



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**REDES DE APOYO EN LAS EMBARAZADAS
ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL
ISSEMYM NEZAHUALCÓYOTL**

**TRABAJO QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. DANIEL ALBERTO ESQUIVEL PÉREZ

MÉXICO, D.F. ENERO 2014



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.

REDES DE APOYO EN LAS EMBARAZADAS
ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL
ISSEMYM NEZAHUALCÓYOTL

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

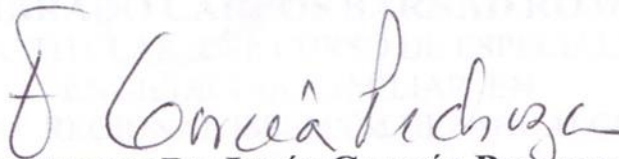
PRESENTA

DR. DANIEL ALBERTO ESQUIVEL PÉREZ

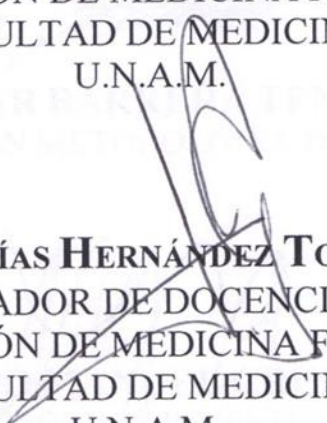
AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

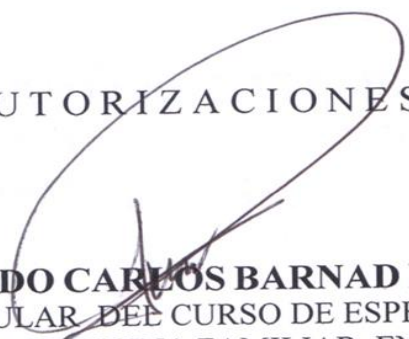
REDES DE APOYO EN LAS EMBARAZADAS
ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL
ISSEMYM NEZAHUALCÓYOTL

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. DANIEL ALBERTO ESQUIVEL PEREZ

AUTORIZACIONES:



DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN
HOSPITAL REGIONAL ISSEMYM NEZAHUALCOYOTL



DR. OSCAR BARRERA TENAHUA.
ASESOR EN METODOLÓGIA DE TESIS



M.E. CLAUDIO MANUEL CRUZ FIERRO
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



REDES DE APOYO EN LAS EMBARAZADAS
ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL
ISSEMYM NEZAHUALCOYOTL

1. MARCO TEÓRICO.....	8
1.1 ANTECEDENTES DE LA ADOLESCENCIA.....	8
1.2 DEFINICION DE PUBERTAD Y ADOLESCENCIA.....	9
1.3 ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LOS ADOLESCENTES EN MEXICO.....	10
1.4 ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD.....	12
1.5 ASPECTOS BIOLOGICOS DE LA SEXUALIDAD EN EL ADOLESCENTE.....	15
1.6 ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE.....	17
1.7 PRINCIPALES FENOMENOS SOCIALES RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD.....	20
1.8 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....	24
1.9 REPERCUSIONES PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO NO PLANEADO DURANTE LA ADOLESCENCIA.....	32
1.10 LA MADRE ADOLESCENTE.....	33
1.11 EL PADRE ADOLESCENTE.....	35
1.12 LA PAREJA ADOLESCENTE.....	35
1.13 LA FAMILIA DE LA ADOLESCENTE.....	36
1.14 LA SOCIEDAD.....	38
1.15 REDES DE APOYO.....	39
1.16 ESTRUCTURA DE LAS REDES DE APOYO.....	42
1.16.1 REDES SOCIALES INFORMALES.....	42
1.16.2 REDES SOCIALES FORMALES O INSTITUCIONALES.....	43
1.16.2.1 EL ENFOQUE DEL MEDICO FAMILIAR.....	44
1.16.2.2 EL MEDICO FAMILIAR Y LAS REDES DE APOYO.....	45

1.16.2.3 ESTUDIOS DE REDES DE ATENCION PRIMARIA.....	46
1.16.3 REDES SOCIALES COMBINADAS O MIXTAS.....	47
1.17 CARACTERISTICAS DE LAS REDES DE APOYO O REDES SOCIALES.....	47
1.18 CARACTERISTICAS ESTRUCTURALES DE LA RED.....	49
1.19 PRINCIPALES FUNCIONES DE UNA RED DE APOYO.....	50
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	53
3. JUSTIFICACION.....	54
4. OBJETIVOS.....	56
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	56
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	56
5. METODOLOGIA.....	56
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	56
5.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO.....	57
5.3 TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	57
5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN: INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....	57
5.5 VARIABLES DEL ESTUDIO.....	58
5.6 PROCEDIMIENTO DE CAPTURA DE LA INFORMACIÓN.....	59
5.7 DISEÑO ESTADISTICO.....	60
5.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	61
6. RESULTADOS.....	64
7. DISCUSIÓN.....	78
8. CONCLUSIONES.....	80
9. BIBLIOGRAFIA.....	82
10. ANEXOS.....	86

1. MARCO TEORICO

1.1. ANTECEDENTES DE LA ADOLESCENCIA

Hacia finales del siglo XIX cuando los adolescentes se convirtieron en un grupo de edad claramente perfilado en las sociedades industriales avanzadas, los médicos comenzaron a prestar más atención al tiempo, en particular al calendario de las etapas de la vida. El interés médico por la adolescencia se remonta a 1790, pero es a partir de 1850 que Vierort y Bowdicht, identifican la pubertad y reconocen que se presenta primero en las mujeres que en los hombres¹

Una revisión en el Índice Medicus de 1879 hasta la actualidad, ha revelado que desde esa fecha hasta 1907 no había ningún título o estudio sobre la adolescencia, es con Stanley Hall que se inicia la investigación sistematizada, quien plantea que la adolescencia está caracterizada por turbulencia y estrés; fundamentalmente porque los impulsos sexuales en maduración tienen que enfrentarse con el muro de la prohibición social. Hall recurre a la llamada teoría de la recapitulación, la idea de que la transición de la niñez a la juventud y a la adultez, el sujeto recapitula la historia de la humanidad. Su obra funda el campo de la psicología del adolescente en los estados unidos de América.²

Scholtz describe en 1919 los primeros detalles físicos de crecimiento; en 1942 William Greulich estableció un método científico para evaluar el crecimiento y desarrollo puberal y óseo. Los diversos estudios realizados por J. Roswell Gallagher desde 1930 hasta 1955 acerca del enfoque médico de la adolescencia y sus necesidades particulares de atención marcan una nueva era de la medicina. La contribución de James Tanner entre 1950 y 1960 dan a conocer en Inglaterra su evaluación clínica de la madurez sexual, la cual sigue vigente hasta la fecha.¹

1.2 DEFINICION DE PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de vida que se da entre los 10 y 19 años de edad, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad) así como por la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres), acompañados de profundos cambios psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil. Muchos adolescentes, sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro, encuentran múltiples dificultades para ajustarse a esta etapa de su vida, en particular en lo relativo a su sexualidad, la adolescencia comienza antes en las mujeres que en los varones .³

El término pubertad es derivado del latín *púber* que significa aparición de vello púbico, es decir el que brota en la región del pubis. La pubertad es un proceso de crecimiento y maduración biológica que se desarrolla bajo control genético estricto, ya que aparece como consecuencia de crecimiento y desarrollo humano en etapas previas , incluye cambios neurohormonales que inducen y regulan la maduración del eje hipotálamo-hipófisis-gónadas, y que dan por resultado una nueva geografía hormonal en el organismo. La pubertad requiere de la presencia de diversos factores, entre ellos: códigos genéticos particulares e individuales, crecimiento y desarrollo de las etapas pediátricas previas, condiciones de salud personal y ambiental, nutrición y diferentes estímulos psíquicos y sociales que con calidad y constancia estimulan el desarrollo biológico, psicológico y social hasta la pubertad. La pubertad se alcanza cuando se producen hormonas procedentes de la adenohipófisis que facilitan la maduración de las gónadas en ambos sexos. Para que ellas entren al sistema circulatorio es necesaria la maduración del sistema hipotálamo-hipófisis-gónadas. En tanto que al sistema límbico se le considera inhibidor de las gonadotropinas y por ello causante del bloqueo en el inicio de la pubertad. ⁴

A la madurez biológica se le conoce como pubertad, en tanto al largo periodo que sigue para encontrar la madurez emocional y social se le denomina adolescencia, en la cual diversos factores de tipo socioeconómico y de composición corporal parecen influir en el proceso.

La palabra adolescente está tomada del latín *adolescens*, participio presente del verbo *adoleceré*, que significa crecer.

El proceso de la adolescencia se divide 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 años hasta los 17 años de edad y entonces equivale al periodo del bachillerato.
- Adolescencia tardía o fase de resolución de la adolescencia. Comprende de los 18 años a los 21 años de edad, y corresponde a la educación universitaria casi por completo. ⁴

La adolescencia es un proceso de búsqueda de una nueva identidad que haga posible liberarse del pasado infantil y enfrentar con éxito las tareas del crecimiento humano, el mayor predicamento del adolescente es confrontar su futuro incierto, encontrando un camino y aprender a vivir en un mundo que ya no lo acepta como niño y aun no lo acepta como adulto.⁵

1.3 ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LOS ADOLESCENTES EN MEXICO

México cuenta con un total de 12.8 millones de adolescentes entre 12 y 17 años de edad en 2009, de los cuales 6.3 son mujeres y 6.5 son hombres. El 55.2% de los adolescentes mexicanos son pobres, uno de cada 5 adolescentes tiene ingresos familiares y personales tan bajos que no le alcanza siquiera para la alimentación mínima requerida. En 2008 casi 3 millones de adolescentes entre 12 y 17 años no asistían a la escuela. Del total de niños y jóvenes que no asistían a la escuela, correspondían a este grupo de edad 48.6% hombres y 44.1% mujeres. ⁶

La población adolescente de México se duplicó en términos porcentuales en los últimos 30 años. En 1970 representaba 11.4% de la población nacional; en el 2000 representaba 21.3 %. Entre 2010 y 2050 el grupo de edad más grande de la población mexicana continuara siendo el grupo de 10 a 19 años. ⁷

Dentro del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios en el Hospital Regional Nezahualcóyotl hasta el año 2008 se tenían afiliados 54278 derechohabientes, de estos dentro del rango de edad de 10 a 19 años corresponden a 7892 adolescentes de los cuales son 3577 hombres y 4315 mujeres. El total de la población adolescente derechohabiente del ISSEMyM en el Hospital regional Nezahualcóyotl corresponde al 14.53% del total. ⁸

Casi medio millón de mexicanas menores de 20 años dieron a luz en el año 2005. En 2005 hubo 144, 670 casos de adolescentes con un hijo o un primer embarazo entre los 12 y 18 años que no han concluido su educación de tipo básico. En este mismo rango de edad, considerando a quienes tienen más de un hijo, los datos ascienden a 180,408 casos de madres. La paternidad y la maternidad tempranas conducen a las niñas, de manera abrupta, a un mundo adulto para el cual no están preparadas, con efectos desfavorables sobre su vida y la de sus hijos. El embarazo prematuro además conlleva un alto riesgo para la vida y la salud de la madre y del bebé. En 2008 se registró un alto porcentaje de adolescentes que no estudian y se encuentran casadas, viven en unión libre o están divorciadas (19.2%) con respecto a los hombres (4.5%) del mismo grupo de edad. ⁶

En la república mexicana en el año 2008 se registraron cerca de dos millones de nacimientos, de los cuales 15.5 por ciento fueron de madres adolescentes, entonces durante ese año 310 000 niños tuvieron una madre adolescente. ⁹

En 2008, alrededor de siete mil mujeres entre 12 y 14 años han tenido al menos un hijo. Asimismo, datos preliminares de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2006), indican que entre las adolescentes de 15 a 19 años que ya han tenido un hijo se convirtieron en madres en promedio a los 16 años de edad. ⁹

El embarazo durante la adolescencia es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los/ las jóvenes. ³

Así también se ha observado la mayor probabilidad de padecer preeclampsia-eclampsia en las adolescentes embarazadas de menos de 16 años, pero además complicaciones como parto prematuro, bajo peso al nacer, disminución de

concentraciones de ferritina, ácido fólico y otros nutrientes en el feto ya que este tiene que competir con la captación materna de estos para el propio crecimiento de la madre adolescente¹⁰

Datos obtenidos de algunas encuestas sobre el comportamiento sexual y reproductivo en los/las adolescentes muestran que estos(as) tienden al inicio de relaciones sexuales a más temprana edad y en la mayoría de los casos lo hacen desprovistos de información objetiva, oportuna, clara y veraz acerca del manejo de la sexualidad, de las responsabilidades que implican la maternidad y la paternidad y del uso correcto y sistemático de métodos anticonceptivos modernos. Estas situaciones exponen a los/las jóvenes a mayores riesgos de que se produzca un embarazo no planeado, un aborto provocado o una infección de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.³

1.4 ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD

Una de las características fundamentales del ser humano es el hecho de vivir en sociedad. Para satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales las personas requieren participar y actuar dentro de diferentes grupos sociales. De estos grupos resalta por su importancia la familia, considerada como el núcleo primario y fundamental para promover la satisfacción de las necesidades humanas básicas, y sobre todo de los hijos quienes por su carácter dependiente ahí encuentran respuesta a sus carencias. En ella reciben la educación necesaria para transformarse en adultos independientes. En épocas anteriores, los hijos vivían en familia con un rol claramente determinado por su sexo: el varón sería el sustituto del padre y la mujer ayudaría en las tareas domésticas. Cuando dejaban de ser niños, se les consideraba adultos y desempeñaban el papel que tenían asignado. Para el joven de las sociedades tribales, basadas en sólidas tradiciones, la incorporación al mundo de los adultos se efectúa a través de ritos de iniciación generalmente dolorosos y peligrosos, pero aceptados de buen agrado porque no hay otra forma de conquistar los privilegios del adulto.³

Una vez superados, el resto de la tribu entiende que la persona en cuestión posee las capacidades y cualidades de adulto y como tal se le trata. Los jóvenes inmersos en esas sociedades saben exactamente qué se espera de ellos y lo

siguen sin protestar. Con la llegada de la industrialización, la familia sufrió transformaciones al pasar a vivir a los centros urbanos. El padre se integra como trabajador a la fábrica y la madre es la encargada de cuidar el hogar y a los hijos. Por su parte los hijos no tienen una función social definida, sino que, llegado el momento, requieren integrarse a la vida productiva de la sociedad, pero el acceso al papel de adulto(a) no se consigue mediante un rito de iniciación, sino que será un proceso lento y casi siempre difícil.³

Dentro de un marco de referencia longitudinal podemos describir el desarrollo de la adolescencia como una secuencia de eventos que ocurren en las direcciones siguientes: aceptación de los cambios e integración de una nueva identidad, descubrimiento de la vocación, separación de los padres y fortalecimiento de la autonomía, sexualidad y ternura, superación del narcisismo, humanización de la conciencia moral y de los valores éticos. Es claro que estos cambios psicológicos tienen una contrapartida biológica en los cambios endocrinos implicados en el proceso de crecimiento.⁵

La aparición de la pubertad indica al/la joven que ya no es niño(a), pero la sociedad tampoco lo reconoce como adulto. No ha abandonado por completo la infancia y tampoco puede enfrentar de lleno las demandas de adulto. La adolescencia en las sociedades urbanas es un periodo que se caracteriza por su larga duración, su indeterminación, por la fuerte carga de conflicto y por la asincronía entre la madurez sexual y la psicosocial. Biológicamente el/la adolescente es prácticamente un(a) adulto(a), tiene la capacidad para reproducirse y puede pensar en términos de adulto, sin embargo, socialmente no es niño(a) pero tampoco tiene un lugar en el mundo de los adultos, y pasará un largo tiempo antes de que se le permita insertarse en la vida productiva y ser autosuficiente. La resolución de la adolescencia se da cuando él/la joven ha logrado definir una manera de pensar, sentir y actuar más o menos estable que le permite autonomía personal y adaptación social.³

La adolescencia es el periodo crucial del ciclo vital en el que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo y asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio. Durante esta etapa los/las jóvenes experimentan

cambios en diferentes planos. En primer lugar alcanzan la madurez física y la capacidad reproductiva, así mismo, su desarrollo intelectual les permite elaborar juicios críticos y pensamientos abstractos, por otro lado aumenta su responsabilidad social puesto que ya no tienen la continua vigilancia de los padres en su actuación social. Precisan también acomodar su sexualidad, “aún infantil”, con la sexualidad de los adultos. Finalmente, tendrán que buscar su independencia económica y autonomía personal.⁶

Durante la adolescencia los/las jóvenes se identifican más claramente con su sexo y consolidan su identidad de género al observar los roles que desempeñan los adultos como hombre o mujer. Esta identificación incluye comprender y aceptar la propia existencia como hombre o mujer así como los roles, valores, deberes y responsabilidades propios de ser hombre o mujer. Nuevas relaciones sociales se establecen entre los/las jóvenes y entre los adultos y los/las jóvenes, tanto dentro como fuera de la familia. Así mismo, surge la capacidad de pensamiento abstracto, la atracción sexual, la respuesta sexual, los sentimientos eróticos y amorosos propios de los adultos, se define la preferencia sexual y se inicia la búsqueda de pareja. Consolidar la sexualidad para su vida como adulto, es una tarea clave en el desarrollo de los/las adolescentes. Para lograrlo requieren de la integración de factores físicos, psicológicos, sociales, culturales, educativos y morales.³

En la adolescencia la identidad infantil ya no es suficiente y el niño intenta suplirla con una nueva identidad, lo impulsa el reconocimiento de sus propias necesidades e intereses y se apoya en su identificación de otros. Dos consecuencias son aparentes: el adolescente se hace más crítico y eventualmente sus propios juicios llegan a tener más peso para él que los ajenos, y su sentimiento de auto estimación descansa más en ellos. El proceso de integrarse al mundo de los adultos con una identidad propia es gradual y en ese proceso las identificaciones infantiles se subordinan a las nuevas identificaciones.⁵

En las especies animales la sexualidad está al servicio exclusivo de la reproducción, solamente en los humanos la sexualidad, además de la función reproductora, permite dar y recibir amor y placer, así como cumplir una función social en términos de los roles de género asignados para hombres y mujeres. La

sexualidad se expresa de forma diferente conforme transcurre el desarrollo de él/la niño(a).³

Freud explico el desarrollo humano en términos de la sexualidad y considero que el proceso central de la adolescencia es la subordinación de las zonas erógenas pre genitales a la zona genital y la adquisición de objetos sexuales fuera del núcleo familiar.⁵

1.5 ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE

Desde el punto de vista biológico el ser humano es un ser sexuado. La existencia de los órganos genitales no sólo determina la asignación de sexo, sino que provocan un comportamiento sexual. El concepto de sexualidad ha traspasado los límites de la genitalidad y ha incluido las distintas conductas tanto individuales como sociales que las personas adoptan para resolver su vida sexual.³

Considerando que los humanos poseemos órganos sexuales diferenciados para hombres y mujeres, la tendencia es aceptar la existencia de sexualidad desde el nacimiento. Sin embargo, las opiniones difieren sobre todo a nivel psicosocial. Muy distinto es el panorama cuando se habla de madurez sexual, ya que biológicamente está demostrado que tal madurez es consecuencia de la influencia del eje hipotálamo-hipófisis-gónadas lo cual trae aparejado cambios corporales y psicológicos. Durante este periodo en las mujeres se manifiestan cambios característicos como telarca, pubarca, menarca. En los hombres se hace evidente el cambio de voz, surge vello púbico y se producen las primeras emisiones de esperma. Estas manifestaciones, entre otras, anuncian el inicio de la madurez sexual cuya consecuencia natural es la capacidad reproductiva. Los cambios biológicos durante la adolescencia adquieren un significado especial para la vida y la sexualidad de los/las jóvenes, puesto que representan la nueva realidad que han de vivir como adultos, tanto en un aspecto físico como psicológico y social.³

