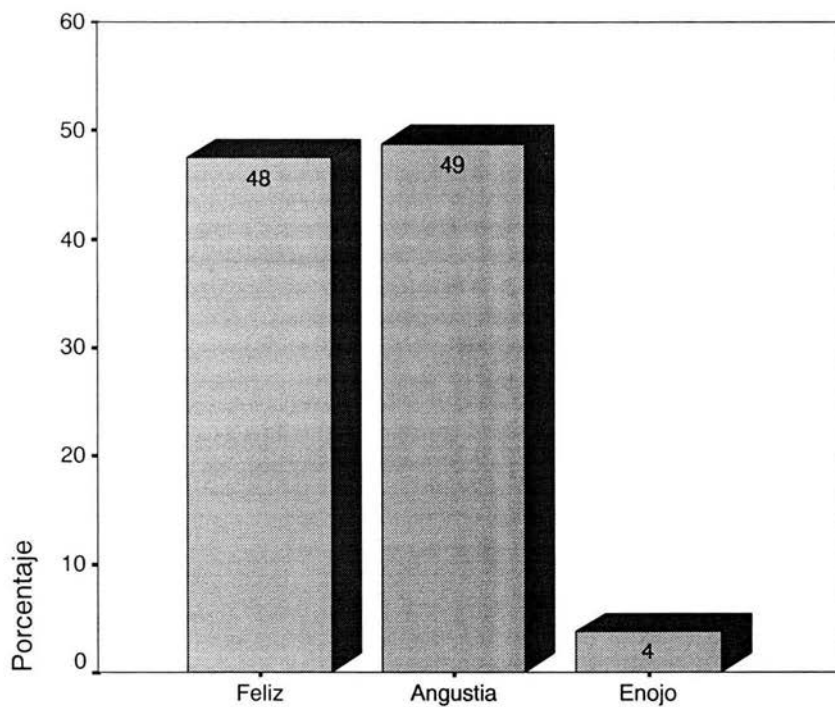
Sentimientos de la adolescente primigesta al confirmar su embarazo, entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Feliz	38	47.5
Angustia	39	48.8
Enojo	3	3.8
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 18.



Fuente. Cuadro # 18.

CUADRO # 19.

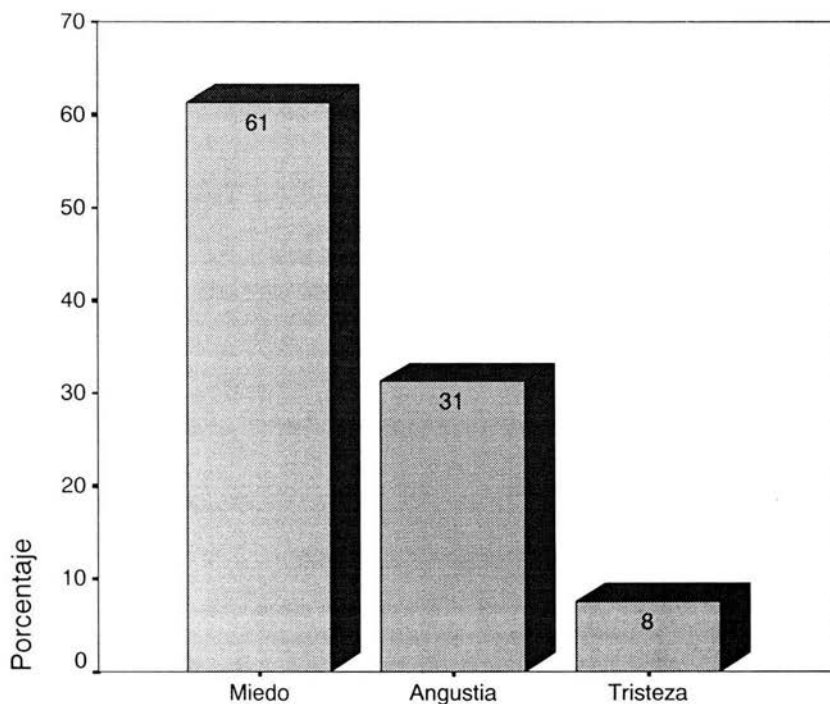
Sentimientos de la adolescente primigesta momentos antes del nacimiento del bebé, entrevistada en el Hospital Nacional Homeopático.

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Miedo.	49	61.3
Angustia	25	31.3
Tristeza	6	7.5
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 19.



Fuente. Cuadro # 19.

CUADRO # 20.

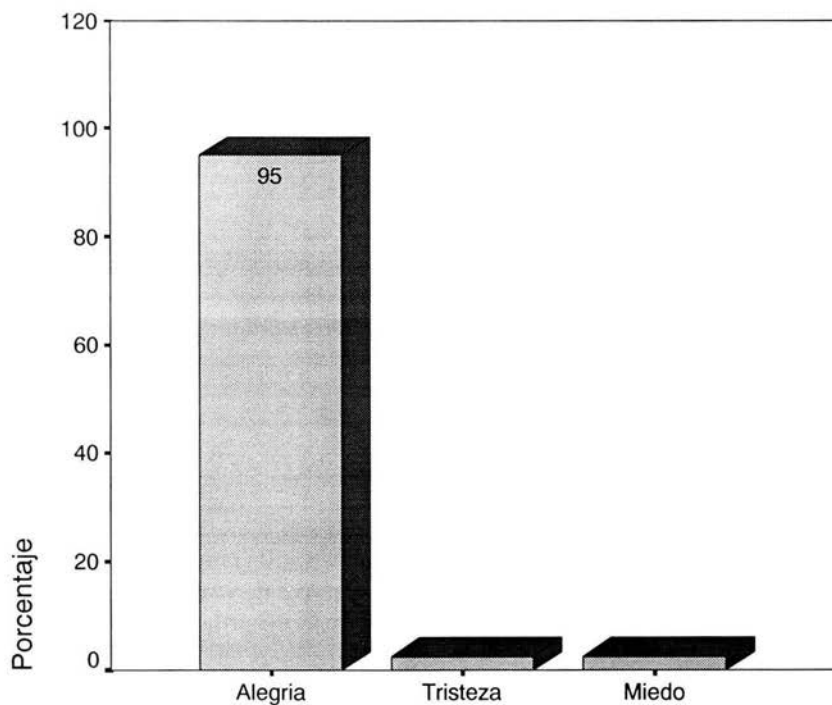
Sentimientos de la adolescente primigesta al ver por vez primera al bebé, entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Alegría	76	95.0
Tristeza	2	2.5
Miedo	2	2.5
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 20.