El impulso sexual es intenso durante la adolescencia. En el varón, la urgencia por la satisfacción es apremiante y está vinculada a la emisión de semen. A lo largo del día el varón presenta erecciones erráticas y sensibilidad circunscrita al pene. Por la noche experimenta eyaculaciones ligadas o no a sueños eróticos. Las eyaculaciones espontáneas, con o sin erección, durante el día son menos

frecuentes y generalmente están asociadas a situaciones de ansiedad. En cuanto a la mujer, experimenta periodos de gran tensión circunscrita a los genitales, con el aumento en el grosor de los labios menores, el clítoris y secreciones vaginales. Para el hombre la capacidad de sentir orgasmo depende en gran medida de la presencia de semen en las glándulas seminales, y la eyaculación es la única forma de satisfacer sus impulsos sexuales. En contraste, la mujer puede experimentar placer erótico a través de la fantasía y el afecto y es por tanto más fácil que pueda postergar la satisfacción sexual a través del coito, ocupando la fantasía un lugar importante en la vida de las jóvenes.³

Así mismo las adolescentes embarazadas cursan con más factores biológicos que predisponen a las infecciones como la inmadurez del sistema inmunológico, una gran eversión glandular en el cuello uterino, con una metaplasia escamosa muy activa, una inadecuada producción de moco cervical favorecida por los ciclos anovulatorios.¹¹

La actividad sexual real muestra diferencias entre hombres y mujeres. Ambos son capaces de experimentar deseo y excitación, sin embargo, a través de mitos, tabúes o el género algunas mujeres se cohiben a la vida sexual activa mientras no estén casadas o mantengan una relación afectiva, en tanto que los jóvenes la realizan con mayor libertad y tolerancia. Para las mujeres, los códigos sexuales conservadores establecen que la actividad sexual se limite a personas “significativas”, “importantes” o “afectuosas”, y fundamentalmente tiene como objetivo la reproducción. El sexo por placer está reservado para las “chicas malas” o “locas”.³

1.6 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE

Durante la adolescencia la capacidad física, sexual, imaginativa, intelectual y crítica funcionan con mayor intensidad que en cualquier otro momento de la vida. Es tiempo de cambios diversos e intensos. Las alteraciones hormonales y emocionales pueden exagerarlo todo. El sentimiento infantil de un nuevo día pleno de diversión y alegría se transforma en emociones y sentimientos nuevos, muchas veces confusos y entremezclados. Los/las jóvenes ya no piensan a partir de los objetos reales y de la realidad conocida, sino que ahora son capaces de crear objetos ideales, de imaginar situaciones que no existen, al menos dentro de su experiencia. Él/la joven intentan dominar la realidad con las teorías, sin embargo

en muchas ocasiones confunde lo posible con lo real. La ubicación dentro de la realidad se dará más adelante a partir de la vida en el mundo de los adultos. Encontramos entonces en él/la adolescente dos formas de pensamiento: uno mágico, que intenta controlar y cambiar al mundo a partir del pensamiento omnipotente (fantasías) y otro científico que controla el mundo de forma más real.
3

El primero intenta modificar la realidad a partir de la fantasía, el segundo se conecta con la realidad a través de proposiciones (hipótesis) que son puestas a prueba en la realidad. Hacia el final de la adolescencia él/la joven comúnmente ha logrado establecerse en la realidad social. Si bien es cierto que él/la adolescente puede pensar de manera abstracta, el contenido de sus pensamientos está matizado por su experiencia infantil. El periodo previo de dependencia que ha vivido sigue dominando su vida. No ha tenido la oportunidad de experimentar por sí mismo la consecuencia de sus actos. La familia ha estado al pendiente de guiar y dirigir su conducta.³

La omnipotencia de pensamiento los lleva a pensar: “a mí nunca me va a pasar eso”, el resultado es una serie de conductas temerarias que le sirven de autoafirmación, que sin embargo pueden representar importantes riesgos para su integridad personal. Entre ellas tener relaciones sexuales sin protección que ocasionan embarazos no planeados o contagios de enfermedades de transmisión sexual.³

La terminación de una relación que al principio se vio como “ideal” provoca soledad y eventual lesión de la autoestima. En su anhelo por ser amados y reconocidos, los/las jóvenes pueden pasar por alto los aspectos que les son desagradables en la persona que han elegido como pareja y resaltar los que consideran sus cualidades, perdiendo la proporción de la realidad. Recordemos la frase “el amor es ciego”. Muchas jovencitas que fantasearon con “su príncipe azul”, se ven ante la situación de sentirse “usadas” después de que les “bajaron el cielo y las estrellas”, es decir, que su pareja les prometió que estaría con ellas en las buenas y en las malas para convencerlas de tener relaciones sexuales y posteriormente abandonar la relación. En ocasiones estas chicas quedan embarazadas, confrontando súbitamente su realidad. Por lo tanto, es importante que los/las jóvenes observen más objetivamente a su probable pareja y

reflexionen sobre sus metas y decisiones. Él/la niño(a) establece los primeros vínculos afectivos con sus padres, la llegada de la pubertad conlleva la incorporación de la sexualidad genital a los afectos. El adolescente no puede satisfacer sus necesidades genitales con sus padres, esto sería ir contra la función social y reproductiva, por tanto, el adolescente necesita buscar la satisfacción sexual hacia el exterior. El afecto que el adolescente sintió por sus padres progresivamente es trasladado hacia el exterior. El proceso se da mediante la progresiva atracción de él/la joven por personas del sexo opuesto, atracción que muchas veces es vivida por los padres como amenazante debido a que señala la partida de él/la hijo(a). En esta época, él/la joven vive una situación de conflicto, puesto que por un lado conserva el cariño hacia sus padres, a los que desea agradar, y por otro siente la imperiosa necesidad de ser independiente y buscar compañero(a) sexual.³

Previo al inicio de las relaciones heterosexuales se establecen relaciones ligeramente antagónicas entre hombres y mujeres. Posteriormente procuran actividades que incorporan a jóvenes de ambos sexos, iniciando la búsqueda de pareja y la expresión de su sexualidad. Iniciar relaciones íntimas, amistosas o el noviazgo, es una tendencia natural en la búsqueda de pareja y de relaciones sexuales. Cada persona es diferente en cuanto a la forma y edad de iniciar las relaciones sexuales. Sin embargo, la elección hecha se ve fuertemente influida por las presiones sociales y de grupo, en vez de obedecer a las necesidades y deseos personales. Superada la etapa de la adolescencia los/las jóvenes se iniciarán en la vida adulta al sentir confianza, ejercer su autonomía y definir quiénes son y qué desean. Estas ventajas los preparan para entrar en verdaderas relaciones íntimas con su pareja. En caso de no madurar; la desconfianza, baja autoestima, temor a la iniciativa o a la expresión y la dependencia coloca a los/las jóvenes en situación de desventaja, puesto que están menos preparados para establecer relaciones íntimas. Pueden desearlas, pero carecer de la seguridad y habilidades necesarias para establecerlas, sintiendo tristeza, soledad y frustración.³

Las diferencias sociales entre hombres y mujeres, la masculinidad y femineidad, así como las conductas inherentes a ello, no son naturales, se derivan de la manera en cómo cada cultura legítima sobre un hecho biológico (la diferencia en los genitales externos), una valoración desigual para los hombres y mujeres, generando una relación de subordinación por parte de la mujer al hombre. Esta forma de entender la relación social entre hombres y mujeres se denomina género.⁶

El enfoque de género cubre tres elementos: la asignación de género (hombre o mujer); la identidad de género (convicción de ser hombre o mujer) y el rol de género (el papel que se ha de jugar en la vida). Estos elementos determinan en gran medida la futura actuación de las personas en sociedad.⁶

La asignación de género se refiere a la rotulación como hombre o mujer que realizan las personas que tienen contacto con el/la recién nacido(a), con base en la apariencia de los genitales externos. A partir de ello, la familia y la sociedad se encargarán de educarlo(a) en función de ese señalamiento. Al mismo tiempo, la educación recibida se expresará mediante el rol de género. El término rol de género se emplea para hacer referencia al conjunto de expectativas de comportamiento consideradas como apropiado para las personas que poseen un sexo (órganos sexuales). El rol se constituye con el conjunto de normas, valores y prescripciones que dicta la sociedad, definiendo el comportamiento masculino y femenino. Identidad de género es la convicción personal de ser hombre o mujer, lo cual conlleva la demanda social de comportarse como tal para corresponder con la idea de masculinidad o femineidad que se maneja a nivel sociocultural. La identidad de género estructura la vida de el/la niño(a) en forma de sentimientos, actitudes, manera de pensar y relacionarse, empleo, etcétera. Ineludiblemente el género está condicionado por la clase social, la etnia, las vivencias urbanas y campesinas y por la serie de influencias propias de cada persona. Estos factores definen en gran medida la futura actuación de las personas dentro de su núcleo social. En la adolescencia él/la joven necesitan comprender cuál es su papel en la vida, para conducirse de acuerdo a las determinaciones preestablecidas.⁶

Aunque en la actualidad ha ido perdiendo vigencia, aún se le pide a la joven llegar virgen al matrimonio. Si la joven viola este código, genera la reputación de ser “fácil” y se convierte en blanco de los jóvenes que solamente buscan “una aventura” o “el acostón”. Para los varones, la situación se presenta diferente. Las conquistas y aventuras son sinónimo de masculinidad y prestigio. El que no haya tenido aventuras amorosas corre el riesgo de generar sospechas respecto de su hombría. Esta doble moral sexual consolida la inequidad sexual, coloca a hombres y mujeres en papeles estereotipados por causas morales y culturales y separa el componente afectivo de la relación sexual. El ejercicio prejuiciado de la sexualidad genera riesgos para la salud por ignorancia y desigualdad. Muchas jóvenes evitan el control natal porque consideran que ellas no participarán en relaciones sexuales indeseadas o inesperadas. Sin embargo, las estadísticas demuestran que aunque no lo hayan considerado se ven involucradas en relaciones sexuales inesperadas y enfrentan embarazos no deseados.³

Aun conociendo los métodos de anticoncepción, algunas mujeres no los usan por diversas razones: Por ser mal visto que una mujer tenga iniciativa en esa actividad, por ser cuestionado que ejerza el sexo por placer, porque suponen que los varones tienen experiencia y deben decidir en el terreno de la sexualidad, porque a la mujer se le ha enseñado a obedecer, porque la mujer considera que la reproducción es su función natural, porque no son capaces de comunicarse asertivamente, por cuestiones morales o religiosas, por temor a las consecuencias, etc. Estas son sólo algunas de las múltiples causas que es necesario considerar. Por su parte, a los varones se les ha enseñado que deben ejercer seducción y presión sobre la mujer, asimismo, a asumir la reproducción como un hecho femenino. Esto lleva a los varones a considerar los métodos de anticoncepción como “asunto de la mujer”. Es también un hecho que los adolescentes temen ser demasiado directos si proponen alguna forma de protección. Sin embargo, cuando se piensa o habla de un posible coito se requiere hablar de protección.³

En las parejas de adolescentes donde media el afecto los contactos sexuales tienden a ser más frecuentes y prolongados, aun cuando no llegue a formarse un matrimonio. Esta situación coloca a la pareja en situaciones de mayor riesgo de embarazo no deseado o de abortos provocados. Por tanto, es necesario que estén

informados sobre anticoncepción para evitar situaciones que amenacen después su estabilidad personal.³

La vieja moral sexual que apenas deja espacio para el placer y la satisfacción personal, ha sido puesta en entredicho por la juventud. Los valores relativos a la fidelidad, la virginidad y el sexo como fin exclusivo de la procreación han cambiado entre los jóvenes. En ocasiones se ha ido al extremo de plantear la absoluta libertad sexual, sin afecto y sin compromiso. Al paso del tiempo han surgido evidencias de la importancia que tienen los celos, la competencia y la seguridad en la relación. La pareja estable, continúa siendo fuente de armonía y satisfacción.⁶

No obstante la amplia gama de posibilidades que cubre la sexualidad y el aparente reconocimiento de ello, en las sociedades industrializadas existe aún resistencia a desvincular la sexualidad de la reproducción. El sexo continúa siendo tema “tabú” impregnado de misterio y represión, de modo que no se enseña a los/las jóvenes a reconocer su cuerpo y emplearlo de manera responsable en el ejercicio de su sexualidad. Placer es un estado de bienestar, resultado de haber satisfecho las necesidades, gustos o deseos de la persona. Lo que es naturalmente placentero se consigue sin prejuicios, temor o injusticia; sin producir dolor momentáneo o posterior hacia uno mismo o hacia los demás. La apropiación del cuerpo (conocerlo, quererlo, respetarlo, sentirlo como propio), es básica para una sexualidad sana y placentera. Sin embargo, la estructura social, los medios masivos de comunicación y otras instituciones sociales, sumergen a los jóvenes en la confusión de “lo bueno”, “lo que debe de ser”, “lo adecuado”, etc. Mientras por un lado se exige a las mujeres abstinencia y virginidad, por el otro se impulsa a los varones a una libertad sexual. Esto se desarrolla en medio de un bombardeo de estímulos visuales emitidos por los diversos medios de comunicación masiva en los cuales “la belleza” y la “provocación” son estereotipos que se buscan en la mujer. En cuanto a los hombres, las características de un Apolo, el éxito económico y la dominación los llevarán a obtener a la “rubia que todos quieren”. A pesar de la censura, la represión y la ignorancia no se ha podido contener la expresión sexual de los/las jóvenes, y continuamente se ven envueltos en relaciones que amenazan su estabilidad biopsicosocial.³

Los/las adolescentes, entonces, tratan de resolver su conflicto entre el ser y el deber ser carentes no sólo de formación de valores sino también de información sexual. En esta situación, inician su vida sexual sin la menor protección anticonceptiva.³

El ejercicio de la sexualidad requiere asumirse como un derecho, pero un derecho que se ejerce de manera informada, con responsabilidad y en condiciones de autonomía y equidad; sin dominio, violencia o imposición. Para ello, los/las jóvenes requieren saber quiénes son, qué quieren y reconocer el valor personal (tener identidad definida y alta estima). A partir de la definición de sí mismos y de la seguridad personal, pueden ser congruentes en su actuación social. Esto les permitirá compartir sus cualidades con sus semejantes en vez de competir en contra de ellos. Lograr la identidad y la autonomía personal es resultado de la separación de la tutela familiar y del reconocimiento de sus propias necesidades y satisfactores. Conlleva la definición de los propios valores y expectativas. Presupone también trasladar hacia el exterior el afecto depositado en los padres. En esas condiciones el/la joven puede expresar su sexualidad con una pareja que le proporcione las condiciones de estabilidad, seguridad, confianza, respeto y afecto; y poder proyectar esas mismas condiciones en sus futuros hijos. Los/las adolescentes pueden determinar el momento de iniciar su actividad sexual con un conocimiento más profundo y una actitud más libre. No obstante, en ese momento trascendental de su vida requieren contar con los conocimientos necesarios, además de las medidas preventivas para proteger su salud.³

1.8 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre en mujeres menores de 20 años. A nivel mundial, cada año nacen 15 millones de niños(as) de mujeres menores de 20 años, lo que representa la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados. De ellos, aproximadamente el 60% no son planeados. Este hecho es motivo de preocupación de varios sectores e interés de diversos investigadores, debido a los riesgos biopsicosociales que conlleva. En México el número de mujeres adolescentes se incrementó de manera importante durante los últimos treinta años. En 1970 había aproximadamente 5.7 millones, para el año 2000 esta población casi se duplicó al llegar a 10.7 millones. En contraste, durante éste mismo periodo la tasa de nacimientos en madres adolescentes descendió de

forma considerable, mientras que en 1970 había 58 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes, para el año de 1998 se redujo a 36 nacimientos por cada mil.⁹

De acuerdo con las proyecciones de población elaboradas hasta el año 2050 por el Consejo Nacional de Población (1999), se estima que la población entre 10 y 19 años, debido al peso de la inercia demográfica, continuará aumentando hasta el año 2020 con un máximo histórico de 21.8 millones, y entonces empezará a reducir su tamaño para alcanzar 13.5 millones en el año 2050. Será, por lo tanto, imprescindible redoblar los esfuerzos institucionales, de la sociedad civil y del sector privado para satisfacer sus demandas.⁹

Para Valdés-Dacal 50% de las adolescentes entre los 15 a 19 años tiene vida sexual activa y aproximadamente 25% queda embarazada, de estos casos aproximadamente 60% ocurre en los primeros seis meses desde el inicio de la actividad sexual.¹²

En términos generales, el embarazo a cualquier edad es un evento psicosocial sumamente importante, y muchas veces se ve matizado de situaciones adversas que pueden atentar contra las embarazadas y su producto potencial. Entre ellas se han observado condiciones psicosociales de pobreza, poco apoyo social y familiar, así como problemas de salud, pues muchas embarazadas son portadoras de enfermedades sistémicas o crónico degenerativas que se manifiestan o complican con el embarazo como son: la hipertensión arterial, la diabetes y otras enfermedades metabólicas, enfermedades carenciales como desnutrición y anemia; enfermedades neoplásicas, además de enfermedades infecciosas y parasitarias. En el grupo adolescente se ha observado que frecuentemente aparecen complicaciones durante el embarazo tales como: preeclampsia, eclampsia, anemia, infecciones de las vías urinarias, infecciones de transmisión sexual –incluyendo el VIH/SIDA-, virus del papiloma humano y finalmente el aborto.³

En cuanto al producto, se presentan antecedentes de prematurez, bajo peso, retardo en el desarrollo cognitivo y retardo en el crecimiento físico. Estas complicaciones junto con el impacto psicosocial, traen aparejado el incremento de

la morbimortalidad materno infantil. Es importante subrayar el hecho de que el embarazo en una mujer menor de 20 años es considerado por la Organización Mundial de la Salud como un embarazo de riesgo, en el que se afecta la salud tanto de la madre como del embrión en desarrollo. Las implicaciones de riesgo obstétrico en la adolescencia temprana incluyen un incremento en la frecuencia de desproporción céfalo-pélvica, condición que amerita la realización de operación cesárea para la resolución del evento obstétrico y cuando el embarazo ocurre en una adolescente con desnutrición se incrementa significativamente la morbilidad y mortalidad materna. En efecto, poco más del 13% de las defunciones maternas ocurren en mujeres menores de 20 años. Por otra parte, la frecuencia de defectos al nacimiento de tipo multifactorial incluyendo bajo peso, aberraciones cromosómicas y malformaciones congénitas, ocurren en madres adolescentes en una proporción significativamente mayor, en comparación con las embarazadas adultas.³

Además es importante saber que el incremento de peso durante la etapa gestacional en la adolescencia es mayor al de la embarazada adulta siendo este de 14 a 15 kg durante todo el embarazo o el equivalente de 500 gramos por semana en el segundo y tercer trimestre; mientras que la paciente adulta debe de aumentar 3 gramos por cada gramo del feto, la madre adolescente ha de ganar 4 gramos por cada gramo del producto; si hay embarazo gemelar debe aumentar más de lo descrito. ¹³

Dado el número creciente de las familias modernas tanto en el país como a nivel mundial, en la que la mujer tiene que trabajar fuera de casa aun en estado de gravidez, estas se encuentran expuestas a múltiples tensiones como privación económica, dificultades psicosociales, tensiones intrafamiliares, violencia doméstica, embarazos no planeados ni deseados; estos altos niveles de estrés o tensión emocional así como la ansiedad excesiva en la futura madre tiene efectos negativos para ella y su bebe, estos no se manifiestan solo en el presente y a corto plazo si no que pueden tener un impacto negativo y duradero en la vida del niño. ¹⁴

La pobreza es un denominador común que produce una programación del feto a tener trastornos de salud a largo plazo, tales como los infartos al miocardio e hipertensión arterial. Así mismo la falta de apoyo psicosocial tiene efectos

negativos, tanto en la salud física, como mental. Cuando se tiene una menor red de apoyo, hay reducción inmunológica en la actividad de las células asesinas y una peor respuesta defensiva, se ha sugerido que el estrés afecta negativamente el funcionamiento inmunológico de la gestante.¹⁴

Varios estudios han mostrado una asociación entre la muerte de algún pariente de la mujer durante su embarazo y mayor riesgo de aborto espontáneo, así como también con tensiones excesivas en el trabajo. También se ha observado la relación entre mayor estrés y riesgo de parto prematuro, así mismo con la depresión durante el embarazo y la preeclampsia ya que la tensión y la ansiedad aumentan la concentración de hormona liberadora de corticotropina de la placenta, la cual se asocia con la hipertensión arterial.¹⁴

Existe la posibilidad de que algunos trastornos que se presentan en el adulto tengan su origen en la etapa fetal, ya que lo que le ocurre al feto puede tener impacto a largo plazo, cambiando el funcionamiento de algunos órganos o sistemas, causando algunas enfermedades crónicas muchos años después; a esto se le llama fenómeno de programación. Un mecanismo de programación sería afectar el funcionamiento de las glándulas: el funcionamiento hormonal del niño y finalmente del adulto.¹⁴

En un estudio realizado por Glover en el reino unido demostró que el alto estrés en el embarazo tiene efecto negativo en el feto, observando que ocurren contracciones de la arteria uterina en los momentos en la que la gestante está expuesta al estrés. Tales contracciones causan una reacción de estrés en el producto como: menor posibilidad de oxigenación y alteraciones fisiológicas, provocando bajo peso al nacer.¹⁴

Así también se ha observado una relación entre el alto nivel sanguíneo de cortisol en la madre y el feto. Cuando este nivel es excesivo podría contribuir a alteraciones en el desarrollo de algunas áreas del cerebro, por ejemplo las áreas involucradas en la regulación de las emociones (como el hipocampo). También los niveles altos de cortisol tienen un efecto neurotóxico en el cerebro.¹⁴

Van den Bergh ha observado la asociación entre el alto nivel de estrés en el embarazo y cambios conductuales en el bebé, como comportamiento irritable y difícil en el lactante, además de ser más demandante; observando problemas

años después como dificultades de regulación para dormir, irritabilidad, llanto excesivo. ¹⁴

Un estudio realizado en la universidad de Utrech, Holanda evaluó el grado de tensión emocional antenatal y si había alteraciones cognoscitivas más tarde en los bebés, el estrés se midió con la escala de dificultades de la vida diaria y las concentraciones de cortisol en la saliva de 170 mujeres en su primer embarazo, observando que cuando había alto grado de tensión se relacionó con un menor desarrollo intelectual y motriz. ¹⁴

El inicio de la maternidad a edades tempranas está relacionado con diversas situaciones que podrían reducir las ya de por sí pocas oportunidades de desarrollo de los/las jóvenes en un ambiente de limitaciones como las que observamos en nuestro país, entre otras las de educación y capacitación para la integración a la fuerza productiva; reforzadas por el rechazo social, familiar y en algunos casos del compañero(a). El embarazo temprano con sus repercusiones es uno de los problemas más evidentes que plantea la práctica sexual no protegida y su incidencia es mayor en los grupos más vulnerables. La actividad sexual se considera comúnmente como un indicador de riesgo psicosocial, en el caso de los/las jóvenes de las zonas urbanas la relación sexual temprana se asocia con el uso de métodos anticonceptivos poco efectivos (ritmo, coito interrumpido), el consumo de tabaco, alcohol y marihuana. El debate acerca de las consecuencias que tiene el embarazo en adolescentes sobre salud de la madre y su hijo es variable. Al tener sesgos, algunas veces no permiten ver que es un problema que no sólo afecta lo biológico, sino también la esfera psicológica y social. Además de los riesgos a la salud que conlleva el embarazo en las etapas tempranas de la vida, debe considerarse la importante secuela psicosocial que un embarazo no planeado imprime en las adolescentes y en las jóvenes, particularmente los cambios sustantivos en sus proyectos de vida y su contribución a la deserción escolar; una deserción escolar muy costosa para las adolescentes y jóvenes por tratarse de niveles de educación secundaria, preparatoria y aun universitaria.³

Considerar las condiciones biológicas conjuntamente con las psicológicas y sociales, es una circunstancia de integración muy importante en el proceso de fomento de una cultura de salud entre los/las jóvenes, ya que algunas veces se les brinda información sobre sexualidad, embarazo, métodos anticonceptivos, etc., sin

embargo desconocen a dónde acudir en caso de necesitar metodología anticonceptiva, o en caso de embarazo, a donde acudir oportunamente para solicitar atención prenatal. Algunos estudios demuestran que adolescentes embarazadas que llevaron un buen control prenatal mostraron una adecuada evolución, incluso mejor que la observada en grupos de mujeres de mayor edad. La mayor incidencia de complicaciones en hijos de adolescentes de somatometría, peso y calificación Apgar; se deben más a factores sociales que a determinantes biológicos. Es necesario reconocer que aunado a la pobre sensibilización, los estratos económicamente vulnerables tienen menos probabilidades de recibir cualquier cuidado prenatal o de recibirlo será tardíamente. Estas circunstancias empeoran en el área rural. Dentro de las posibles causas que influyen en la aparición de los embarazos no planeados se mencionan factores personales, familiares y sociales. Entre los más sobresalientes están la pobre o nula educación sexual, las cuestiones de género, la doble moral sexual, la baja autoestima, el acceso limitado a servicios especializados de salud sexual y reproductiva destinados a los/las jóvenes, la escasa prevención con que los jóvenes llevan a efecto sus prácticas sexuales, el bajo uso de métodos anticonceptivos seguros, así como la edad de la primera experiencia sexual y como marco el nivel socioeconómico. Aunado a lo anterior, el periodo adolescente en sí mismo representa un riesgo, por las características propias de el/la joven como son: emergencia del impulso sexual, idealismo, impulsividad, sentimiento de invulnerabilidad y necesidad de alcanzar su identidad y autonomía. La actividad sexual premarital es muy común entre los jóvenes, y su frecuencia varía de acuerdo a los sexos y condiciones socioeconómicas. En encuestas de Salud Reproductiva entre los jóvenes de América Latina se reporta que la primera relación sexual varía entre los 13 y 16 años para los varones y entre los 16 y 18 para las mujeres. La edad varía de una región a otra y la impresión actual es que los y las jóvenes comienzan la actividad sexual a más temprana edad, aunque en un ambiente desfavorable y carente de información acerca de sus posibles repercusiones y de las formas para evitarlas. En México se han realizado esfuerzos para investigar el comportamiento sexual de los/las jóvenes mexicanos, aunque no se ha logrado precisar su comportamiento y problemática. En la encuesta realizada por la Dirección General de Planificación Familiar denominado: “Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes en el Área Metropolitana de la

Ciudad de México, se reporta la edad promedio de la primera relación sexual a los 16 años en los hombres y a los 17 años en las mujeres. Según los resultados de la evaluación al servicio especializado para adolescentes de la Secretaría de Salud, efectuada en diez estados de la República, el 45.7% de los/las usuarios(as) del servicio ya habían tenido relaciones sexuales al momento de asistir al servicio, iniciando en promedio a los 15.8 años de edad. De ellos, el 80% tuvieron la primera relación sexual con novios(as) y amigos(as) y solamente el 6% con una pareja estable. Estos resultados muestran que las relaciones prematrimoniales entre los adolescentes son frecuentes. Por otro lado, el principal motivo de asistencia al servicio especializado fue por consulta prenatal (23.5%), así como por otras causas relacionadas con la reproducción. Esto señala que el servicio especializado ha sido más solicitado por madres adolescentes. De la misma evaluación, y a partir de encuestas efectuadas en población estudiantil de 10-19 años, se obtuvo que el 94.2% de los encuestados conoce al menos un método anticonceptivo y el 64.5% con relaciones sexuales utilizaron un método anticonceptivo en su última relación sexual, principalmente el condón.³

Por su parte, la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, realizó una encuesta para su programa “Gente Joven”, e informa que la edad promedio de la primera relación sexual en la población estudiada por arriba de los 15 años, es ligeramente más alta para las mujeres que para los hombres. A los 19 años, el 60% de los varones declaró ya tener actividad sexual, mientras que esto ocurre en el 21% de las mujeres. Cabe señalar que los y las adolescentes que no asisten a la escuela parecen tener mayor actividad sexual que los y las jóvenes que sí permanecen estudiando. El porcentaje de adolescentes mujeres que declararon haber tenido un embarazo fue de 6.9%. El 14.3% de las mujeres de 18-19 años encuestadas había estado alguna vez embarazada. Casi el 40% de las adolescentes entrevistadas que han tenido algún embarazo mencionaron que no lo habían planeado. En el grupo de adolescentes entre 13-19 años encuestados, el 80% sabía de la existencia de métodos anticonceptivos. Si a este grupo se le agrega la población de 10-12 años y se considera al grupo de edad de 10-19 años este indicador baja al 50%. Esto señala que el conocimiento sobre anticoncepción se asocia positivamente con la edad. El condón es el método del cual han oído hablar más. Dentro de la misma encuesta, en lo referente al empleo de métodos anticonceptivos el 44% de los entrevistados declaró haber usado un método

anticonceptivo en su primera relación sexual. Los y las jóvenes que asisten a la escuela usaron un método anticonceptivo en mayor medida que los que no asisten. Entre los y las jóvenes que han tenido actividad sexual, el 73.2% alguna vez han usado métodos anticonceptivos. La declaración de uso de métodos anticonceptivos es mayor entre los varones que entre las mujeres (77.7% contra 65%). Se señala en la propia encuesta que sería necesario indagar la causa del poco uso de métodos entre las mujeres, considerando que las mayores repercusiones del embarazo no planeado recaen sobre ellas.³

Un estudio realizado en un hospital de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México referentes al comportamiento sexual y el embarazo en adolescentes, en el que las adolescentes estudiadas tuvieron en promedio 1.2 embarazos a los 16.9 años, lo que indicaba que de cada 5 mujeres una de ellas al momento de la atención enfrentaba su segundo evento reproductivo. Es de hacer notar que el 37% de las primigestas estaban comprendidas entre los 12 y 14 años, y de ellas al 70% les hubiera gustado posponer el embarazo.³

En la literatura se mencionan como factores predictores del inicio de las relaciones sexuales tempranas, los siguientes: pubertad precoz, abuso sexual, pobreza, falta de interés de los padres, patrones culturales y familiares favorecedores de la actividad sexual tempranos, baja escolaridad o de metas académicas, deserción escolar o bajo desempeño académico y abuso de sustancias.¹⁵

En contraste, se menciona que los factores predictores del inicio tardío de las relaciones sexuales son: vivir con ambos padres, tener una familia estable, tener un trabajo, ingreso familiar alto, supervisión paterna, establecimiento de expectativas y vínculo entre padres e hijos. Cabe anotar que a menudo el primer encuentro sexual se produce en la propia casa o en la de algún amigo cercano, por lo que el apoyo y la supervisión familiar son elementos importantes.¹⁵

1.9 REPERCUSIONES PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO NO PLANEADO DURANTE LA ADOLESCENCIA

La sexualidad es inherente al ser humano, es parte integral del ser y existe desde la concepción hasta la muerte. Particularmente durante la adolescencia la sexualidad cobra gran significado, se vincula estrechamente con la forma de vida de los/las adolescentes y con la problemática de salud que en ese momento puede presentarse para ellos, como embarazos no planeados ni deseados e infecciones de transmisión sexual. El nacimiento de un hijo, cuando es planeado y deseado, es un acontecimiento que llena de orgullo y alegría a los futuros padres. Cumple la función de perpetuar la especie y representa la posibilidad de expresar amor, cuidados y trascender a través de los hijos. Sin embargo, cuando no es planeado genera temores de cómo enfrentarlo, por los cambios que este hecho puede generar sobre el proyecto de vida. En el caso de los/las adolescentes, deben enfrentar las posibles respuestas de la pareja, la familia, los amigos y las instituciones; la posibilidad de abandono de la escuela, la ruptura con el/la compañero(a), el matrimonio forzado, la salida del círculo de amigos y finalmente la responsabilidad que implica tener un hijo. En la especie humana el periodo durante el cual un niño(a) debe ser alimentado, protegido y enseñado a sobrevivir es extenso. Padre y madre unidos asumen la responsabilidad del cuidado del nuevo ser. No obstante, los adolescentes no se encuentran completamente preparados para asumir tal responsabilidad. Las consecuencias del embarazo y la crianza se relacionan con aspectos no sólo de salud sino también psicológicos, socioeconómicos y demográficos, y sus efectos pueden reflejarse sobre la joven madre, el hijo, el padre adolescente, las familias y la sociedad.³

Fisiológicamente el nacimiento de un hijo pone fin al embarazo y la madre está entonces fisiológicamente preparada para la crianza, en el caso de las adolescentes la cuestión emocional aún no está preparada completamente.

El niño incorpora a su experiencia el pecho de la madre y la lactancia favorece la integración y afinamiento de las actitudes maternas. En efecto la maternidad trae consigo una reorientación de las actitudes de la madre, quien proyecta en su hijo sus expectativas y sus esperanzas. La maternidad juega un papel significativo en la maduración fisiológica y psicológica de la mujer.⁵

Aunque la mayoría de las adolescentes abandonan la lactancia cuando los niños tienen menos de un mes de edad debido a disminución de la producción láctea

materna, sin tener relación con los factores sociodemográficos, para que la suspendan.¹⁶

1.10 LA MADRE ADOLESCENTE

Los cambios que genera un embarazo se suman a los cambios psicosociales de la etapa adolescente (rebeldía, ambivalencia, necesidad de independencia, confusión de su imagen corporal, búsqueda de identidad y aislamiento), por lo tanto se producen temores, desequilibrio emocional, depresión, angustia, somatizaciones, intentos de aborto y en ocasiones de suicidio.³

Algunas de ellas contemplan como alternativa el aborto. De decidirlo, enfrentarán problemas económicos (tener que pagarlo), morales (sentimientos de culpa), biológicos (generalmente se hacen en condiciones insalubres) y legales (está penado por la ley en algunos estados de la república). A lo largo de su vida será una situación que desearán ocultar. Si la joven continúa con el embarazo ocultando su situación, vivirá momentos de gran soledad, tensión, ansiedad e incertidumbre. En el momento en que se haga evidente requerirá tomar decisiones, enfrentar a la familia y a la sociedad. Algunas veces la tensión se ve incrementada por exigencias del compañero para realizar actos contrarios a sus deseos, como casarse o abortar. En México es frecuente que la madre adolescente asuma la responsabilidad de criar a su hijo(a) a menudo con el apoyo de miembros de su familia de origen o de la familia del padre. El nacimiento de el/la nuevo hijo(a) puede generar confusión de roles familiares, por ejemplo: los abuelos asumen la función de padres y la madre prácticamente se relaciona como hermana mayor de su hijo(a). La carencia de recursos económicos lleva a la pareja a habitar en casa de los padres o los suegros, generando mayor dependencia familiar debido a que requieren someterse a las reglas familiares.³

En un estudio encontraron que 20 años después de haber sido madres adolescentes, las mujeres continuaban recibiendo apoyo de su familia de origen en mayor medida que las mujeres que se embarazaron a mayor edad. Así mismo, las madres adolescentes mencionaron planes a futuro más limitados, menos claros y percibían la maternidad como una situación más difícil.³

Muchas investigaciones sugieren que a largo plazo el resultado social para estas adolescentes será inevitablemente negativo. Estudios de seguimiento han

indicado que después de dos décadas de haber parido, las madres adolescentes no eran independientes, pocas habían concluido sus estudios y no tenían un empleo regular o seguro, además de que no tenían familias grandes.¹⁵

En casos extremos las madres son rechazadas por sus familiares, y se ven orilladas a vivir en condiciones adversas, con pocas posibilidades de bienestar y superación. Por tales motivos, al embarazo entre adolescentes lo consideran “la puerta de entrada al ciclo de la pobreza”. Estas jóvenes tienen más probabilidades de ser pobres, abandonar los estudios, percibir bajos salarios y divorciarse. Las madres solteras también verán limitados sus derechos legales, el acceso a los servicios de salud y fácilmente pueden caer en la prostitución. Comúnmente enfrentan solas las obligaciones debido a que no cuentan con el apoyo económico ni afectivo del padre de su hijo.³

Los hijos no planeados ni deseados de las adolescentes, frecuentemente son niños rechazados (consciente o inconscientemente) por la madre y la sociedad. Están más propensos a sufrir trastornos emocionales, carencias económicas, afectivas y educativas. O aun de carecer de un hogar por haber sido abandonados.³

Las jóvenes que deciden tener a sus bebés en principio buscan darles cuidados y protección. Ante la dificultad económica y las limitaciones que el hijo representa para su vida personal y social, tienden a desatenderlos por periodos prolongados, generando abandono y maltrato infantil. Con el transcurso del tiempo, puede suceder que el/la hijo(a) se convierta en un obstáculo ante una eventual relación de pareja. Es frecuente que los hijos de adolescentes presenten dificultades de adaptación social y escolar. Algunos problemas comunes son: agresividad, desobediencia, falta de concentración, dificultad para el control de impulso y mayor propensión a cometer actos delictivos.³

1.11 EL PADRE ADOLESCENTE

Para el varón, la situación se presenta diferente. Injusta e irresponsablemente, muchos jóvenes siguen pensando que es obligación de la joven emplear métodos anticonceptivos, así mismo, adoptan una actitud negativa en el uso del condón. Si ocurre un embarazo no planeado, “no es de su incumbencia, ella no se cuidó”.