Fuente. Cuadro # 20.

CUADRO # 21.

Percepción de la adolescente primigesta respecto a la relación de apoyo de sus seres queridos.

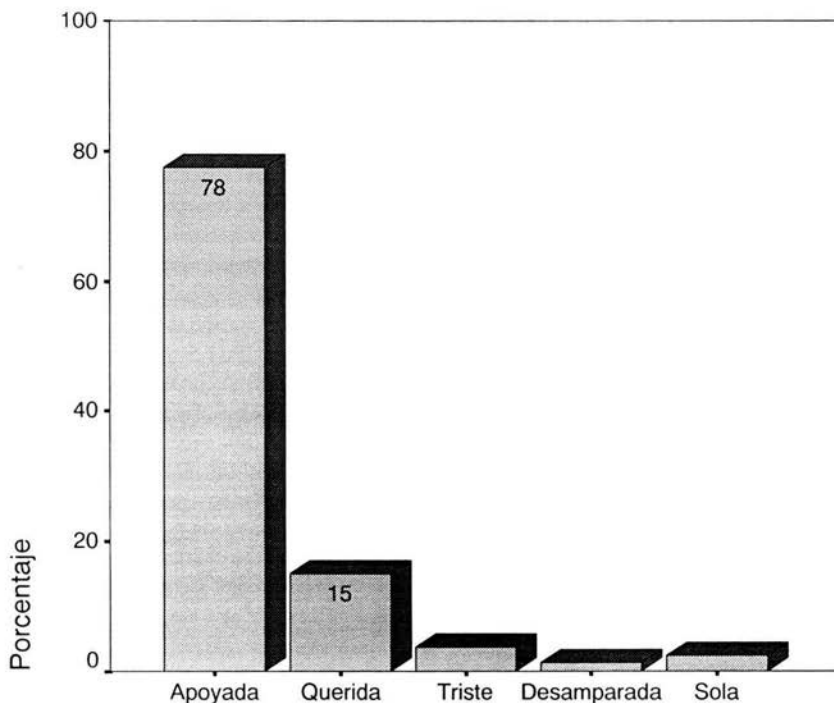
Entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Apoyada	62	77.5
Querida	12	15.0
Triste	3	3.8
Desamparada	1	1.3
Sola	2	2.5
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 21.



Fuente. Cuadro # 21.

CUADRO # 22.

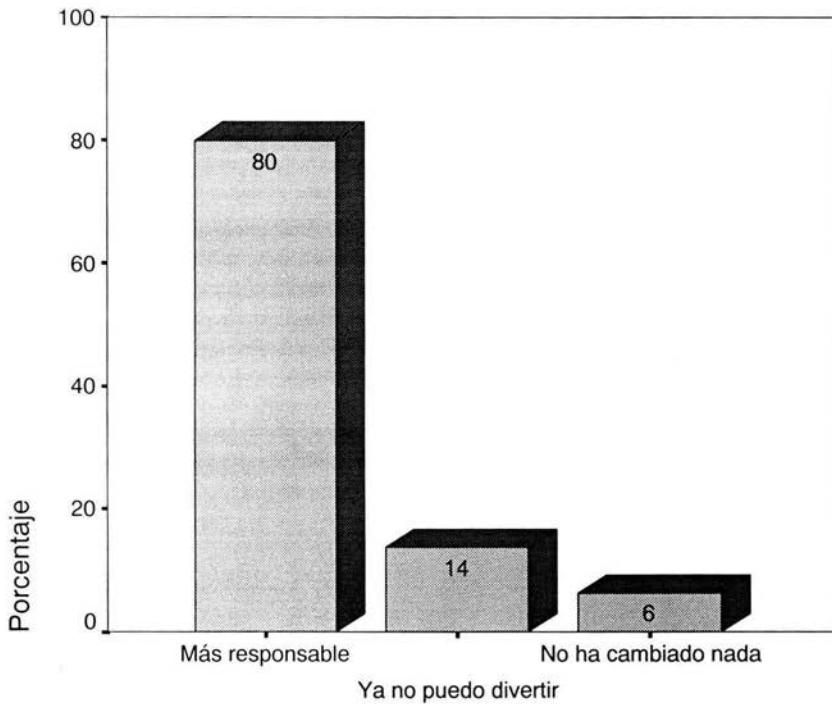
Cambios psicológicos sufridos por las adolescentes a raíz del embarazo, entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Más responsable.	64	80.0
Ya no puedo divertirme	11	13.8
No ha cambiado nada	5	6.3
Total	80	100.0

Fuente. Idem

GRÁFICA # 22.



Fuente. Cuadro 22.

CUADRO # 23.

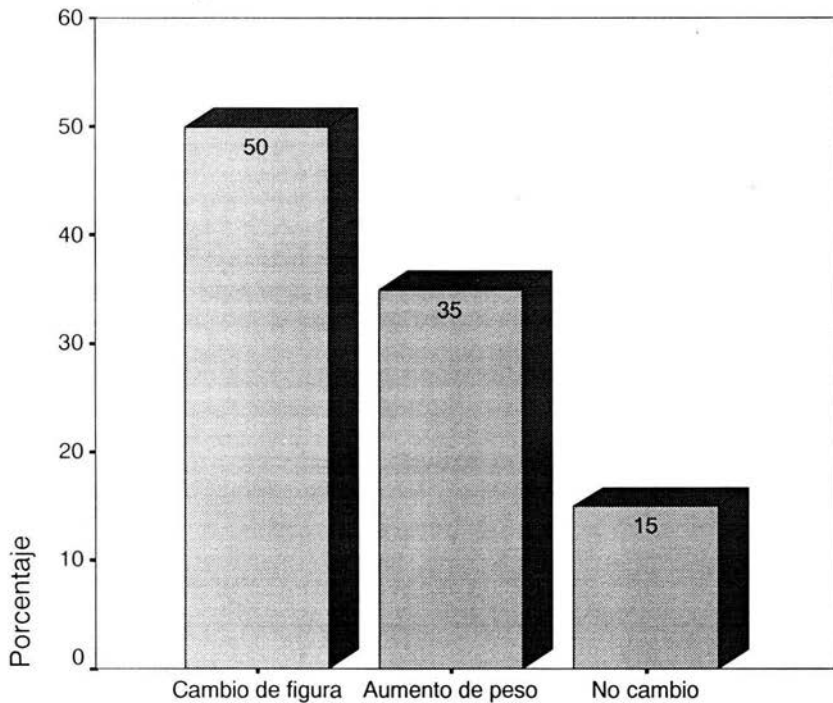
Cambios físicos sufridos en las adolescentes primigestas después de embarazarse, entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Cambio de figura	40	50.0
Aumento de peso	28	35.0
No cambio	12	15.0
Total	80	100.0

Fuente. Idem

GRÁFICA # 23.