Otros, en un aparente y limitado deseo de colaborar, se ofrecen a pagar un aborto. Sin embargo, muchos hombres que embarazan a una adolescente terminan abandonándola a su suerte. Se ha observado que los adolescentes que responden más favorablemente ante el embarazo de su pareja, son los novios que previo al embarazo mantienen una buena relación con ella y su familia, y cuya perspectiva socioeconómica es más favorable ³

1.12 LA PAREJA ADOLESCENTE

La pareja que se casa como consecuencia de un embarazo no deseado, tal vez no lo hagan con la persona que hubieran deseado, sino con la que tuvieron que casarse. Esto se traducirá en problemas de relación de pareja y desintegración familiar. Aun en el caso de que la pareja sea la deseada, les queda poco tiempo para ajustarse a las exigencias matrimoniales, enfrentando súbitamente las obligaciones y compromisos de la paternidad, cuando aún desean jugar y divertirse. Una pareja adolescente puede tener sentimientos de afecto real. Debido al gran cariño que se tienen mantienen vida sexual activa. Sin embargo por la incipiente identidad adulta, es casi seguro que al tiempo se modifiquen sus intereses, deseos, actitudes y afectos. La joven pareja, requiere tiempo para madurar y establecer un compromiso real. De no emplear medidas de control natal, es casi seguro que se verán involucrados en una paternidad, maternidad temprana no deseada, y en matrimonios precipitados que súbitamente los enfrenta con la responsabilidad de cuidar un hijo y un hogar. Las características personales del padre y la madre adolescente, así como la calidad de su relación, afectarán sus habilidades como padres y sus posibilidades para continuar con su desarrollo personal. El nivel de satisfacción que tengan como padre/madre también incidirá en la relación con el hijo(a).³

1.13 LA FAMILIA DE LA ADOLESCENTE

Respecto a las relaciones familiares en la región de Latinoamérica, en diversas publicaciones de México, Chile, Cuba, Colombia y Argentina, se ha señalado que la comunicación que hay entre madres e hijas embarazadas, difiere de la

comunicación que existe entre madres e hijas no embarazadas. También se ha reportado el hecho de que la Madre de la adolescente embarazada ha sido: o adolescente cuando se embarazó por primera vez, o madre soltera.¹⁷

Un estudio observacional, prospectivo, transversal, de casos apareados, comparó a un grupo de 11 adolescentes embarazadas, con otro grupo igual de adolescentes no embarazadas, mediante una entrevista semiestructurada diseñada para describir la estructura familiar y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI). La investigación concluyó la existencia de elementos representativos de las familias de las adolescentes embarazadas: el amalgamamiento y límites difusos (lo que propicia invasión entre los miembros). La adolescente suele contar con una posición central en las familias, hay miembros periféricos, los padres tienden a presentar conflicto marital importante y existen intromisiones entre los subsistemas, lo que pueden dificultar el desempeño de las funciones con otros miembros, alianzas rígidas, diferentes jerarquías en los padres y triangulaciones rígidas que se relacionan con la aparición de conflictos maritales, en donde participa la adolescente.¹⁷

A través del Estudio Longitudinal Nacional de Salud Adolescente, realizado en EUA, se encuestó a una muestra de adolescentes entre 11 y 18 años (6,261 mujeres y 6,106 hombres), en donde, de acuerdo con este estudio, los efectos de la estructura familiar en la conducta sexual del adolescente, fueron relativamente limitados. Específicamente, se encontró que las familias que experimentaban un evento disruptor; Por ejemplo, los adolescentes que vivieron en familias uniparentales, el inicio temprano de la vida sexual fue 1.5 veces más probable, que en aquéllos que vivieron en una familia integrada; también se encontró que las adolescentes sexualmente activas que habían vivido en familias en unión libre, tenían 0.69 menos parejas sexuales, que las que no vivieron en una familia en unión libre. Además, una relación de alta calidad con la madre, significativamente disminuía la edad de inicio de la vida sexual en las mujeres, pero no así en los hombres. Además cuando la relación con la madre era satisfactoria, era menor la probabilidad de que las adolescentes iniciaran su vida sexual en forma temprana.

17

Con respecto a la familia de origen, se ha dicho que las adolescentes que se embarazan provienen de familias pobres, donde sus padres fueron padres en la

adolescencia o que en sus familias sufrieron abuso físico y sexual en la infancia. Aunque es difícil establecer la relación de causalidad entre el maltrato infantil y el embarazo adolescente. También se ha informado una menor calidad en la comunicación familiar. Además, se ha planteado la existencia de algún grado de disfunción familiar como relaciones intrafamiliares complicadas, con o sin violencia y ausencia de uno o ambos padres en el hogar. Asimismo, se ha señalado como factor predisponente del embarazo adolescente el menor nivel educativo de los padres.¹⁵

Es interesante señalar el hecho de que las adolescentes embarazadas que informaron altos niveles de estrés en sus familias de origen, consideraron sólo como moderadamente estresante el embarazo en sí mismo. Esto puede ayudar a entender cómo es que el embarazo puede llegar a percibirse, como una salida a las relaciones familiares conflictivas. Sin embargo, en términos generales, una mayor disfuncionalidad familiar se ha asociado con un mayor riesgo de tener un embarazo en la adolescencia. Incluso se ha observado que las adolescentes embarazadas difícilmente encuentran apoyo para sus problemas, tanto dentro como fuera de sus familias. Pues refieren tanto una baja calidad como poca cantidad en las relaciones sociales.¹⁵

1.14 LA SOCIEDAD

La maternidad precoz a menudo está asociada con el aumento de la fecundidad durante la vida reproductiva de las mujeres. Esto conduce a un crecimiento de la población más rápido que obstaculiza el desarrollo socioeconómico. Por otro lado, la familia y la sociedad requieren encontrar formas para ayudar a las jóvenes a sostener a sus hijos, convirtiéndose en una carga social adicional.³

Actualmente, se cuenta con múltiples métodos anticonceptivos sencillos y eficientes que están al alcance de los adolescentes. La atención a los adolescentes debe enfocarse en dárselos a conocer y hacérselos llegar.³

Es necesario educar a los/las jóvenes acerca de la responsabilidad que implica la madurez sexual y reproductiva, de forma tal que puedan vivir su sexualidad de manera segura y evitar situaciones que súbita e inesperadamente transforman su vida. Un avance importante en ese sentido es la difusión, promoción y educación

en materia de salud sexual y reproductiva. No obstante, los programas requieren ser adecuados a la realidad de cada comunidad. La decisión de emplear métodos anticonceptivos requiere de la participación conjunta del hombre y la mujer, quienes pueden elegir el más adecuado a su situación particular. Los/las jóvenes necesitan información que vaya más allá de la reproducción y la anticoncepción. Es necesario que aclaren sus valores, que establezcan metas personales y fortalezcan la confianza en sí mismos. En todo el mundo hombres y mujeres jóvenes experimentan un alto porcentaje de embarazos no planeados, enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA y otros problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva). Los tabúes sociales alrededor de la sexualidad dan lugar a que las personas jóvenes, los solteros y muchas veces los casados, no reciban una orientación o educación sexual por parte de los padres, familiares o maestros. Para cubrir las necesidades de educación y prestación de servicios a los/las adolescentes, los prestadores de servicios requieren poseer las habilidades y sistemas necesarios para hacer frente a los problemas y restricciones que obstaculizan la implantación de estrategias. Al enfrentar el reto de brindar atención y educación a los/las adolescentes, el prestador de servicios debe diferenciar entre los grupos que carecen del acceso y aquellos que cuentan con vías de acceso pero que no utilizan dichos servicios. Para muchos grupos carentes de servicios, los servicios ofertados podrían no ser compatibles con sus características culturales, sociales o económicas, motivo por el cual es probable que no sean bien recibidos. Algunos grupos no utilizan los servicios por carecer de información acerca de su ubicación o importancia. Otros más, pueden tener necesidades que no pueden ser cubiertas por los servicios ofertados. Las barreras geográficas tales como la distancia, la inaccesibilidad, los ríos o desiertos, pueden limitar el acceso a los servicios. También se pueden encontrar dificultades dentro de la población cuando los factores culturales, económicos o la edad levantan barreras que obstaculizan el acceso a la información y/o los servicios.³

1.15 REDES DE APOYO

El apoyo social es un factor protector de la salud y se define como la forma en que un miembro percibe su entorno social organizado, para recibir ayuda en

situaciones de crisis, pero también se puede definir de una forma más detallada como la percepción de ayuda emocional, instrumental y de comunicación, accesible a la familia a través de lazos o redes sociales conformados por personas, grupos o instituciones ante eventos adversos y que van a repercutir de alguna manera en su ajuste al medio.¹⁸

Se entiende también por red de apoyo o red social al conjunto de contactos – formales o informales – con parientes, amigos, vecinos, etc., a través de los cuales los individuos mantienen una identidad social, reciben apoyo emocional, ayuda material, servicios e información así como desarrollo de nuevos contactos sociales.¹⁹

La red social es un proceso que surge de las interrelaciones personales características de cualquier grupo humano, presentando una relación directamente proporcional entre la complejidad de la organización social y la formación de redes sociales. Tanto la sociología urbana como la economía aplican el concepto de red social a las cadenas de parentesco que integran redes familiares en las que se fundamentan las formas de migración e incorporación al mercado de servicios en las ciudades.²⁰

Los procesos en red pueden ser vistos en un grupo de familiares, vecinos, amigos u otras personas, que aportan ayuda real y duradera, a un individuo o a una familia. Las redes sociales propician procesos de autogestión continua, en donde los integrantes se comprometen y asumen el problema de alguno de sus miembros; ya sea por la relación directa que mantienen con él o por estar en circunstancias similares, conformando un sistema abierto de sujetos y entidades que a través del intercambio optimizan sus recursos. Es importante diferenciar entre red social y apoyo social, Bellón se refiere a la primera como parámetros cuantitativos o estructurales, en tanto que el apoyo social lo considera a través de parámetros cualitativos inherentes a las necesidades básicas de las familias.²⁰

La familia en todo momento constituye un sistema de apoyo para sus integrantes y al mismo tiempo, requiere ayuda de otros sistemas o subsistemas que le permitan ir haciendo frente a los distintos cambios a los que ha de enfrentarse a lo largo de todo el ciclo vital. La familia es mejor comprendida como un sistema de relaciones que cambia en respuesta a las necesidades y preocupaciones de los miembros de la familia. Al igual que otros sistemas vivos, la familia intenta mantener un sentido

de equilibrio en sus relaciones. A medida que una familia se mueve de un estadio del ciclo vital a otro (por ejemplo, de la infancia de los hijos a la adolescencia de éstos), el equilibrio alcanzado durante el estadio anterior se rompe o perturba, como consecuencia de los cambios en uno o más miembros de la familia o en el contexto en que la familia vive.²¹

Las necesidades de ayuda en cada familia depende de:

- Todas las familias tienen ciertas necesidades de apoyo.
- Las necesidades de apoyo son diferentes dependiendo tanto de las características de los padres, como del sistema familiar y de los propios niños.
- Las necesidades de apoyo se agudizan en los momentos de transición.
- La magnitud de las necesidades de apoyo de cada familia pueden ser previstas en gran medida desde antes del nacimiento de los hijos.
- Aunque podemos decir que, en general, todas las familias necesitan apoyo, es evidente también que no todas requieren el mismo tipo de apoyo.
- El apoyo social es especialmente importante en las familias que se encuentran sometidas a factores adversos que, de una u otra forma, afectan negativamente al desarrollo adecuado de sus miembros.
- Las familias que viven en mayor situación de riesgo psicosocial se caracterizan por el aislamiento social.
- Los sujetos, independientemente, de su situación personal y del problema de que se trate, prefieren pedir ayuda a la red informal. Ello implica que las redes sociales de apoyo están formadas mayoritariamente por personas cercanas al sujeto (familiares, amigos, vecinos...). Así, la red formal funciona en los casos en los que las redes informales de apoyo no actúan adecuadamente. De manera que el apoyo formal es prácticamente innecesario si las redes informales cumplen bien su papel como fuentes de apoyo.²¹

De acuerdo con Weissbourd y Kagan, los programas de apoyo a la familia se caracterizan por proporcionar a éstas servicios que fortalecen a los adultos de la familia en sus roles de padres y cuidadores. En una definición aún más general, Weiss define los programas de apoyo a las familias como aquellos programas que proporcionan apoyo emocional, instrumental e informacional a los padres con el

objetivo de promover el desarrollo humano y prevenir diversos problemas familiares e infantiles.²¹

1.16 ESTRUCTURA DE LAS REDES DE APOYO

Con base en su organización, las interrelaciones en una red social pueden ser formales o informales, dando origen a los intercambios básicos que le son propios. En ambos casos su estructura suele establecerse a partir de su origen y tamaño, existiendo varias clasificaciones, que pueden ser integradas en cuatro tipos básicos: redes familiares, redes extrafamiliares, redes institucionales o cadenas socioepidemiológicas.²⁰

1.16.1 REDES SOCIALES INFORMALES

Surgen con base en los vínculos de parentesco, afecto, confianza, lealtad y solidaridad; siendo la familia la unidad en que se generan de manera cotidiana, los elementos básicos que nutren la experiencia de los individuos para ese particular sistema de intercambio, haciéndolo extensivo a los núcleos de amistades y vecinos. Estas redes se caracterizan por formas de ayuda, presentes tanto en las familias nucleares como en las extensas, constituyendo parte de su cultura y valores reproducibles, por lo que deben ser aprovechadas en toda su magnitud, ya que constituyen un sistema informal de seguridad social entre los grupos de mayor vulnerabilidad, a partir de la asistencia y el intercambio de servicios.²⁰

Con base en el ámbito en el cual se desarrollan, las redes familiares pueden ser intrafamiliares, interfamiliares y extrafamiliares.²⁰

Las intrafamiliares se caracterizan por apoyos diversos y división de tareas entre los integrantes de un determinado núcleo familiar, sin la intervención de personas ajenas a él.²⁰

Las redes interfamiliares, surgen por la división de tareas entre los núcleos familiares que proceden de una misma familia de origen, con el propósito de obtener apoyos más efectivos en beneficio de las familias.²⁰

Las redes extrafamiliares se dan como resultado de sólidos vínculos afectivos y de una convivencia constante. Están fundadas en aspectos de lealtad y solidaridad, como es el caso de amistades, vecinos, círculo de trabajo, escuela, grupos de ayuda, etc. Conviene detectar la presencia de estas personas ya que suelen ser recursos accesibles en presencia de factores de estrés. La participación de las redes sociales en el cuidado, directo o indirecto, apoyos de compañía e incluso materiales, obliga a considerarlos como elementos que coadyuvan para lograr una menor atención a la salud. ²⁰

1.16.2 REDES SOCIALES FORMALES O INSTITUCIONALES

Su funcionamiento e inclusión en un sistema de redes considera tres aspectos: el marco normativo, el estudio de recursos y la propuesta. El marco normativo se refiere a lo establecido en el ámbito legal y administrativo, reconociendo que los aspectos inherentes a la salud aluden a los más altos valores de una sociedad. El estudio de recursos, integra la suficiente información sobre los insumos existentes, su capacidad resolutive así como las formas de accesos a estos insumos, para permitir la regulación y la coordinación de procedimientos hasta lograr formas de trabajo cooperativo. La propuesta se organiza con el intercambio de fórmulas fluidas a través de la participación de todos los sectores sociales, delimitando las acciones de funcionalidad. La propuesta conduce a formular los instrumentos que se utilizaran para su regulación y evaluación. ²⁰

1.16.2.1 REDES DE APOYO EN LA ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR

EL ENFOQUE DEL MÉDICO FAMILIAR

El médico familiar acepta a toda persona que solicita atención, al contrario de otros profesionistas o especialistas, que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de edad, sexo y/o diagnóstico de los pacientes aceptando adecuadamente a los adolescentes. Atiende al individuo en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social. Es competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica

y psicológica. En definitiva, se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes directamente o a través de los servicios de otros profesionistas en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja y por lo tanto es capaz de manejar a un grupo de adolescentes.

El médico familiar atiende el proceso diagnóstico y terapéutico de toda una serie de problemas clínicos frecuentes, procurando que el paciente permanezca lo más cerca posible de su comunidad natural.

La atención del médico familiar es dirigida a todas las etapas del ciclo vital y al estar implicado en todas las etapas de la historia natural de la enfermedad, podrá participar en el cuidado de la salud en todas sus formas de intervención, mediante actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación.²²

El médico familiar que atiende a toda una familia a través de sus distintas etapas, está en una posición privilegiada para evaluar los progresos en materia de cumplimiento de las diversas tareas del desarrollo. Cuando en una familia el hijo mayor llega a la adolescencia temprana, es el momento propicio para que el médico familiar ofrezca su guía anticipada a los padres. El médico familiar que disfruta de la confianza de una familia, puede ayudarla actuando como mediador neutral, “traduciendo” las acciones y palabras del adolescente a sus padres y viceversa. Lo primero que debe hacer un médico que está atendiendo a una familia que se encuentra bajo la tensión del cambio de la adolescencia, es tratar de calmar su ansiedad y cooperar para canalizar esta energía hacia la solución del problema. Para lograr esto, el médico familiar necesita saber “qué es lo que está sucediendo” en el interior del adolescente, tanto en términos biológicos como psicológicos, así entre los demás miembros de la familia, en términos de dinámica familiar. El médico familiar debe ser considerado por el adolescente como un adulto en quien podría encontrar apoyo sin ser criticado, una persona que comprende a los jóvenes.²³

Aclarando, reconociendo y tratando de hallar conjuntamente las soluciones, el médico puede lograr una comunicación efectiva y exenta de prejuicios con el adolescente. La atención del adolescente como un ser biopsicosocial tiene en el médico familiar un experto capaz de integrar dimensiones psicológicas y sociales

junto a las puramente orgánicas. Por lo que encontramos en el médico familiar un especialista capaz de manejar adecuadamente al adolescente.²²

1.16.2.2 EL MEDICO FAMILIAR Y LAS REDES DE APOYO

El enfoque médico familiar de las redes de apoyo o sociales se exploran con el propósito de favorecer la aplicación de actividades dirigidas al mejoramiento del nivel de salud mediante el aprovechamiento de los recursos disponibles en las familias y en su comunidad. Este enfoque propiciará el desarrollo de estrategias para obtener beneficios tanto para los usuarios como para los prestadores de los servicios de salud.²⁰

Conocer la dinámica de las redes de apoyo o sociales y sus mecanismos de asociación con la salud mental y física o sus resultados en la enfermedad tiene dos categorías de respuesta: prevención e intervención. La prevención se refiere a la necesidad de educación en la niñez temprana y formación en la etapa adulta en afiliación y habilidades de imitación para enseñar a la persona a contar con los recursos necesarios para mantener su salud y que les ayude a resistir el estrés de los eventos de la vida que son las inevitables consecuencias de vivir. Por lo que respecta a la esfera de intervención, se ha sugerido que los médicos y otros profesionistas de la salud deberían ser capacitados para identificar familias e individuos de alto riesgo, valorar la naturaleza y deficiencias de sus redes de apoyo o redes sociales a través de cuidados anticipatorios o guía anticipatoria, asistirlos y enseñarlos a manipular su medio ambiente para adquirir y mantener los apoyos sociales necesarios para una sobrevivida saludable. La intervención por parte del médico familiar podría incluir también la movilización directa del sistema de apoyo informal del paciente (familia, amigos, vecinos voluntarios en la comunidad). La calidad del apoyo puede también mejorar para algunos pacientes en grupos de apoyo mutuo con otros pacientes con problemas similares o situaciones similares.²⁴

Corresponde al médico familiar la labor de prevención, detección oportuna, orientación y tratamiento temprano de la patología que presente el adolescente. Sería más fácil lograr la detección temprana si se efectuara el diagnóstico de salud familiar de manera cotidiana, lo cual ayudaría al médico familiar a predecir eventos

que de presentarse vendrían a alterar de manera grave la salud del grupo familiar – como podría ser el embarazo en la adolescencia.²⁵

1.16.2.3 ESTUDIOS DE REDES DE ATENCION PRIMARIA

El apoyo social es el grado en que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con otros, entendiendo por necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación.

La red de apoyo o red social se refiere a los aspectos cuantitativos o estructurales (tamaño, densidad y dispersión).