Fuente. Cuadro 23.

CUADRO # 24.

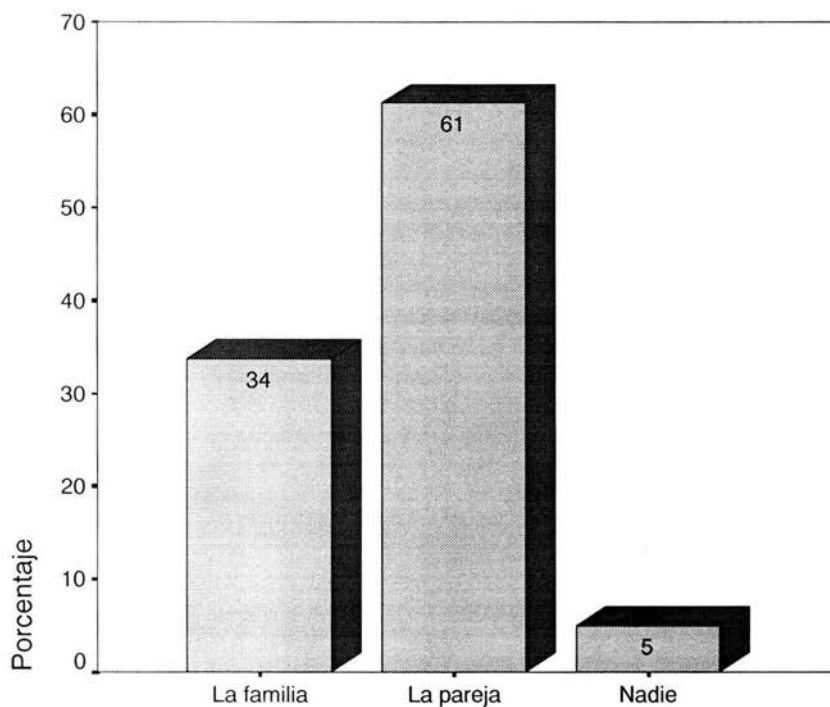
**Persona que apoyará a la adolescente primigesta con los nuevos gastos del bebé.
Entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.**

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
La familia	27	33.8
La pareja	49	61.3
Nadie	4	5.0
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 24.



Fuente. Cuadro 24.

CUADRO # 25.

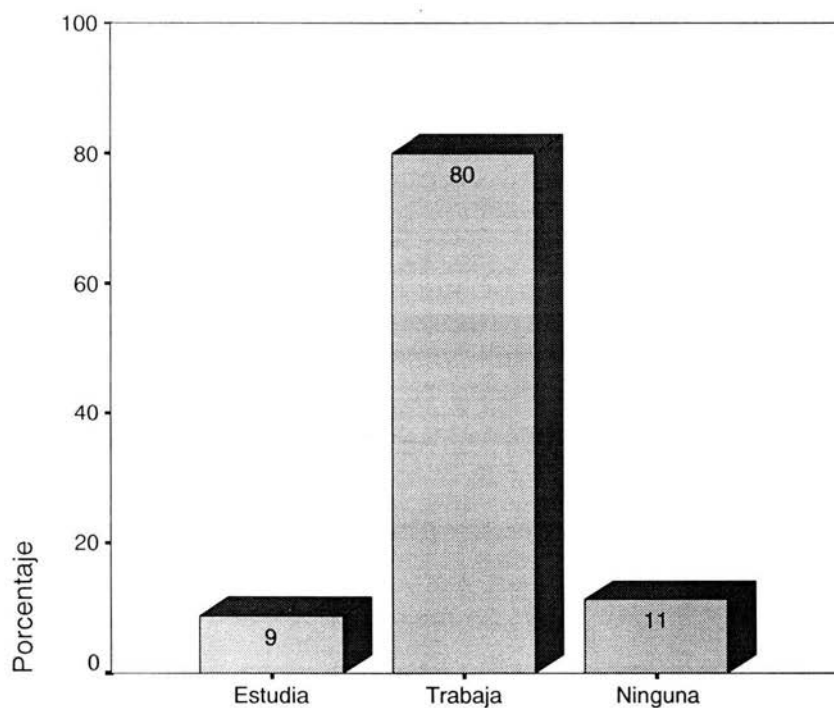
Ocupación de la pareja de la adolescente primigesta y padre del bebé. Entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Estudia	7	8.8
Trabaja	64	80.0
Ninguna	9	11.3
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 25.



Fuente. Cuadro 25.

CUADRO # 26.

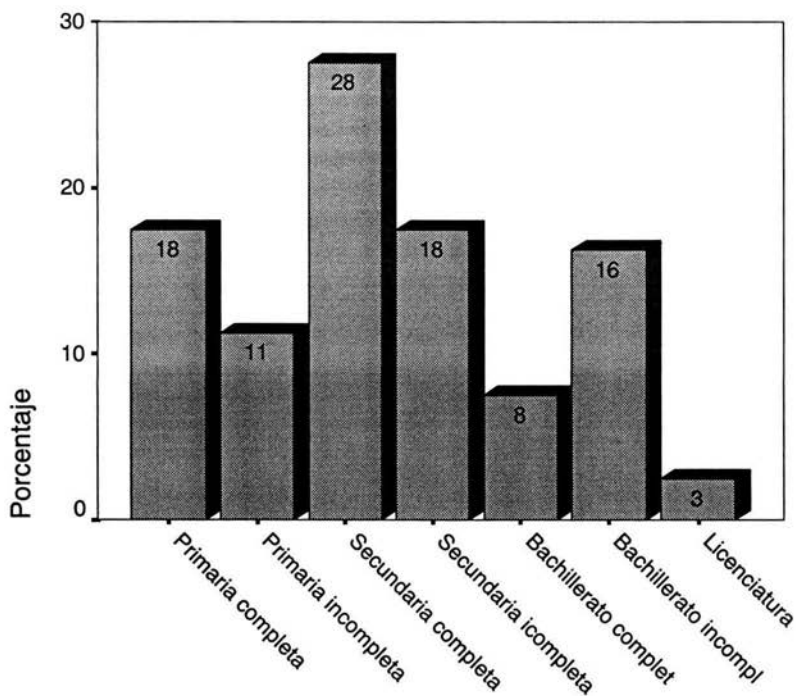
**Escolaridad con la que cuenta el padre del bebé de la adolescente primigesta.
Entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.**

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Primaria completa	14	17.5
Primaria incompleta	9	11.3
Secundaria completa	22	27.5
Secundaria incompleta	14	17.5
Bachillerato completo	6	7.5
Bachillerato incompleto	13	16.3
Licenciatura	2	2.5
Total	80	100.0

Fuente. Idem

GRÁFICA # 26.