La ausencia de red social y apoyo social puede actuar como un estresor en sí mismo, influyendo de ese modo directamente sobre el estado de salud. Dadas las sustanciales relaciones entre apoyo social y salud es importante conocer el primero, ya que su manejo posibilita la intervención preventiva, terapéutica y rehabilitadora de diferentes problemas de salud, por ejemplo fortaleciendo las relaciones intrafamiliares o potenciando grupos de autoayuda. Estas estrategias de intervención conciernen a las competencias del médico familiar y de los equipos de atención primaria.²⁰

1.16.3 REDES SOCIALES COMBINADAS O MIXTAS

Se observa la relación entre las redes socioepidemiológicas (es la interacción de los factores sociales con el desarrollo de problemas de salud) y las redes interinstitucionales para identificar la problemática sanitaria y buscar estrategias asistenciales con participación comunitaria que contribuyan a la operacionalización de soluciones.²⁰

1.17 CARACTERISTICAS DE LAS REDES DE APOYO O REDES SOCIALES

En estos incluye el tipo de intercambio, direccionalidad, extensión, frecuencia y temporalidad.

En el tipo de intercambio establece los elementos necesarios para mantener la homeostasis de un determinado sistema y suele ser psicológico o emocional, lo que involucra intercambio de manifestaciones afectivas.²⁰

La direccionalidad, implica la especificación de quien da el apoyo a quien o a quienes, haciendo la observación de que en realidad aun cuando un miembro de la familia proporciona el apoyo a otra familia, la acción repercute en todos los casos hacia el resto del núcleo de ambas familias. La direccionalidad puede ser descendente que implica el apoyo intergeneracional o jerárquico, de mayores a más jóvenes y de jefes a subordinados; un claro ejemplo es la situación de ayuda de abuelos a padres a hijos o nietos. Entre iguales se refiere a los apoyos que se intercambian entre elementos de una alianza, la misma generación o jerarquía. Ascendente describe el apoyo intergeneracional o jerárquico de más jóvenes a mayores y de subordinados a jefes. La externa se refiere a los casos en que el intercambio se genera con algún sujeto o núcleo ajeno al de pertenencia.²⁰

La extensión de la red se considera como el grado de ampliación del ámbito en donde se logra el intercambio con otras redes, este ámbito puede ser intrafamiliar, interfamiliar, extrafamiliar y/o institucional.²⁰

La frecuencia es el número de ocasiones en que se presentan intercambio en la red.²⁰

La temporalidad se refiere a la duración de cada intercambio en la red, que puede ser: permanente o continuo, en los casos en que el intercambio se da de manera constante; por evento, se considera al apoyo proporcionado solo en determinadas circunstancias o sucesos, de manera emergente o en crisis.²⁰

La identificación y conocimiento de la red de apoyo o red social nos provee de elementos útiles para organizar las experiencias personales y colectivas de nuestros pacientes, así como para establecer mecanismos para el mantenimiento, reconstrucción o ampliación de estos recursos.²⁰

La red social o de apoyo personal incluye a todos los individuos con los que interactúa una persona dada:

- Familia
- Amistades
- Relaciones laborales o escolares (compañeros de trabajo o escuela)
- Relaciones comunitarias, de servicio (servicios de salud o de credo)

Sobre estos cuadrantes se inscriben tres áreas a saber:

- Un círculo interior de relaciones íntimas (familiares directos con contacto cotidiano y amigos cercanos)
- Un círculo intermedio de relaciones personales con menor grado de compromiso (relaciones sociales o profesionales con contacto personal pero sin intimidad, amistades sociales y familiares intermedios)
- Un círculo externo de conocidos y relaciones ocasionales (conocidos de escuela o trabajo, buenos vecinos, familiares lejanos)

1.18 CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES DE LA RED

Tamaño: número de personas en la red. Hay indicaciones de que las redes de tamaño mediano son más efectivas.²⁰

Densidad: conexión entre miembros independientemente del informante. Un nivel de densidad medio favorece la máxima afectividad del grupo al permitir cotejamiento de impresiones.²⁰

Composición o distribución: es la proporción del total de los miembros de la red que se encuentra localizada en algún cuadrante. Las redes muy localizadas son menos flexibles y efectivas y generan menos opciones que las redes de distribución más amplia.²⁰

Dispersión: la distancia geográfica entre los miembros, lo que afecta la facilidad de acceso al y del informante y que por tanto afecta tanto la sensibilidad de la red a las variaciones del individuo como la eficacia y la velocidad de respuesta a las situaciones de crisis. Esta también se puede definir como accesibilidad.²⁰

Homogeneidad o heterogeneidad demográfica y sociocultural, según edad, sexo, cultura y nivel socioeconómico, con ventajas e inconvenientes en términos de identidad, reconocimiento de señales de estrés, activación y utilización.²⁰

Atributos de vínculos específicos: tales como intensidad o tropismo, es decir compromiso y carga de la relación, durabilidad, historia en común.²⁰

1.19 PRINCIPALES FUNCIONES DE UNA RED DE APOYO

- Compañía social. La realización de actividades conjuntas o simplemente el estar juntos; ciertas reacciones de duelo extremo de individuos a continuación de la muerte y pérdida de la compañía social.²⁶
- Apoyo emocional. Intercambios que connotan una actitud emocional positiva, clima de comprensión, simpatía, empatía, estímulo y apoyo; es el poder contar con la resonancia emocional y la buena voluntad del otro. Es el tipo de función característica de las amistades íntimas y las relaciones familiares cercanas con un nivel bajo de ambivalencia.²⁶
- Guía cognitiva y consejos. Interacciones destinadas a compartir información personal o social, aclarar expectativas y proveer modelos de rol.²⁶
- Regulación o control social. Interacciones que recuerdan y reafirman responsabilidades y roles, neutralizan las desviaciones de comportamiento que se apartan de las expectativas colectivas, permiten una disipación de la frustración y de la violencia así como favorecen la resolución de conflictos.²⁶
- Ayuda material y de servicios. Colaboración específica sobre la base de conocimiento experto o ayuda física, incluyendo los servicios de salud, los terapeutas y otros trabajadores de salud mental.²⁶
- Acceso a nuevos contactos. La apertura de puertas para conexión con personas y redes que hasta entonces no eran de la red social del individuo.

²⁶

Las relaciones íntimas familiares y de amistad suelen cubrir simultáneamente un número importante de funciones, muchas de las cuales, por su riqueza, complejidad o idiosincrasia, trascienden las especificaciones de las funciones de la red.²⁶

Existen evidencias de como la red social es determinante en la salud del individuo, pero también de como la enfermedad del individuo afecta no solo a su núcleo familiar, sino que trasciende el ámbito de su red personal y la de sus allegados. De ahí que, una red social personal, estable, sensible, activa y confiable protege a la persona en contra de las enfermedades, actúa como agente de ayuda y derivación, afecta la pertinencia y la rapidez de la utilización de servicios de salud.
26

El estudio de Durkheim sobre el suicidio, demostró que existe una mayor probabilidad de suicidio en los individuos más aislados socialmente, en comparación con quienes poseían una red social más amplia, accesible e integrada, desde entonces diversas investigaciones epidemiológicas confirmaron la correlación positiva entre red social y salud.²⁶

La mayoría de los pacientes consideran que el apoyo familiar es muy útil en el manejo de su enfermedad y que la información que tiene el familiar sobre la enfermedad es determinante para que se otorgue apoyo al enfermo, se requiere desarrollar un proceso de educación dirigido a modificar las actitudes a mejorar las habilidades así como los conocimientos del paciente y de sus familiares para reforzar las acciones de apoyo del núcleo familiar como uno de los factores relacionados con la salud del paciente.²⁷

La presencia de una enfermedad, especialmente se trata de una enfermedad crónica, habitualmente debilitante o aislante, impacta las interacciones entre el individuo, su familia inmediata y la red social más amplia, a través de diferentes procesos interconectados; ya que las enfermedades poseen un efecto interpersonal aversivo porque restringen la movilidad del sujeto, lo que reduce la oportunidad de los contactos sociales y lo aísla.²⁶

La enfermedad tiende a debilitar al enfermo y como consecuencia, el sujeto reduce su iniciativa de activación de la red y establecer manifestaciones de reciprocidad, lo que hace poco gratificante proporcionar cuidados a personas con enfermedades crónicas.²⁶

Speck y Attneave establecen las características para las intervenciones en la red de apoyo social:

- Retribalización, como el proceso de reconexión que comienza desde el mismo momento de las primeras llamadas telefónicas.
- Polarización, que suele aparecer como conflicto intergeneracional.
- Movilización para la acción por parte de los miembros más centrales.
- Depresión, acompañando las dificultades del proceso y las situaciones de estabilidad.
- Ruptura de estabilidad
- Esperanza, acompañando al alivio de la crisis inmediata.

Agotamiento, ya que las reuniones colectivas de este tipo generan mucho desgaste emocional ²⁶

2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El número de nacimientos de hijos de madres adolescentes asciende a 16 millones cada año en el mundo²⁸ así, el embarazo en esta etapa representa poco más de 10 % de los nacimientos a nivel mundial.²⁹

Por su parte en México, los embarazos entre las adolescentes también han aumentado de forma gradual, observando que en el 2005 hubo 144,670 casos de embarazo en la adolescencia.⁶ Para el año 2008 se incrementaron a 310, 000 casos.⁹ El porcentaje de nacimientos registrados en madres adolescentes mexicanas menores de 20 años en 1990 era 18% para alcanzar en 2010 el 18.8%, en 2011 el 19.17%³⁰

El inicio de la maternidad a edades tempranas está relacionado a diversas situaciones que podrían reducir, las ya de por si pocas oportunidades de desarrollo de las adolescentes como las de educación, capacitación para la fuerza productiva, rechazo social.³

Además de tener una mayor probabilidad a desarrollar una amplia variedad de complicaciones de salud, no solo por parte de la madre adolescente sino del propio hijo, deben considerarse las secuelas psicosociales, particularmente los cambios sustantivos en sus proyectos de vida.³

Nuestro sistema de salud es una red de apoyo formal al llevar acabo un adecuado control prenatal en las gestantes adolescentes, sin embargo no solo la parte medica es importante, de igual forma el aspecto psicosocial lo es, y que hasta el momento no observamos o analizamos su alcance por lo que nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Con que redes de apoyo cuenta la adolescente embarazada que acude al Hospital Regional ISSEMyM Nezahualcóyotl?

3 JUSTIFICACION

En la actualidad, la transformación que ocurre en la pirámide poblacional en nuestro país, se ha observado que aunque va en disminución el grupo de edad de 10 a 19 años, todavía tiene una gran significancia en la población mexicana en

comparación con los otros grupos.^{31, 32} Reportando en el último censo de población realizado en México en el 2010, que el grupo más grande de edad es de 10 a 19 años con el 19.55% del total, continuando en forma decreciente el de 0 a 9 años con 19.20%.

Aunado a lo anterior en México se continúan presentando un gran número de embarazos en adolescentes y este se ha ido incrementando conforme pasa el tiempo, al aumentar el porcentaje de nacimientos de madres adolescentes en el 2009 con 18.8%, en el 2010 el 18.8% y en el 2011 un 19.17%.³⁰

Se destaca que casi 20% de las adolescentes mexicanas (15 a 19 años) alguna vez ha estado embarazada en más de una ocasión.⁹

La fecundidad adolescente, es de particular interés debido a que los nacimientos en esas edades suelen implicar alto riesgo de muerte tanto para la madre como para el producto, debido a las condiciones biológicas, sociales y económicas en las que se producen, sin contar que a menudo también corresponden a embarazos no deseados.⁹

En nuestro país como en muchos otros, los adolescentes representan uno de los programas prioritarios del sector salud; en el caso del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl donde la población adolescente abarca el 14.53%, aun no se cuenta con un programa dedicado a las adolescentes embarazadas.

Partiendo de la base del interés de las instituciones de salud de nuestro país resulta de suma trascendencia conocer las redes de apoyo en las adolescentes embarazadas, ya que existe una amplia evidencia de que una red social personal, estable, sensible, activa y confiable tiene una influencia positiva para la persona porque actúa como una agente de ayuda y derivación que afecta la pertenencia y rapidez de la utilización de los servicios de salud. Por lo que es importante conocer las redes de apoyo con las que cuenta la adolescente embarazada para

lograr llevar a buen término el embarazo y a una formación del vínculo que lleva a una mejor crianza.

Es probablemente durante la etapa de la adolescencia donde la influencia e interrelación de los factores sociales, familiares, culturales y psicológicos determinan más nítidamente la patología orgánica y las repercusiones del estado de salud en este grupo que en otras etapas de la vida, de ahí su utilidad del estudio a realizar, el cual agrupa una serie de aspectos que conjuntan parte de sus necesidades en las que los profesionales de la salud podemos intervenir.

Por lo tanto es importante realizar este estudio ya que nos proporcionará información de lo que piensa la adolescente embarazada, para abordar la problemática de acuerdo a sus necesidades, con una intervención oportuna por parte del médico familiar ante la fragilidad en las redes de apoyo informal, buscando contar con una red formal para mejorar sus expectativas de salud en todos los aspectos, que repercutan en su calidad de vida.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- Identificar las redes de apoyo con las que cuenta la adolescente embarazada en la consulta externa del Hospital Regional ISSEMyM Nezahualcóyotl

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar a las personas que la adolescente embarazada identifica como la principal red de apoyo.
- Establecer la composición familiar de la adolescente embarazada mediante un familiograma estructural.
- Identificar el rango de edad más frecuente del principal apoyo de la adolescente embarazada
- Identificar si participa en grupos de apoyo.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

- Por la interferencia del investigador en el fenómeno estudiado: observacional.
- Por la evolución del fenómeno estudiado: transversal
- por la relación de las variables: descriptivo.
- Por la recolección en el tiempo: prospectivo.

5.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

Población: adolescentes embarazadas de entre 12 y 19 años del Hospital Regional ISSEMyM Nezahualcóyotl

Lugar: Hospital Regional ISSEMyM Nezahualcóyotl con dirección de Avenida San Juan de Aragón SN. Col Vicente Villada cd Nezahualcóyotl

Tiempo: Agosto del 2012 a Febrero del 2013.

5.3 TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Todas las pacientes adolescentes embarazadas entre 12 y 19 años de edad, que acudan al servicio médico de consulta externa del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl en el periodo comprendido de Agosto del 2012 a Febrero del 2013

5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

1. Todas las adolescentes embarazadas derechohabientes del Hospital Regional ISSEMyM Nezahualcóyotl entre 12 y 19 años de edad, de ambos turnos.
2. Todas las gestantes adolescentes que acepten contestar el cuestionario así como la autorización del padre o tutor.

Criterios de exclusión

1. Tener edad menor de 12 o mayor de 20 años.
2. No ser derechohabiente en el Hospital Regional ISSEMyM Nezahualcóyotl.

Criterios de eliminación

1. Encuestas incompletas.

5.5 VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	VALORES QUE ADQUIERE LA VARIABLE
ADOLESCENTES EMBARAZADAS	EL EMBARAZO QUE OCURRE EN MUJERES ENTRE 12 Y 19 AÑOS DE EDAD	CUALITATIVA ORDINAL	1.PRIMER TRIMESTRE 2.SEGUNDO TRIMESTRE 3.TERCER TRIMESTRE
EDAD	EL TIEMPO QUE HA VIVIDO UNA PERSONA DESDE EL NACIMIENTO HASTA EL MOMENTO	CUANTITATIVA ORDINAL	1.- 12 -13 AÑOS 2.- 14 – 16 AÑOS 3.- 17 – 19 AÑOS

ESCOLARIDAD	GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS	CUALITATIVA CONTINUA	1.SECUNDARIA 2.BACHILLERATO 3.UNIVERSIDAD
COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA	SEGÚN LAS PERSONAS QUE INTEGRAN EL NÚCLEO FAMILIAR	CUALITATIVA ORDINAL	SEGUN LA CLASIFICACION DE ESTRUCTURA FAMILIAR POR IRIGOYEN: 1.NUCLEAR 2.EXTENSA 3. EXTENSA COMPUESTA
RED DE APOYO	CONJUNTO DE CONTACTOS FORMALES O INFORMALES QUE PROPORCIONAN DIFERENTES TIPOS DE APOYO	CUALITATIVA ORDINAL	1.FORMAL 2.INFORMAL 3.MIXTA
QUIÉN BRINDA LA RED DE APOYO	REDES SOCIALES CONFORMADOS POR PERSONAS, GRUPOS O INSTITUCIONES ANTE EVENTOS ADVERSOS Y QUE VAN A REPERCUTIR DE ALGUNA MANERA EN SU AJUSTE AL MEDIO.	CUALITATIVA ORDINAL	1.MAMÁ 2.PAPÁ 3.HERMANA 4.TÍA 5.ABUELITA 6.PAREJA 7.OTROS
GRUPO DE EDAD DEL PRINCIPAL APOYO	INTERVALO DE TIEMPO QUE UNA PERSONA HA VIVIDO DESDE EL NACIMIENTO HASTA EL MOMENTO	CUANTITATIVA ORDINAL	1.- 12 – 20 AÑOS 2.- 21 – 30 AÑOS 3.- 31 – 40 AÑOS 4.- 41 – 50 AÑOS 5.- 51 – 60 AÑOS 6.- 61 – 70 AÑOS 7.- MAS DE 71 AÑOS
GRUPOS DE APOYO	GRUPOS DE PERSONAS FORMADO POR SUJETOS VOLUNTARIOS CUYO OBJETIVO ES LA	CUALITATIVA ORDINAL	1.- RELIGIOSO 2.- EDUCATIVO 3.- RECREATIVO 4.- DEPORTIVO 5.- OTROS

	AYUDA MUTUA PARA CONSEGUIR UN FIN DETERMINADO		
--	---	--	--

5.6 PROCEDIMIENTO DE CAPTURA DE LA INFORMACIÓN

Se utilizó el instrumento de Teran - Trillo y Nava Aguilar el cual consiste en 4 rubros. El rubro A consiste en aspectos sociodemográficos como edad, escolaridad, la composición de la familia, la cual se realiza por medio de un familiograma estructural. El rubro B se basa en un listado de los distintos apoyos que recibe la adolescente embarazada, el cual contiene los apartados de persona o institución, edad, relación, los tipos de apoyo recibido el cual se subdivide en grupos sociales, emocional, orientación y económico. El rubro C examina la participación en grupos y en el D otros servicios: médicos, religiosos, educativos, recreativos, deportivos.

Este instrumento se aplicó en las dos salas de espera con las que cuenta el hospital regional ISSEMYM Nezahualcóyotl en la consulta externa a todas las pacientes adolescentes embarazadas entre 12 y 19 años de edad, en el periodo comprendido de Agosto del 2012 a Febrero del 2013

Se utilizó el instrumento previo consentimiento informado y con la autorización de los padres o tutor de las menores de edad. La composición familiar se valoró realizando familiograma estructural en tres generaciones. (Anexos)

Así mismo para evaluar las redes de apoyo se utilizó el eco-mapa que proporciona una vista ampliada de la familia, es un dibujo de la estructura y de sus redes de apoyo. Retrata el enlace entre la familia y el mundo. Esta herramienta muestra la relación entre los miembros de la familia y los recursos comunitarios. (Anexos)

Es un diagrama de la relación entre familia y la comunidad; así mismo ayuda a evaluar las redes de apoyo disponibles en la familia. Se considera una representación de las relaciones con el sistema, es decir, de otras personas e instituciones con la familia, lo que permite ver una fotografía de las relaciones clave que la familia tiene con el medio ambiente.³³

5.7 DISEÑO ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo con medidas de resumen que son frecuencia y porcentaje y medidas de tendencia central como media, mediana y moda.

5.8 CONSIDERACIONES ETICAS

La asociación médica mundial ha promulgado la declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.

El presente trabajo de investigación que contiene datos personales de los pacientes; serán usados únicamente de acuerdo con los fines científicos que la propia investigación establece.

De ninguna manera podrán ser usados con propósitos ajenos a los que se pretenden alcanzar con la realización del trabajo, manteniendo la confidencialidad de los datos obtenidos sin riesgo alguno para los pacientes y el personal colaborador, cumpliendo así los reglamentos de la declaración de Helsinki de la asociación Médica Mundial, modificada en Octubre del 2000 en Edimburgo, Escocia.

De acuerdo a la Ley General de Salud actualizada al 18 de diciembre del 2007, señala que en todo proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados y que siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación para proteger su integridad. Debe tomarse en cuenta toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y su personalidad.

En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir informaciones adecuadas acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de interés, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el investigador debe obtener entonces preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el investigador debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él, por una relación de dependencia o si éste se consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un investigador bien informado que no participe en la investigación y que no tenga que ver con esa relación.

Tanto como los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el investigador está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier posible conflicto de interés.

Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta declaración no deben ser aceptados para su publicación.

El investigador debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación nunca debe perturbar la relación investigador – paciente.

En apego al título quinto capítulo único en investigación para la ley general de salud.

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

I.- Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica espacialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

II.- Podrá realizarse solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.

III.- Podrá efectuarse solo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

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

V.- Solo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

VI.- El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación y las demás que establezca la correspondiente reglamentación

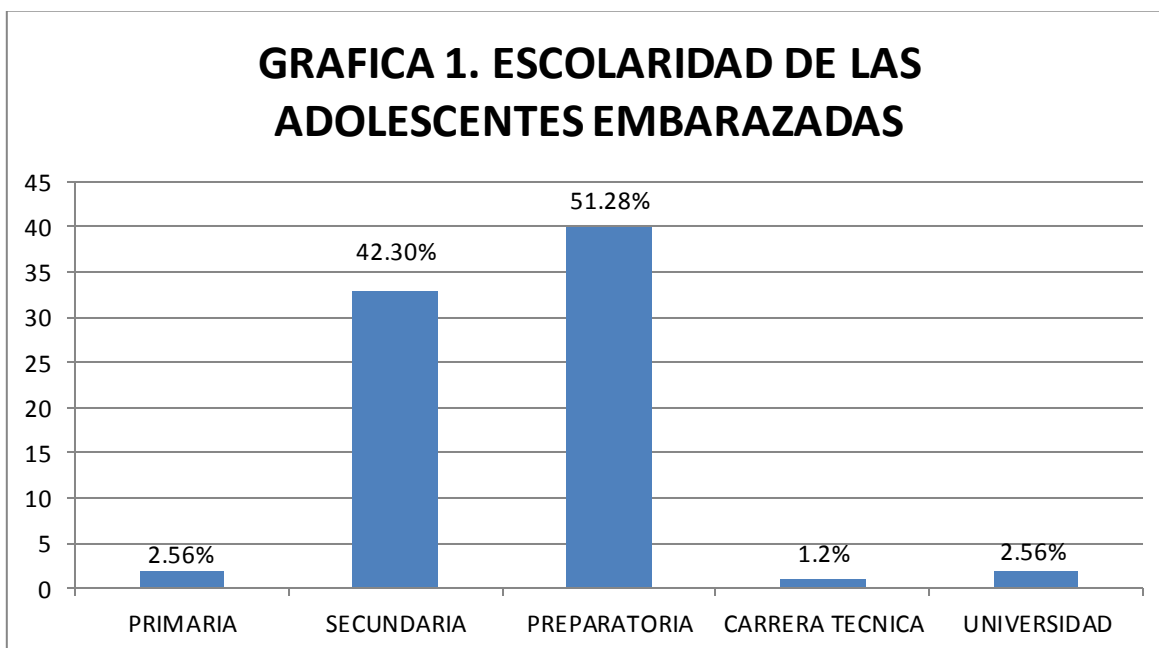
Art. 101.- Quien realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes.

6. RESULTADOS

De las 78 pacientes adolescentes embarazadas encuestadas, del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl (HRIN) se encontró la siguiente información:

La edad que predominó en las adolescentes embarazadas fue ente 14 y 16 años, que abarca el final de la adolescencia temprana y la mitad de la adolescencia media, así estas comprendieron el periodo entre la educación secundaria e inicio del bachillerato. Con una edad media de 15.8 años. Observando que el grupo de edad con mayor número de encuestadas fue el de 15 a 16 años con 31 integrantes (39.74%), continuando el grupo de 13 a 14 años (26.92%) y el de 17 a 18 años (25.64%).

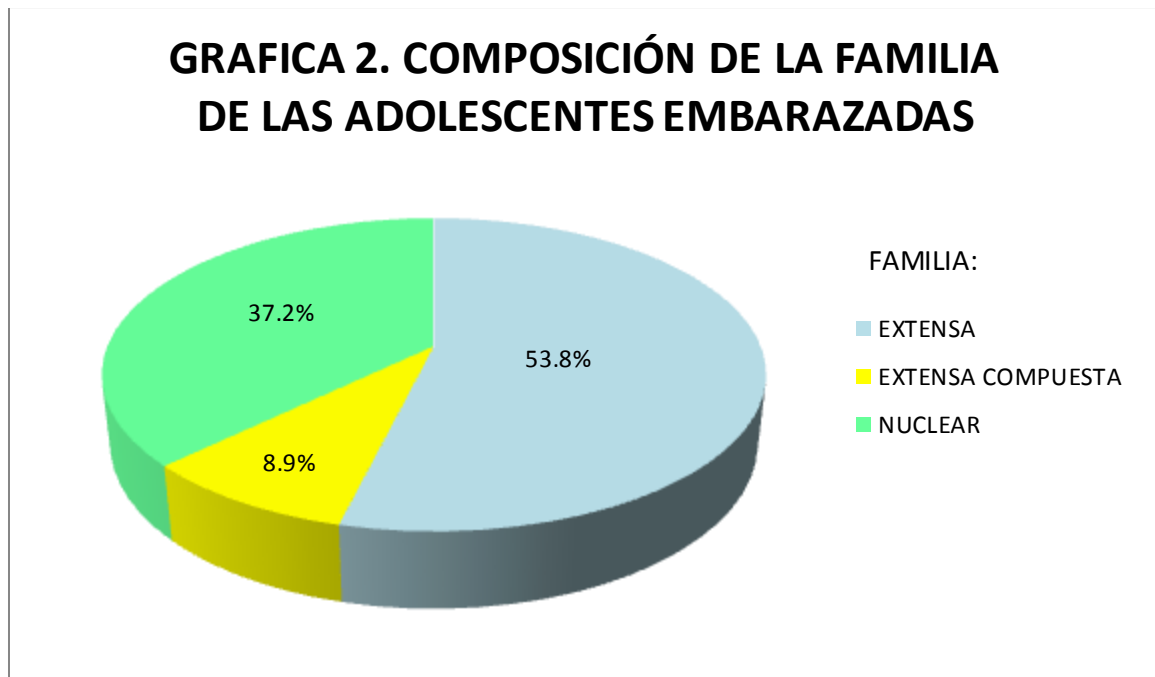
Respecto a la escolaridad de las 78 adolescentes embarazadas, se encontró la mayoría con el grado de secundaria y bachillerato. De estas, 40 adolescentes embarazadas grado de preparatoria (51.28%) mientras que 33 grado de secundaria (42.30%), como se muestra en la gráfica No. 1



FUENTE: cuestionario realizado a las adolescentes embarazadas en el HRIN de Agosto 2012 a febrero 2013

Respecto a la composición familiar se encontró que 42 integrantes viven en familias extensas (53.8%), 29 (37.2%) en familias nucleares y 7 (8.9%) en

familias extensas compuestas. Al vivir en familias extensas tienen a su alcance un mayor número de personas que les podrían proporcionar apoyo. Gráfica 2.



H

FUENTE: cuestionario realizado a las adolescentes embarazadas en el HRIN de Agosto 2012 a febrero 2013

Por lo que respecta al parentesco en el apoyo recibido de las 78 adolescentes embarazadas, se refirieron a 19 personas diferentes; El total de mencionados como apoyo fueron 272. Con una media de 3 apoyos por entrevistada. Tabla 1.

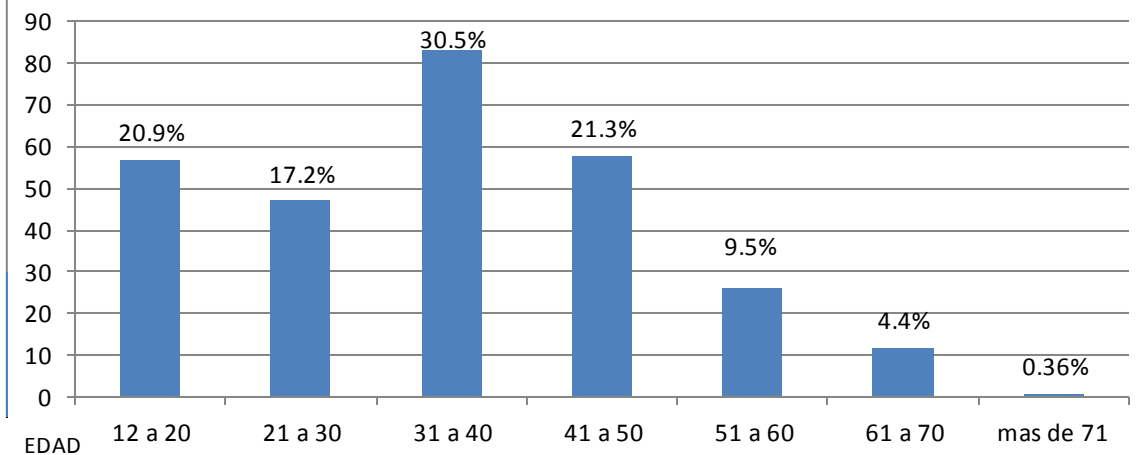
TABLA 1. PERSONAS QUE DIERON APOYO A LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS

RECIBIDO POR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
MAMA	69	25.36
PAPA	51	18.75
HERMANA	26	9.55
TIA	25	9.19
ABUELA	23	8.45
PAREJA	19	6.98
AMIGA	12	4.41
HERMANO	9	3.30
TIO	8	2.94
SUEGRA	6	2.20
PRIMA	6	2.20
MADRINA	5	1.83
SUEGRO	2	0.73
CUÑADA	2	0.73
CUÑADO	2	0.73
AMIGO	2	0.73
PRIMO	2	0.73
ABUELO	2	0.73
VECINA	1	0.36
TOTAL	272	100

FUENTE: cuestionario realizado a las adolescentes embarazadas en el HRIN de Agosto 2012 a febrero 2013

Referente a la edad de las personas que dieron apoyo a las adolescentes embarazadas fueron el grupo de 31 a 40 años con 83 integrantes (30.5%) del grupo de 41 a 50 años con 58 personas (21.3%), seguido del grupo de 12 a 20 años con 57 integrantes (20.9%) como se muestra en la gráfica No. 3

GRAFICA 3. EDAD DE LAS PERSONAS QUE DIERON APOYO A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS



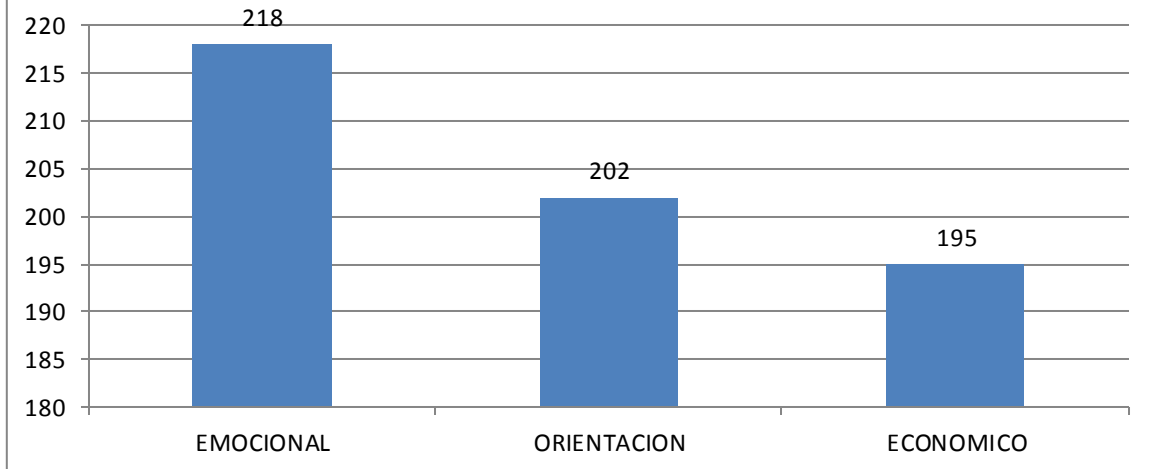
FUENTE: cuestionario realizado a las adolescentes embarazadas en el HRIN de Agosto 2012 a febrero 2013

El tipo de apoyo que proporcionaron a las adolescentes embarazadas las personas antes mencionadas, 218 (80.14%) principalmente fue en el aspecto emocional, este apoyo fue descrito como la que da comprensión, la escucha, da afecto, consejos y compañía; así esta información implica que es el apoyo más importante recibido por las adolescentes embarazadas. (Ya que en esta etapa esto le dará un equilibrio psicológico para su desarrollo integral, y a su vez se reflejará en su estilo de vida y el de su bebe).

En cuanto a la orientación recibida, 202 (74.26%) personas lo otorgaron, este es de suma importancia ya que se refiere al acercamiento de personas diferentes a su familia que le brindaron un aspecto diferente al emocional.

El apoyo económico o material se refiere a la persona que da dinero, ropa, despensa, medicamentos, etc. y fueron 195 (71.69%) las personas referidas como apoyo, entre estas principalmente fue el padre. Se relaciona con la satisfacción de las necesidades de la adolescente embarazada, ya que dicho apoyo es el medio para adquirir diferentes artículos, posee un significado simbólico de poder, autoridad y además es la oportunidad de someter y comprar afecto. Gráfica 4.

GRAFICA 4. TIPO DE APOYO QUE RECIBIERON LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS POR LAS DIFERENTES PERSONAS

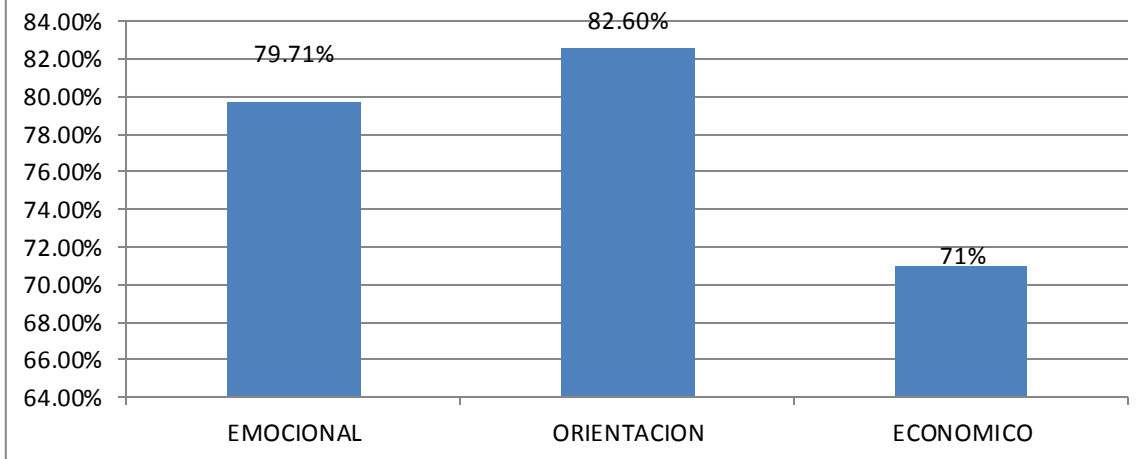


FUENTE: cuestionario realizado a las adolescentes embarazadas en el HRIN de Agosto 2012 a febrero 2013

De lo mencionado por las adolescentes embarazadas, la madre como red de apoyo fue considerada en primer lugar en 69 veces (88.46%) de las 78 adolescentes gestantes encuestadas. Se obtuvo que la media de edad de las mamás de las pacientes es de 39.7 años y el grupo de edad con más integrantes fue el de 30 – 40 años (56.5%) continuando el grupo de 41 – 50 años (31.8%).

El apoyo más importante por las madres fue el de orientación refiriéndose a él en 57 ocasiones (82.6%), seguido del emocional en 55 veces (79.7%) y el económico en 49 veces (71%). Gráfica 5.

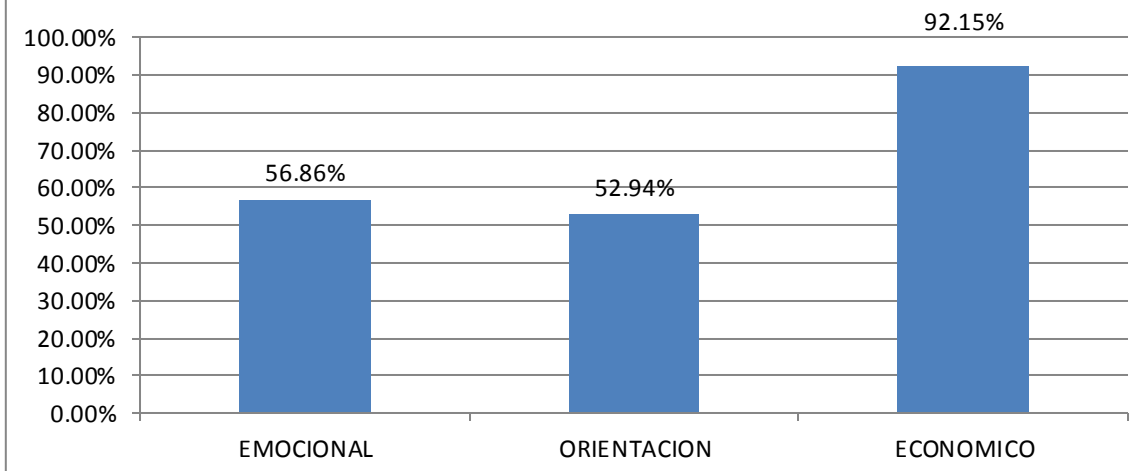
GRAFICA 5. TIPO DE APOYO OTORGADO POR LA MADRE A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS



FUENTE: cuestionario realizado a las adolescentes embarazadas en el HRIN de Agosto 2012 a febrero 2013

El padre es considerado como segundo lugar en las personas que proporcionan apoyo para 51 de las adolescentes embarazadas, en cuanto a la edad mayor es la de 56 años y la media de ellos fue de 41.7 años, el mayor grupo de edad fue el de 30 – 40 años (45%), seguido del grupo de 41 – 50 años (43%). Los padres se encuentran en una etapa económicamente activa, por lo que éste fué su principal apoyo en 47 pacientes embarazadas (92.15%), continuando con el apoyo emocional en 29 pacientes (56.86%), y en el apoyo de orientación en 27 (52.94%). Gráfica 6.