Fuente. Cuadro 26.

CUADRO # 27.

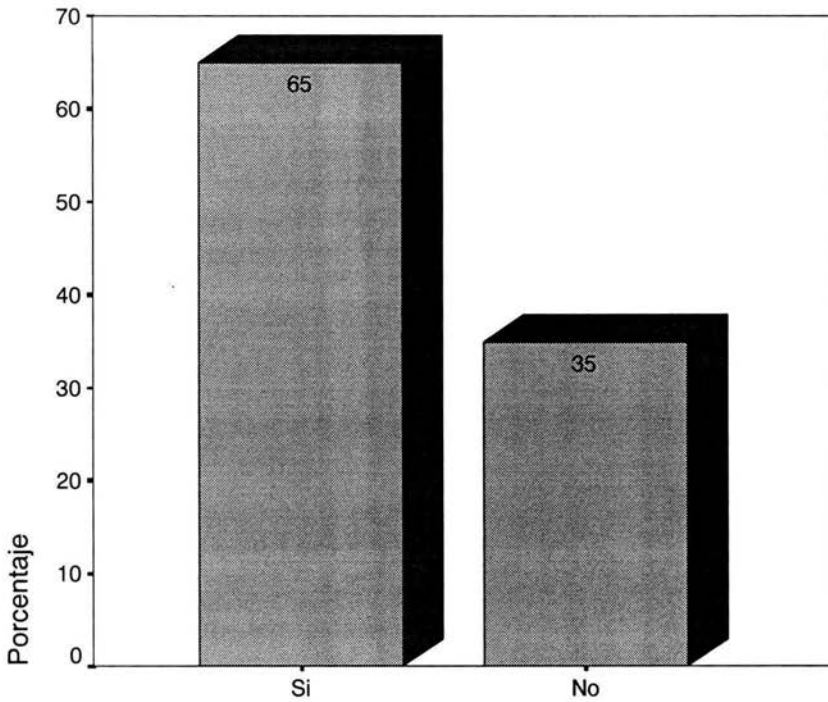
**Mantenimiento de la relación entre el padre del bebé y la adolescente primigesta.
Entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.**

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	52	65.0
No	28	35.0
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 27.



Fuente. Cuadro 27.

CUADRO # 28.

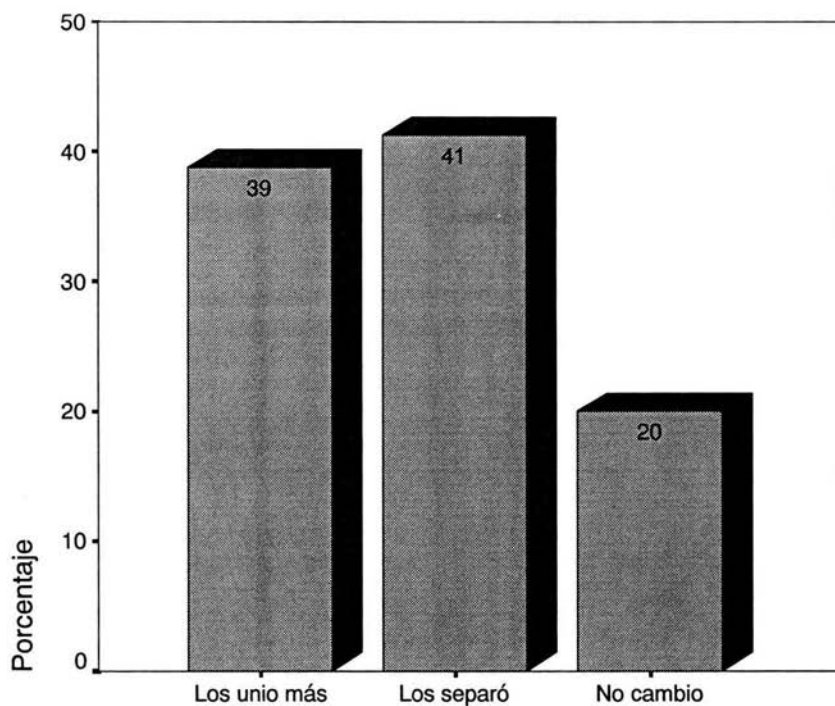
**Cambios en la relación de la adolescente primigesta con su pareja.
Entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.**

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Los unió más	31	38.8
Los separo	33	41.3
No cambio	16	20.0
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 28.



Fuente. Cuadro 28.

CUADRO # 29.

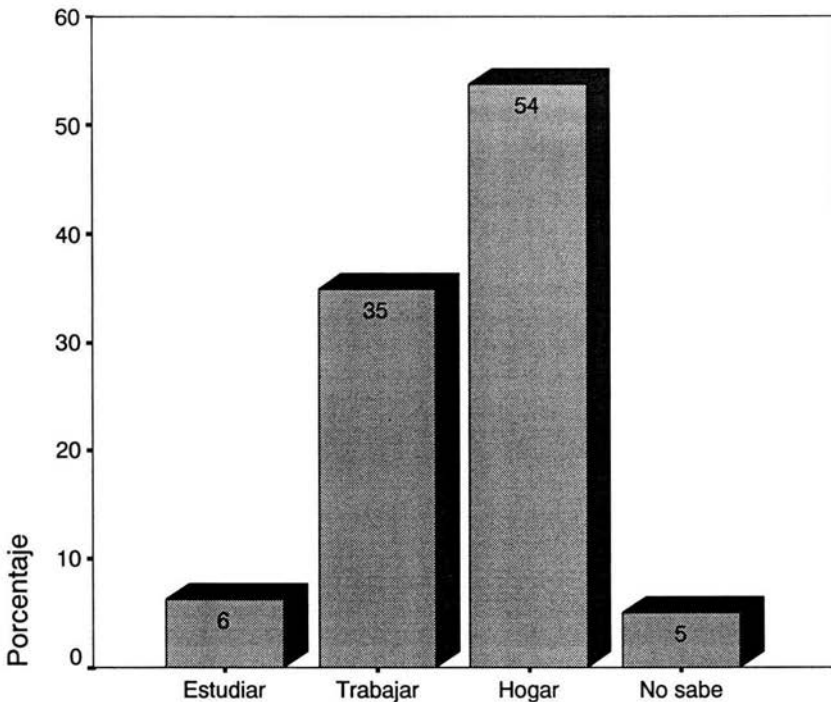
**Actividad a la que se dedicará la adolescente primigesta después del embarazo.
Entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.**

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Estudiar	5	6.3
Trabajar	28	35.0
Hogar	43	53.8
No sabe	4	5.0
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 29.



Fuente. Cuadro 29.

CUADRO # 30.

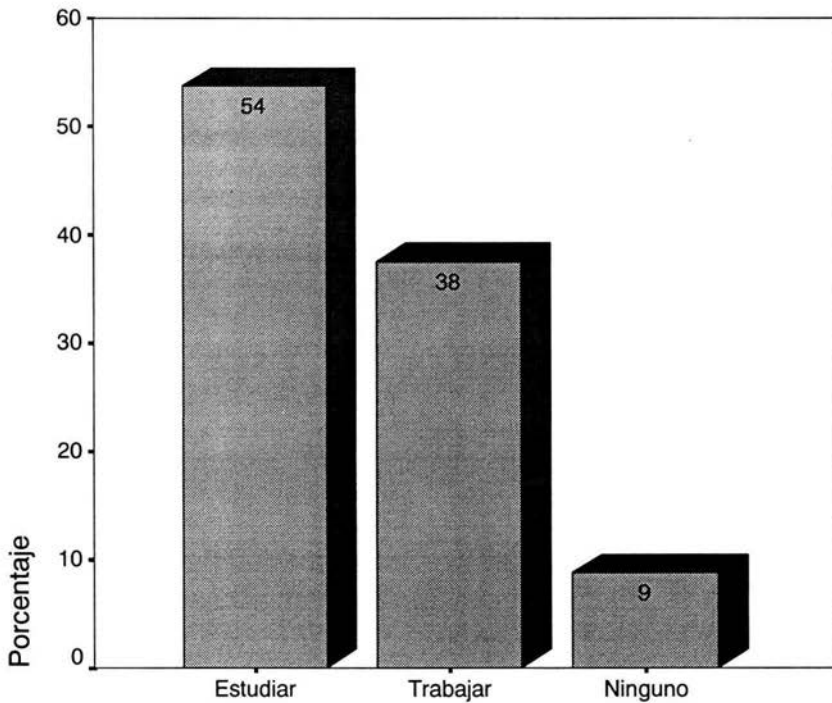
**Planes de la adolescente primigesta antes de embarazarse.
Entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.**

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Estudiar	43	53.8
Trabajar	30	37.5
Ninguno	7	8.8
Total	80	100.0

Fuente. Idem

GRÁFICA # 30.



Fuente. Cuadro 30.

CUADRO # 31.

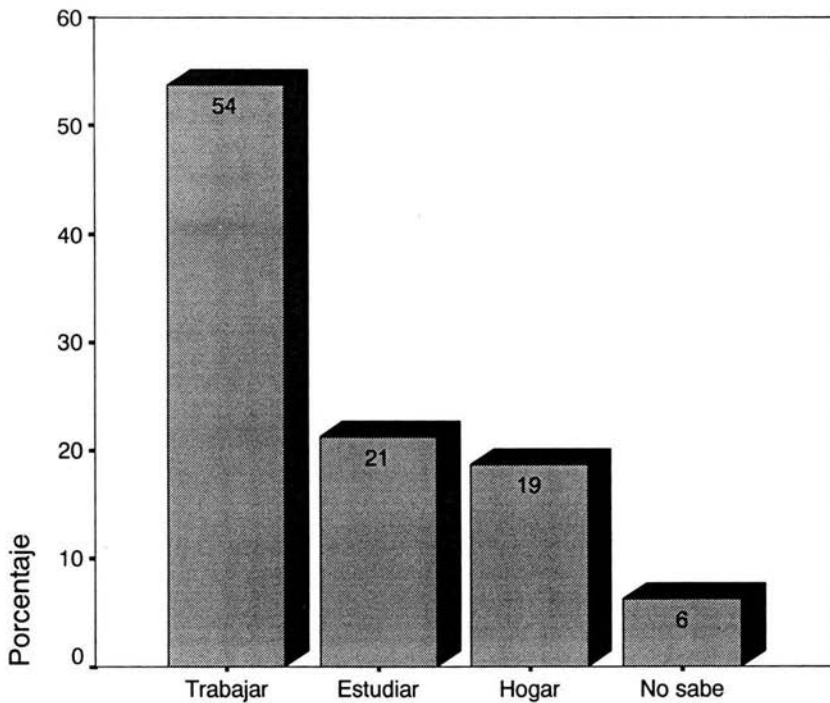
**Planes a futuro de la adolescente primigesta después de haber tenido a su bebé.
Entrevistadas en el Hospital nacional Homeopático.**

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Trabajar	43	53.8
Estudiar	17	21.3
Hogar	15	18.8
No sabe	5	6.3
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 31.



Fuente. Cuadro 31.

CUADRO #32.

Percepción de la adolescente primigesta respecto a la opinión de las personas sobre el embarazo en las chicas jóvenes.