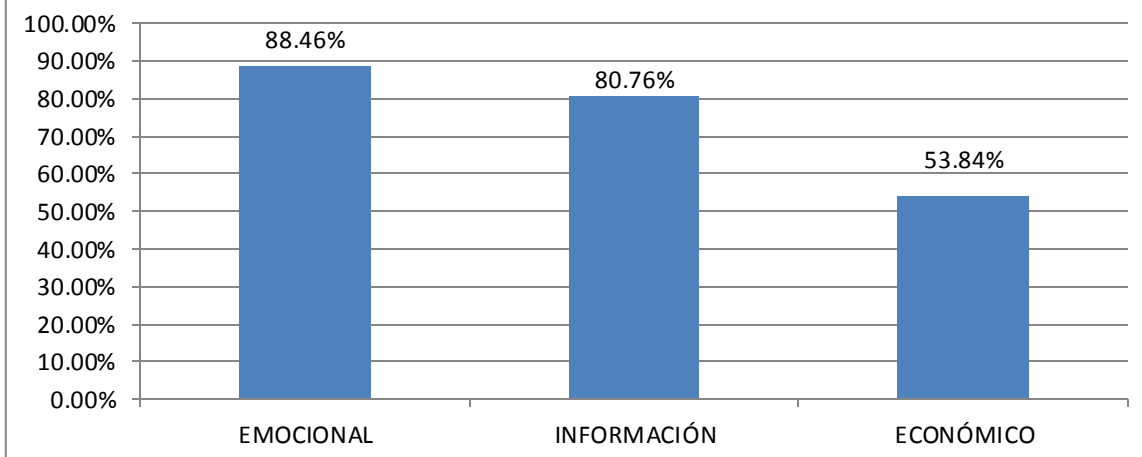
GRAFICA 6. TIPO DE APOYO OTORGADO POR EL PADRE A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS



FUENTE: cuestionario realizado a las adolescentes embarazadas en el HRIN de Agosto 2012 a febrero 2013

La siguiente mención fue para las hermanas que brindaron apoyo en 26 de las 78 adolescentes embarazadas. Alcanzando el tercer lugar dentro de los principales apoyos a la adolescente embarazada, con una media de edad de 22.8 años y los grupos de edad que predominan en estas son los de 16 a 20 años (46.15%), seguidas del grupo de 21 a 25 (26.92%), y el principal apoyo que otorgan las hermanas es el emocional con 23 menciones (88.46%), siguiendo el apoyo de orientación con 21 (80.76%) seguido del apoyo económico en 14 ocasiones (53.84%). Gráfica 7.

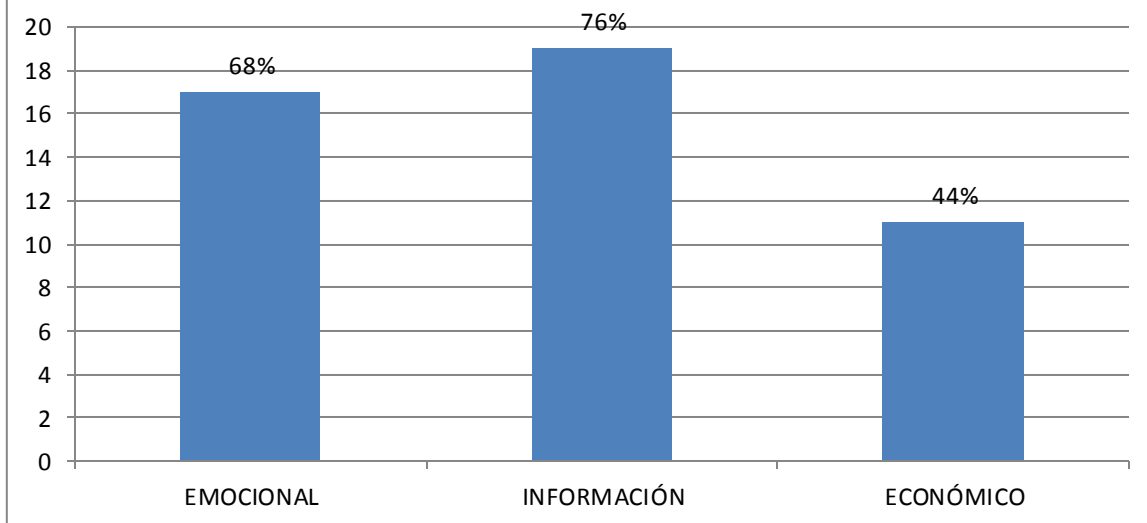
GRÁFICA 7. APOYO OTORGADO POR LAS HERMANAS A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS



FUENTE: cuestionario realizado a las adolescentes embarazadas en el HRIN de Agosto 2012 a febrero 2013

La siguiente persona que forma parte de la red de apoyo de las adolescentes embarazadas es la tía, de la cual recibieron apoyo 25 de las 78 adolescentes, cuya edad media es de 34.3 años la mayor parte fue el grupo de edad de 20 a 40 años (80%), en ellas el principal apoyo otorgado fue el informativo en 19 (76%), seguido del apoyo emocional en 17 (68%), y el apoyo económico en 11 (44%). Gráfica 8.

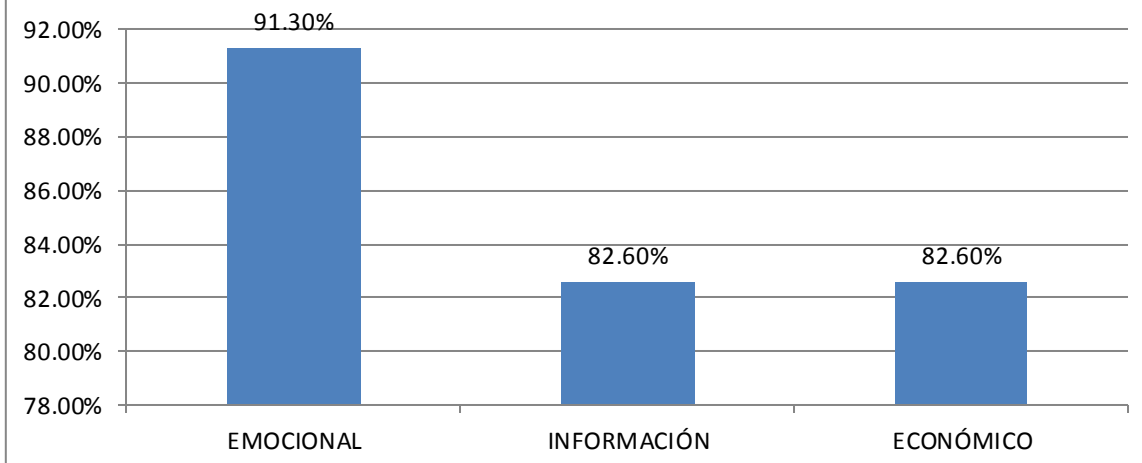
GRÁFICA 8. APOYO OTORGADO POR LAS TIAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS



FUENTE: cuestionario realizado a las adolescentes embarazadas en el HRIN de Agosto 2012 a febrero 2013

Otra persona mencionada como apoyo son las abuelas en 23 de las 78 adolescentes embarazadas, encontrando esto que la mayoría de las familias en este estudio fueron extensas, las adolescentes gestantes acuden a una figura de autoridad que tienen a su alcance. Las abuelas tienen una edad promedio de 62.2 años y el grupo de edad que sobresale fue el de 51 a 60 años (34.78%) el principal apoyo fue el emocional en 21 adolescentes (91.3%), seguido del informativo y económico ya que los dos alcanzaron las mismas cifras en 19 casos (82.6%). Gráfica 9.

GRÁFICA 9. APOYO OTORGADO POR LAS ABUELAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

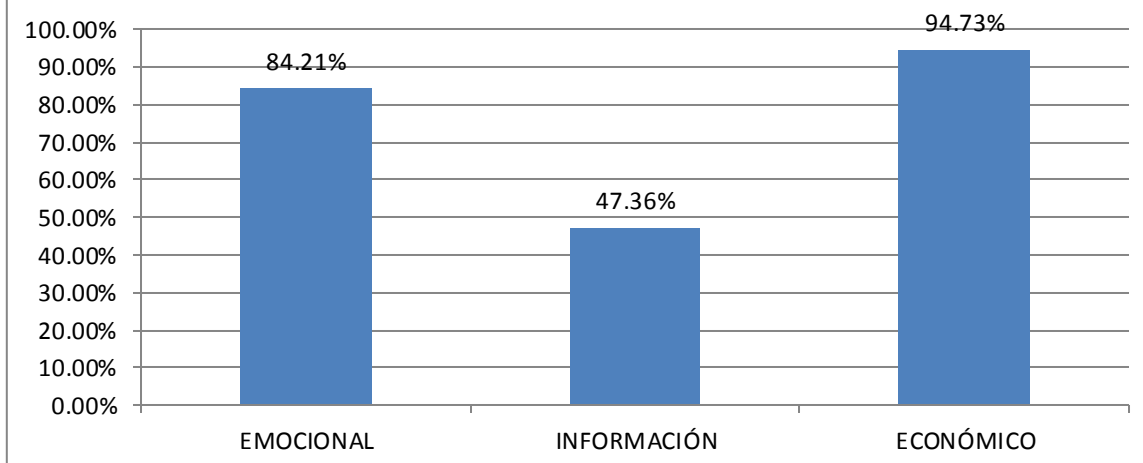


FUENTE: cuestionario realizado a las adolescentes embarazadas en el HRIN de Agosto 2012 a febrero 2013

También las parejas fueron mencionadas como apoyo por 19 de las 78 adolescentes embarazadas. Teniendo una edad media de 18.5 años, es notorio que la encuestada no tenga un grado de confianza importante en su pareja, tal vez por la edad de ambos lo vea a él con falta de estabilidad y sea por eso que se refugie primero en otras personas antes que en él.

El principal apoyo que otorgan las parejas es el factor económico en 18 pacientes (94.73%), seguido del apoyo emocional en 16 (84.21%), y el informativo en 9 (47.36%). Gráfica 10.

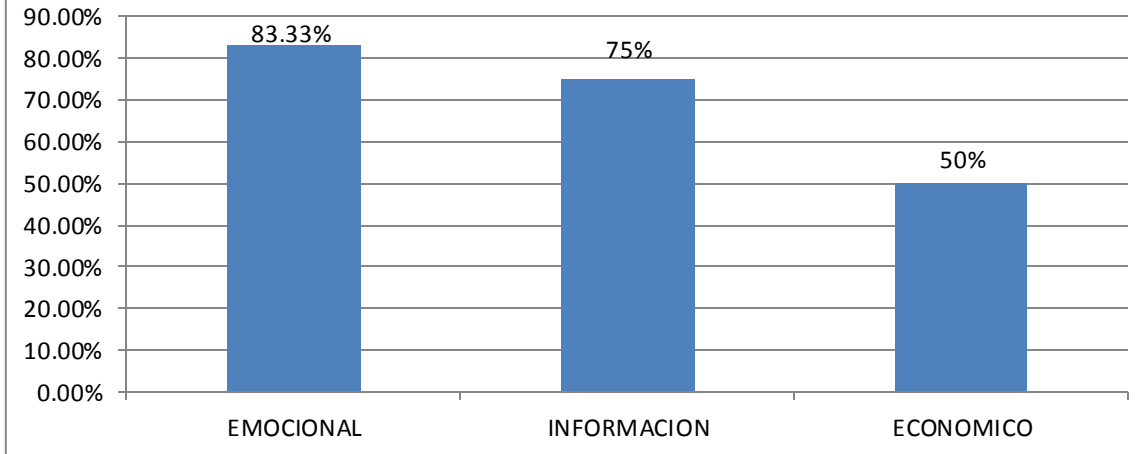
GRÁFICA 10. TIPO DE APOYO OTORGADO A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS POR SU PAREJA



FUENTE: cuestionario realizado a las adolescentes embarazadas en el HRIN de Agosto 2012 a febrero 2013

Así mismo las amigas también fueron mencionadas por 12 de las 78 adolescentes embarazadas. La edad media de las amigas fue de 15.11 años, representando su principal apoyo en el aspecto emocional en 10 adolescentes (83.33%), continuando el apoyo informativo en 9 (75%) y el económico en 6 (50%). Gráfica 11.

GRAFICA 11. TIPO DE APOYO OTORGADO A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS POR SUS AMIGAS



FUENTE: cuestionario realizado a las adolescentes embarazadas en el HRIN de Agosto 2012 a febrero 2013

La siguiente tabla condensa la información referente a otras personas que también fueron mencionadas como red de apoyo por las adolescentes embarazadas. Tabla 2.

TABLA 2. OTRAS PERSONAS MENCIONADAS COMO RED DE APOYO POR LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

PERSONA	FRECUENCIA	EDAD MINIMA	EDAD MAXIMA
	No. De adolescentes embarazadas que lo mencionan como apoyo y total de entrevistados		
HERMANO	9 / 78	16	40
TIO	8 / 78	22	59
SUEGRA	6 / 78	39	52
PRIMA	6 / 78	13	36
MADRINA	5 / 78	35	49
CUÑADA	2 / 78	22	25

FUENTE: cuestionario realizado a las adolescentes embarazadas en el HRIN de Agosto 2012 a febrero 2013

El tipo de apoyo otorgado por estas mismas personas se muestra en la tabla 3.

TABLA 3. TIPO DE APOYO OTORGADO POR OTRAS PERSONAS MENCIONADAS COMO RED DE APOYO PARA LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

PERSONA	APOYO EMOCIONAL	APOYO DE ORIENTACION	APOYO ECONOMICO O MATERIAL
	Frecuencia y porcentaje	Frecuencia y porcentaje	Frecuencia y porcentaje

HERMANO	6 / 66.6%	5 / 55.5%	3 / 33.3%
TIO	6 / 75%	6 / 75%	4 / 50%
SUEGRA	6 / 100%	2 / 33%	2 / 33%
PRIMA	6 / 100%	4 / 66.6%	3 / 50%
MADRINA	5 / 100%	4 / 80%	4 / 80%
CUÑADA	2 / 100%	1 / 50%	1 / 50%

FUENTE: cuestionario realizado a las adolescentes embarazadas en el HRIN de Agosto 2012 a febrero 2013

Del total de adolescentes embarazadas se identificó que participaron en los diferentes servicios, de tipo religioso 43 (55.12%), educativo (computación, inglés) 23 (29.48%), recreativo 44 (56.41%), deportivo 46 (58.97%) otros (laboral) 7 (8.9%). Un punto importante para las adolescentes en esta búsqueda de identidad y libertad es la participación en grupos, encontrándose en este estudio que la mayor parte de las adolescentes no participan activamente en los grupos sociales, sin embargo más de la mitad de ellas (71.7%) realizan actividades en sus propios grupos de amigos y familiares (redes de apoyo informales).

7. DISCUSION

Los resultados obtenidos en nuestro estudio nos indican que principalmente las redes de apoyo de las adolescentes embarazadas son por parte de su mamá, papá, hermana y tía principalmente significando que en estos recae la prioridad de ayudar a esta, en los momentos de crisis por los que cursa durante su gestación, así mismo es de suma importancia que entre las gestantes adolescentes y sus principales redes de apoyo haya una adecuada comunicación a la vez que una relación idónea, para que exista una confianza absoluta y así no refugiarse en otras personas. Por su parte Díaz-Franco y cols. En el 2006 en su estudio "Percepción de las relaciones familiares y malestar psicológico en adolescentes embarazadas"¹⁷ encontró que la relación emocional de las adolescentes embarazadas y sus madres se presentaba en un 80.2% correlacionando este dato

con nuestro estudio el cual nos indica que las entrevistadas acuden a su madre en un 88.46% en busca de ayuda.

Respecto con el padre, Díaz - Franco y cols¹⁷ describe que la relación emocional de las adolescentes embarazadas con su progenitor se observaba en un 51.2% y en nuestro estudio se encontró un 56.86%, casi de igual manera que con el estudio de Díaz - Franco.¹⁷

En el mismo estudio el promedio de edad es de 15.7 años y en el nuestro es de 15.8 años, mientras que la edad de las parejas en el estudio de Díaz – Franco¹⁷ se encontraban en 19.4 años y en el nuestro de 18.5 años, por lo tanto se encontró una diferencia significativa de edad entre la adolescente embarazada y su pareja en ambos estudios. Respecto a la escolaridad en el mismo estudio de Díaz - Franco y cols¹⁷ encontraron que las adolescentes embarazadas habían concluido el segundo año de la educación media (secundaria), mientras que en nuestro estudio la escolaridad fue mayor en las adolescentes embarazadas ya que habían cursado la preparatoria en un 51.2% y la secundaria en un 42.3%.

Así mismo en el estudio de Nava y cols³⁴ “Temas de salud y redes de apoyo en un grupo de adolescentes de la clínica de Medicina Familiar “oriente” del ISSSTE” la edad que predomina es de 14 a 15 años, en el nuestro de 15.8 años.

Respecto a la escolaridad en su estudio el mayor porcentaje se encontraba en secundaria, bachillerato; y en el nuestro se observó el bachillerato en 51.2% y secundaria 42.3%. Refiriéndose al tema de redes de apoyo Nava³⁴ solo argumenta que se encuentra dentro de la familia la principal red de apoyo de los adolescentes, corroborando con nuestro estudio que la principal red de apoyo fue la madre, seguida del padre y posteriormente la hermana.

En su estudio encontraron una media de apoyos de 4 por entrevistado por nuestra parte la media fue de 3 por adolescente embarazada. Y el grupo de edad de los apoyos en el estudio de Nava³⁴ fue de 30 a 55 años (41%) en el nuestro de 31 a 40 años (30.5%).

En el trabajo de Cabezas y cols³⁵ evaluaron a 202 adolescentes embarazadas y el mayor número de casos fue en el rango de edad de 17-18 años (45.7%), mientras que en el nuestro fue de 15-16 años (39.7%). En el estudio de Cabezas³⁵ en lo que respecta a la escolaridad el mayor número de casos tienen

escolaridad primaria completa (63%), mientras que en el nuestro es la preparatoria (51.28%). En el mismo estudio en el apartado de apoyo económico que recibió la adolescente embarazada por parte de la pareja fue de 64%, mientras que en el nuestro fue de 94.73%, esto significa que tiene una gran compromiso la pareja para poder ayudar económicamente.

Durante la realización de este trabajo se presentaron algunas circunstancias, una de ellas fue que al realizar las encuestas y genogramas en las salas de espera de la unidad médica, las personas se sentían observadas por otros usuarios lo que causó que ocultaran información.

8. CONCLUSIONES

Se cumplió con los objetivos planteados, se logró identificar las principales redes de apoyo con las que cuentan las 78 adolescentes embarazadas entrevistadas en el Hospital Regional ISSEMyM Nezahualcóyotl.

Siendo sus principales redes de apoyo, la mamá, el papá, la hermana, la tía, la abuela y su pareja.

En cuanto a la composición de la familia se observó que el mayor número de familias de las adolescentes son extensas, seguidas de la familia nuclear y por último la de tipo extensa compuesta.

Se identificó que el rango de edad más frecuente del principal apoyo de las adolescentes embarazadas fue de 31 a 40 años.

También se identificó que la adolescente participa en diferentes actividades la principal fue la deportiva, seguida de la recreativa, religiosa y educativa.

Una red de apoyo puede tener un efecto modificador o amortiguador contra el estrés de las crisis por las que cursa una persona, pero también puede actuar como un determinante directo de salud o enfermedad. Un desarrollo adecuado de las redes de apoyo puede contribuir al desarrollo personal y social.

Por lo tanto esta red de apoyo fortalecerá el desarrollo de la adolescente embarazada en la previsión y prevención de situaciones de riesgo para su salud la del bebe y la socialización.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Como profesional de la salud es indispensable conocer el alcance de las relaciones humanas ya que es aquí donde se ve influenciada tanto positiva como negativamente y esta es la matriz del desarrollo psicosocial de la adolescente embarazada, si esto se desconoce cualquier medida terapéutica implementada fracasará.

Hay que aumentar o promover los factores protectores para la adolescente embarazada como son la pertenencia a grupos sociales, donde se desarrollan actividades con tal de disminuir los comportamientos o situaciones de riesgo.