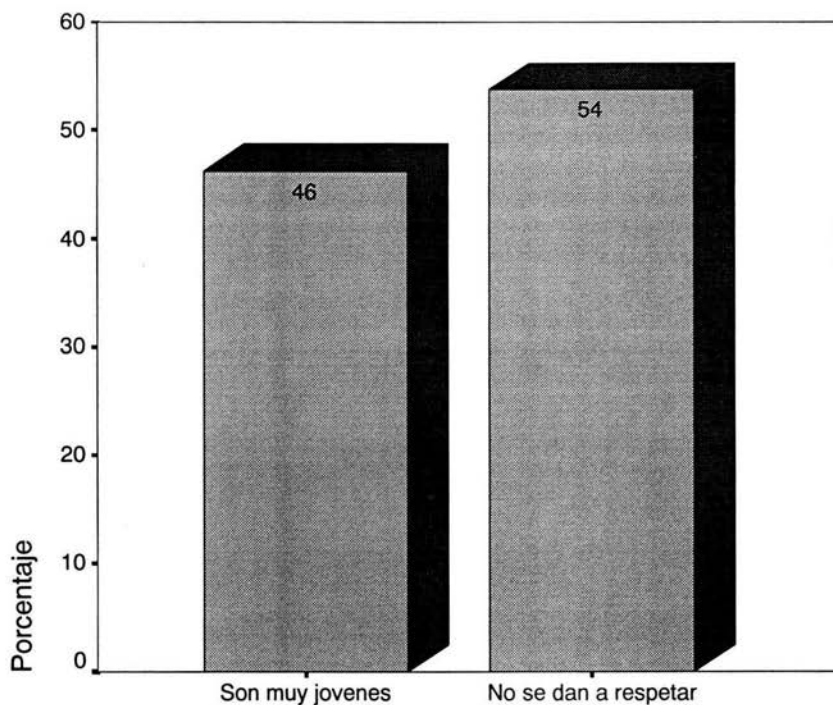
Entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Son muy jóvenes	37	46.3
No se dan a respetar	43	53.8
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 32.



Fuente. Cuadro 32.

CUADRO # 33.

Cambios en la relación de los amigos de la adolescente primigesta, por causa de su embarazo.

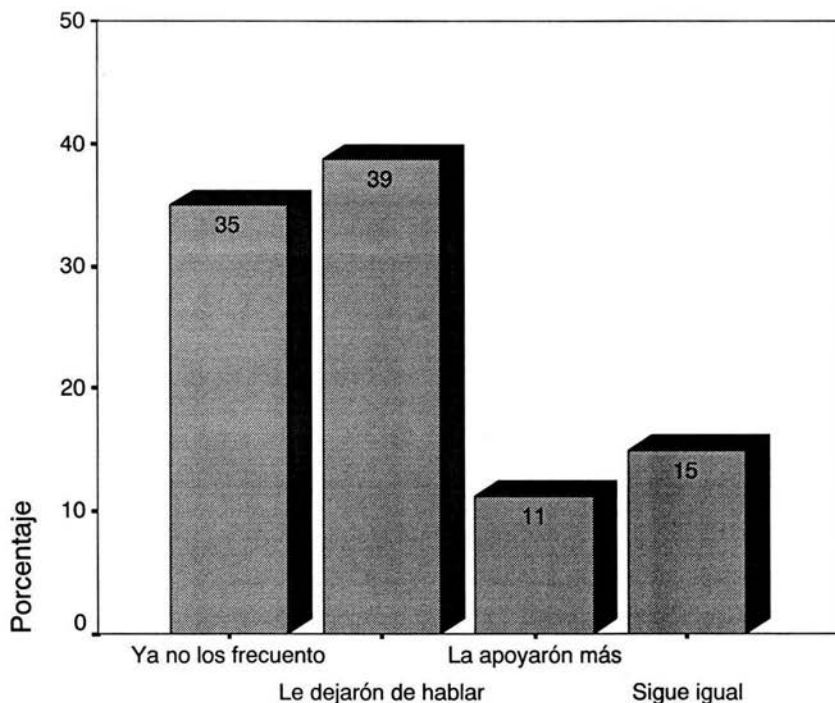
Entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Ya no los frecuento	28	35.0
Le dejaron de hablar	31	38.8
La apoyaron más	9	11.3
Sigue igual	12	15.0
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 33.



Fuente. Cuadro 33.

CUADRO # 34.

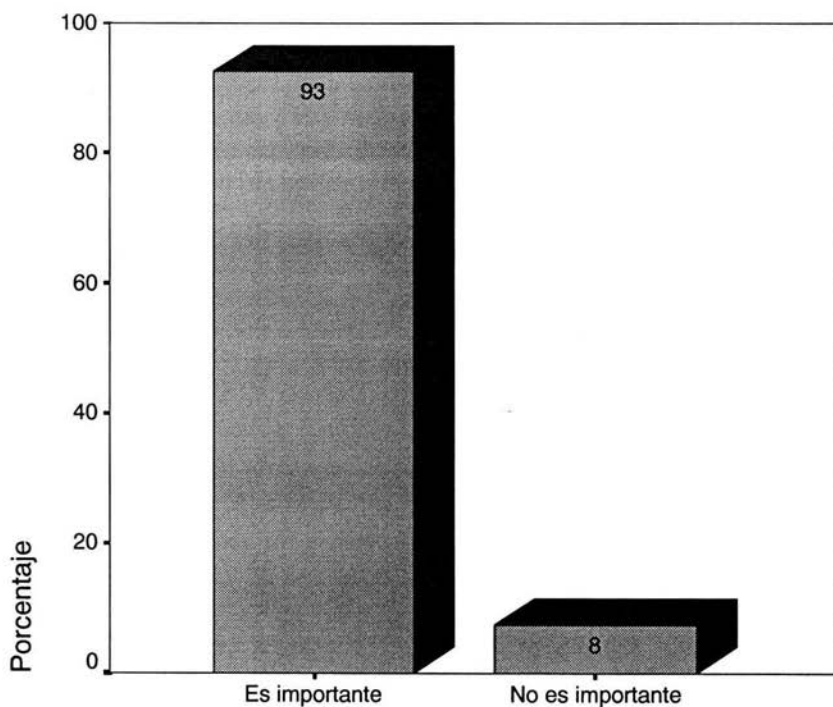
**Opinión de la adolescente primigesta respecto a la importancia de darle una familia al bebé.
Entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.**

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Es importante	74	92.5
No es importante	6	7.5
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 34.



Fuente. Cuadro 34.

CUADRO # 35.

Opinión que tenía la adolescente primigesta en cuanto a la formación de una familia antes de embarazarse.

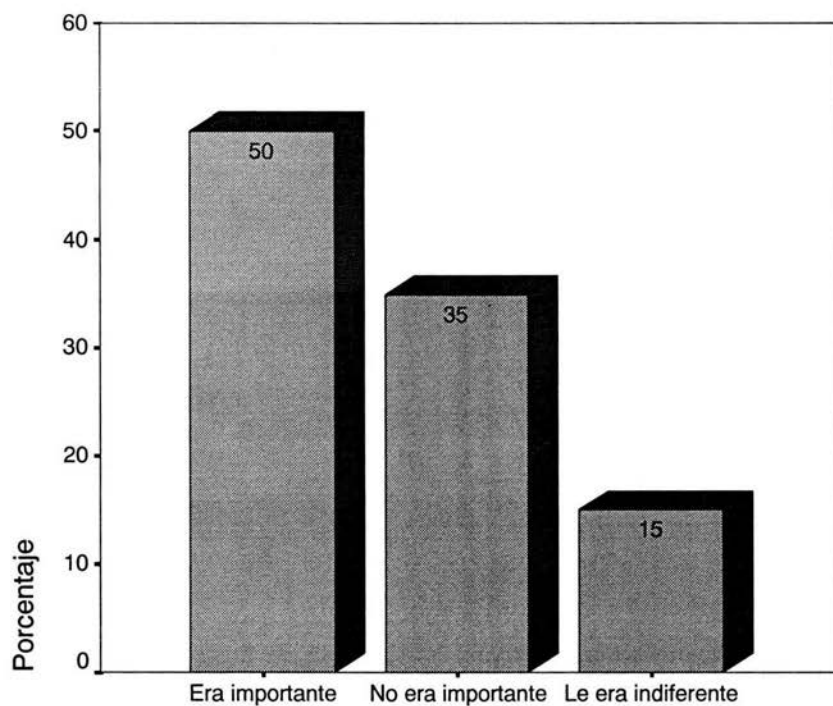
Entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Era importante	40	50.0
No era importante	28	35.0
Le era indiferente	12	15.0
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 35.



Fuente. Cuadro 35.

CUADRO # 36.

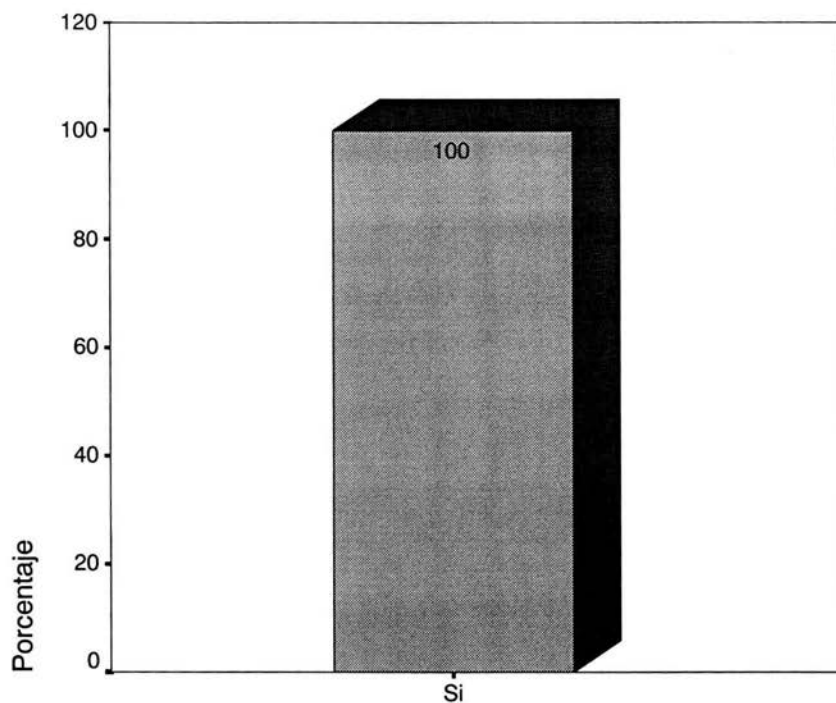
Opinión de la adolescente primigesta respecto a la necesidad de recibir información de su interés de parte del Hospital Nacional Homeopático.

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	80	100.0
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 36



Fuente. Cuadro 36.

CUADRO # 37.

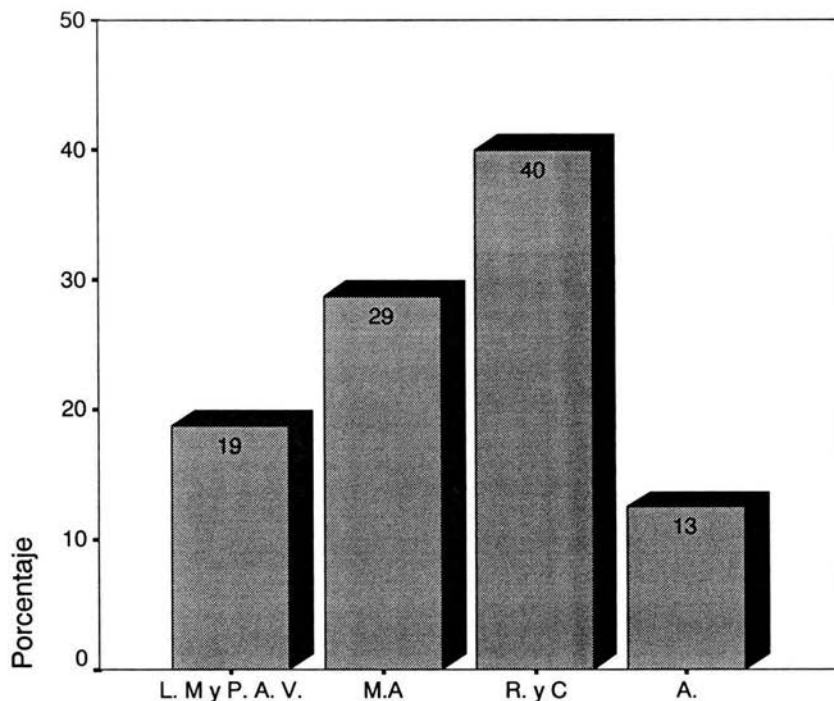
Temas de orientación que le gustaría recibir a la adolescente primigesta, por parte del Hospital Nacional Homeopático

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Lactancia materna y primer año de vida	15	18.8.
Métodos anticonceptivos	23	28.8
Responsabilidades y cambios con el bebé.	32	40.0
Autoestima	10	12.5
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 37.



Fuente. Cuadro 37.

CUADRO # 38.

Utilización previa de algún método anticonceptivo por la adolescente primigesta antes de embarazarse.

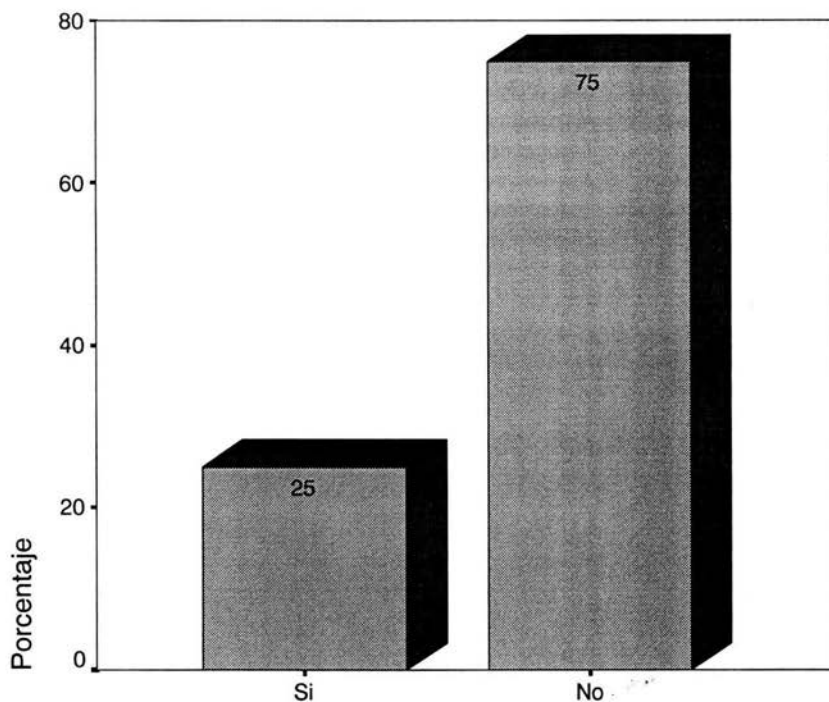
Entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	20	25.0
No	60	75.0
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 38



Fuente. Cuadro 38.

CUADRO # 39.

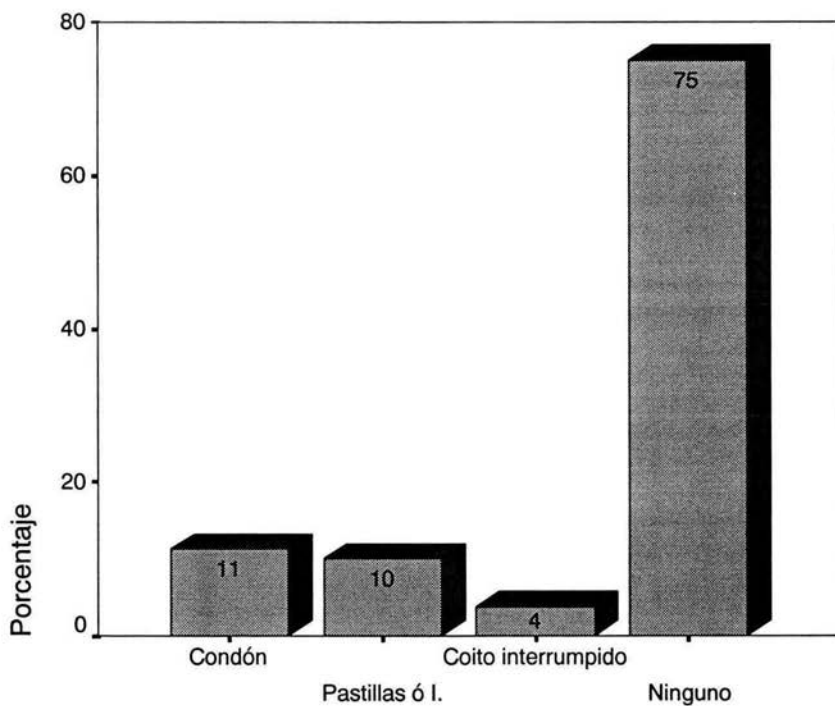
**Tipo de método anticonceptivo utilizado por la adolescente primigesta.
Entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.**

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Condón	9	11.3
Pastillas ó inyección	8	10.0
Coito interrumpido	3	3.8
Ninguno	60	75.0
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 39.



Fuente. Cuadro 39.

CUADRO # 40.

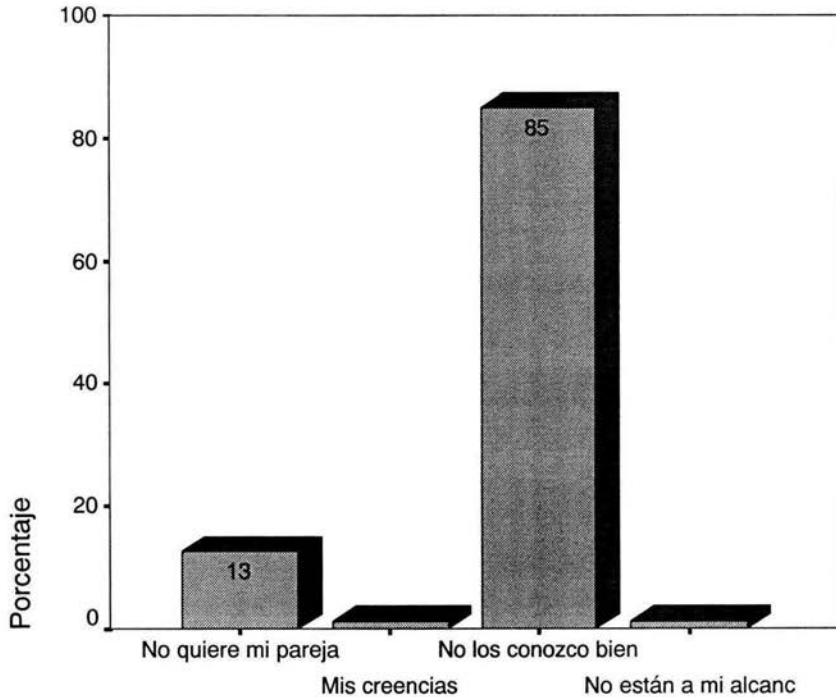
**Inconvenientes detectados por la adolescente primigesta para no utilizar algún método anticonceptivo.
Entrevistadas en el Hospital Nacional Homeopático.**

NOV - DIC-03.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Mi pareja no esta de acuerdo	10	12.5
Mis creencias	1	1.3
No los conozco bien	68	85.0
No están a mi alcance	1	1.3
Total	80	100.0

Fuente. Idem.

GRÁFICA # 40.



Fuente. Cuadro 40.