Remarcar la importancia de las instituciones que promueven los factores protectores durante el periodo de adolescencia relacionado con embarazo, para poder llevar un adecuado control de los factores de riesgo para potenciar el desarrollo integral de las adolescentes gestantes.

Los médicos familiares y el equipo de salud que atienda a adolescentes embarazadas deben recibir adiestramiento y capacitación adecuada, así como el financiamiento adecuado para la aplicación de servicios médico – preventivos los cuales deben ser ampliamente disponibles y de fácil acceso.

Con el avance social y económico de los países el tema de la salud en los adolescentes es decisivo para lograr el éxito, desarrollo y competitividad que se enfrenta en las sociedades de nuestros tiempos.

Con todo lo anterior nos hacen pensar en la necesidad de crear una red de apoyo formal en el Hospital Regional ISSEMyM Nezahualcóyotl, ya que hasta este momento no contamos con algún tipo de ayuda institucional para contribuir con un adecuado manejo de la paciente adolescente embarazada.

Y una vez establecidos estos programas, se podrían realizar estudios donde la misma población y los mismos médicos sean observados a través del tiempo para conocer el impacto de las Redes de Apoyo.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Gorab Ramírez A. ¿Una invención médica? Una realidad necesaria. Medicina de la adolescencia. Acta pediátrica. INVEN. Octubre 1999
2. Kett JF. Descubrimiento e invención de la adolescencia en la historia. Journal of adolescent Health. 1993; 14:664-672
3. Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes. 2da Edición, secretaria de salud, 2002, Guía clínica de la secretaria de salud. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf>
4. Dulanto GE. El adolescente. Acta Pediátrica de México 2000; 21(5) septiembre - octubre: 198 - 210
5. De la Fuente R. Psicología medica nueva versión. Adolescencia. Segunda edición, sexta reimpresión. Fondo de Cultura Económica, 2000. pp. 119–139
6. UNICEF. La agenda de la infancia y la adolescencia 2012 -2018. Guía informativa de la UNICEF. 2012 http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm
7. INEGI. Proyecciones de población mexicana 2010 – 2050. http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_de_la_Poblacion_2010-2050
8. Departamento de estadística e informática Hospital Regional Nezahualcóyotl del Instituto de seguridad Social del estado de México y Municipios
9. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009. Panorama sociodemográfico de México. México, © INEGI-CONAPO, marzo 2011, 94 p.

10. Scholl, O. Theresa. Adolescent pregnancy: an overview in developed and developing nations. *Perinatol Reprod Hum*, 2007, Vol. 21, No. 4: pp. 193-200
11. Sam-Soto S, Ortiz de la Peña- Carranza A, Lira-Plascencia J. Virus del papiloma humano y adolescencia. *Ginecol Obstet Mex* 2011; 79(4):214-224.
12. Baena-Rivero A, Alba A, Jaramillo MC, Quiroga SC, Luque L. Complicaciones clínicas del embarazo en adolescentes: una investigación documental. *Aten Fam.* 2012; Vol.19 (4):82-85
13. Maldonado. M, Saucedo G, Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatol Reprod Hum*, 2008; Vol. 22: pp. 5 – 14
14. Maldonado. M, Lartigue T. Fenómenos de la programación in útero: efectos del alto nivel de estrés y de la desnutrición durante el embarazo. *Perinatología Reprod. Hum.* 2008; 22: 26-35
15. Díaz F.E. Guía clínica de intervención psicológica del embarazo en la adolescencia; *Perinatol Reprod Hum.* 2007, vol. 21 (2), pp. 100-110
16. Quezada S. Claudia, Delgado B. Aida, Arroyo C. Leyla, et al. Prevalencia de lactancia y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes, *Bol Med Hosp Infant Mex*, 2008, Vol. 65, enero – febrero, pp. 19-25
17. Díaz F.E, Rodríguez P.M, et al. Percepción de las relaciones familiares y malestar psicológico en adolescentes embarazadas, *Perinatol Reprod Hum*; 2006, vol. 20 No. 4 pp. 80-90
18. Medellín Fontes M, Rivera Heredia M, et al. “Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México” *Revista Salud Mental* 2012; Vol. 35 No. 2 marzo - abril: 147 – 154
19. Infante- Castañeda C. Utilización de servicios en atención prenatal: influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda. *Salud pública. México* 1990; 32(4):419-429
20. Teran –trillo M, Ponce – rosas ER, Irigoyen Coria A, Fernández ortega MA, Gómez Clavelina FJ. Redes sociales en la atención medica familiar. *Arch Med Fam.* 1999; 1(2):34-35
21. López Verdugo, Isabel. El apoyo social de familias en situación de riesgo fundación acción familiar. *Guía clínica de médicos familiares*, Murcia, España

http://www.accionfamiliar.org/sites/default/files/fundacion/files/publicaciones/publicacion/DOC_04-06_El_apoyo_social_de_familias_en_riesgo.pdf

22. Gallo Vallejo FJ, Altisent Trota R, Diez Espino J. et al. Perfil profesional del médico de familia, Atención primaria 1999; 23(4):236-248
23. Medalie JH. Medicina familiar. Principios y prácticas. Noriega editores. Editorial limusa. 1987
24. Broadhead Eugene W, Kaplan Berton H, et al. The Epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. Am J. Epidemiologic may 1983; 117(5): 521-536
25. Moreno Contreras S. Boschetti Fentanes B. Monroy Caballero C, Irigoyen Coria A. Dorantes Barrios P. Perfil familiar de un grupo de adolescentes mexicanos con riesgo de depresión. Arch Med Fam 2003; 5 (3): 89-91
26. Sluzki C.E. La red social: fronteras de la práctica sistémica; editorial Gedisa; Barcelona, España 1998
27. Rodríguez Morán M, Guerrero JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia, Salud pública. México 1997;39 (1) 44-47
28. Mancilla R.J. Embarazo en adolescentes. Vidas en riesgo. Perinatol Reprod Hum. México 2012;26 (1):5-7
29. Acosta V.M, Cárdenas A.V. El embarazo en adolescentes, factores socioculturales, Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2012; 50(4): 371 – 374
30. INEGI. Estadísticas de Natalidad 2011. <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo28&s=est&c=17527>
31. INEGI. Estadísticas de Distribución por edad y sexo, Población total por grupo quinquenal de edad según sexo, 1950 a 2010. <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo03&s=est&c=17500>
32. INEGI. Pirámide poblacional de México 2005 y 2010. <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/contenido/DemyPob/epobla28.asp?s=est&c=17509>
33. De Melo D, Viera S, Simpionato E. et al. GENOGRAMA E ECOMAPA: POSSIBILIDADES DE UTILIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. Rev Bras Cresc Desenv Hum 2005;15(1):79-89

34. Nava A., Moreno A. et al. Temas de salud y redes de apoyo en un grupo de adolescentes de la clínica de Medicina Familiar "oriente" del ISSSTE; Revista de especialidades medico quirúrgicas Vol. 12, (1) enero – abril 2007
35. Cabezas A.M, Kopplin E. et al. Programa de acompañamiento psicoafectivo a adolescentes embarazadas en riesgo social. Pediatría al día, 2006; Vol.19 (5) noviembre-diciembre: 2-9
36. Gómez Clavelina FJ, Irigoyen Coria A, Ponce Rosas ER, Terán-Trillo M, Fernández Ortega MA, Yáñez Puig EJ. Análisis comparativo de seis recomendaciones internacionales para el diseño de genogramas en medicina familiar Arch Med Fam 1999;1(1):13-20

10. ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación “redes de apoyo en las embarazadas adolescentes que acuden al hospital regional ISSEMyM Nezahualcóyotl”.

Este cuestionario tiene el objetivo de identificar las distintas redes de apoyo con los que cuentas tú, a partir de tus relaciones significativas y de intercambio. La información que se obtendrá es de carácter confidencial y será utilizada con fines de investigación para implementar estrategias que eviten situaciones estresantes y se lleve un mejor embarazo y crianza.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

Por tratarse de aspectos personales, se requiere de tu participación voluntaria y sincera. Si durante el proceso de aplicación, tú consideras que algún dato de la información requerida te causa molestia o simplemente no deseas contestar, puedes dejarlo en blanco, así mismo entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Agradecemos tu consentimiento y participación.

Firma paciente _____ Padre o Tutor _____

INSTRUMENTO

MIS APOYOS

TERAN – TRILLO Y NAVA AGUILAR

A) DATOS PERSONALES

EDAD _____ ESCOLARIDAD _____ CLAVE _____

VALORACION DEL ESTREVISTADOR SOBRE COMPOSICIÓN FAMILIAR:

NUCLEAR ___ EXTENSA ___ EXTENSA – COMPUESTA ___ OTRO ___

B) LISTA DE PERSONAS QUE ME DAN DISTINTOS APOYOS

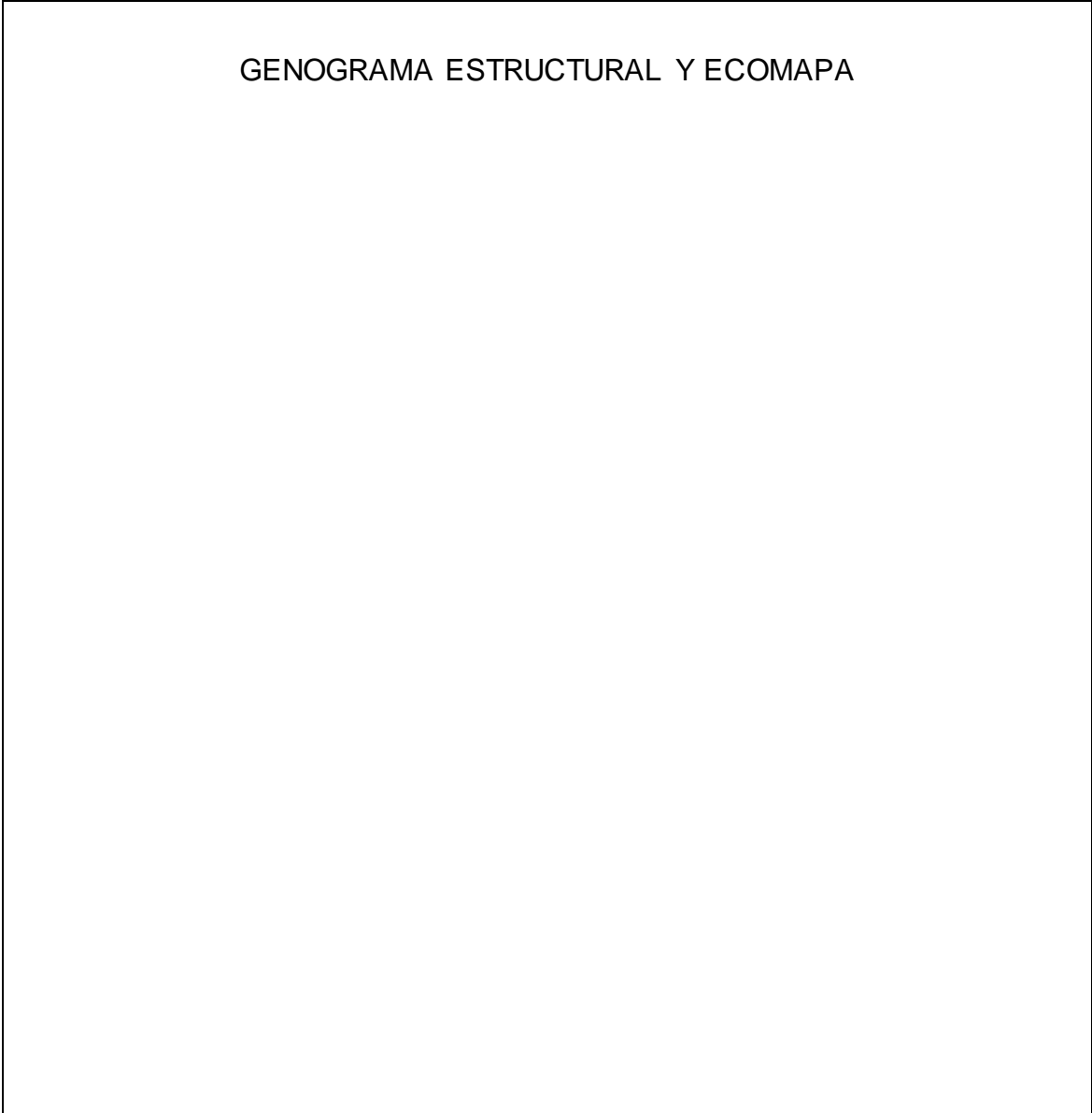
No.	PERSONA O INSTITUCION	EDAD	RELACION	TIPO DE APOYOS			
				GRUPOS SOCIALES	EMOCIONAL	ORIENTACION	ECONOMICO O MATERIAL
1							
2							
3							

C) PARTICIPACION EN GRUPOS No _____ SI _____

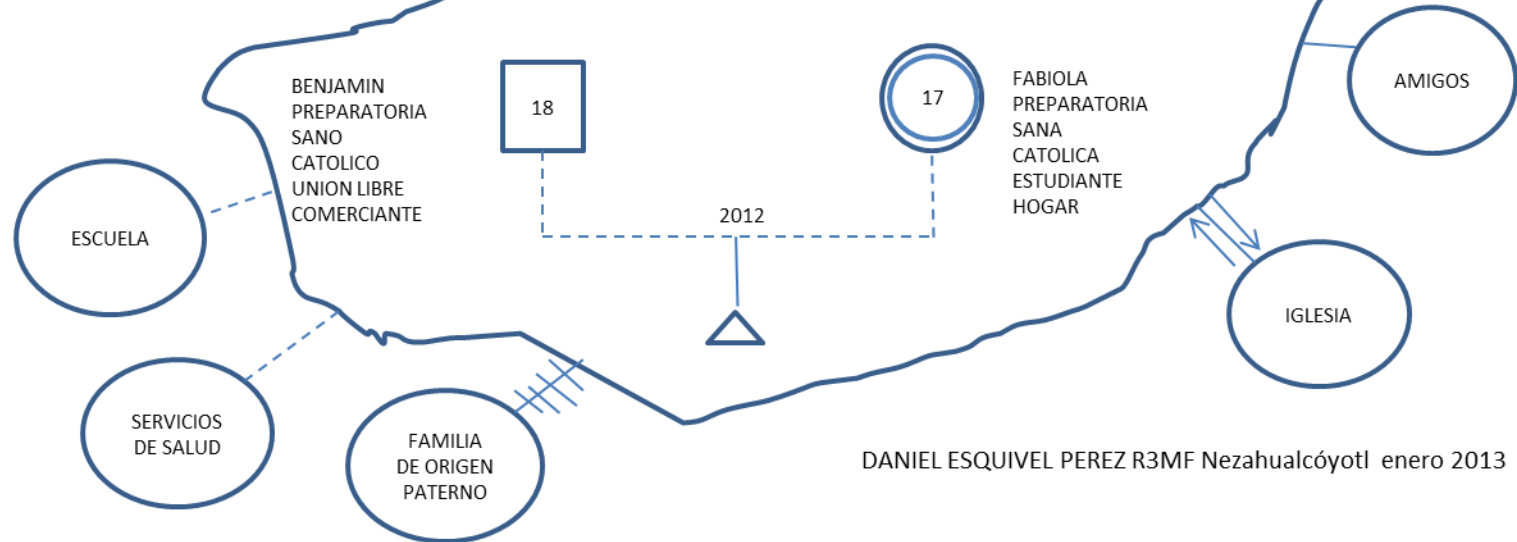
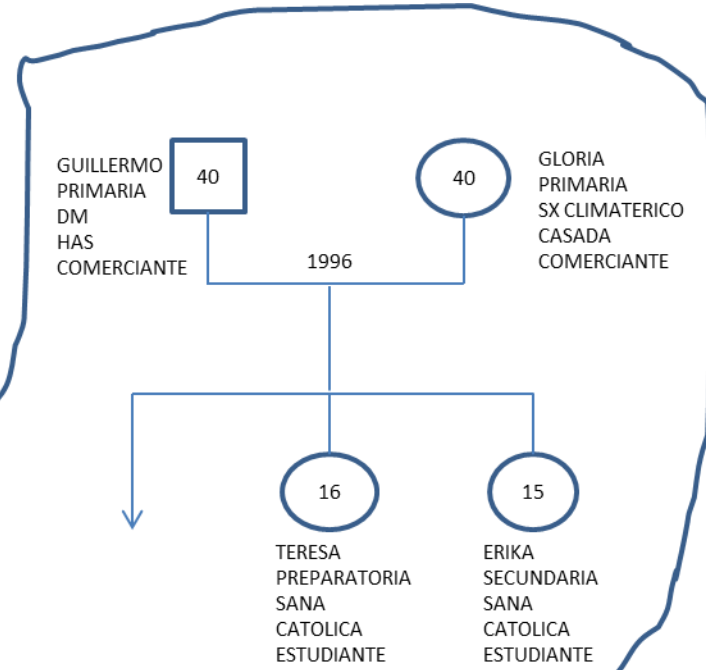
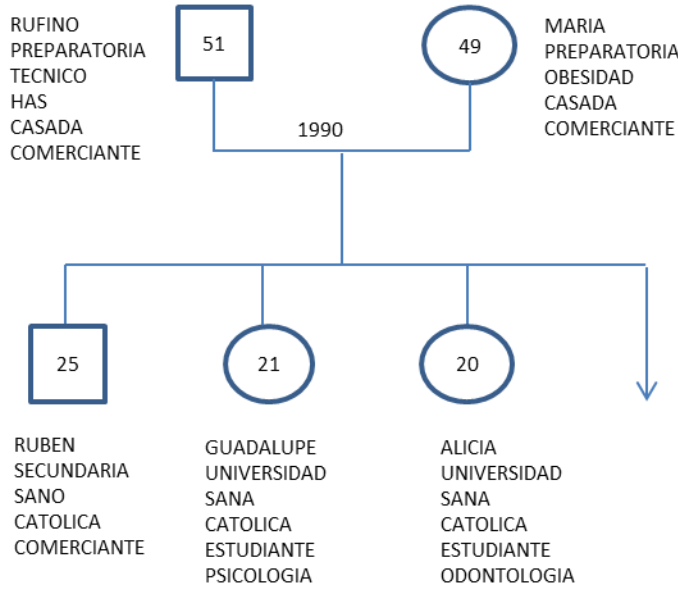
Número aproximado de personas que lo integramos _____

Nombre del grupo	Principales actividades que realizamos	
1.		
2.		
3.		
D) CUENTO CON SERVICIOS:	SI	NO
Otros servicios médicos		
Religiosos, espirituales		
Educativos o de capacitación		
Recreativos		
Deportivos		
Otros ¿Cuáles?		

GENOGRAMA ESTRUCTURAL Y ECOMAPA



FAMILIA E. F.



Sexo (Hombre / Mujer / Indefinido)	□ ○ ◇
Adopción*	[□] [○]
Matrimonio*	┌ año ┐
Vínculo ascendente*	┌───┐ └───┘
Vínculo descendente*	┌───┐ └───┘
Personas que habitan la casa*	⋈
Unión libre*	┌ año ┐
Gemelos heterocigotos*	┌───┐ └───┘
Gemelos homocigotos*	┌───┐ └───┘
Divorcio*	┌ año ┐
Separación*	┌ año ┐
Matrimonio consanguíneo**	┌ año ┐
Descendencia desconocida**	♀
Matrimonio sin embarazos ni hijos**	┌───┐ └───┘
Vive lejos del hogar (escuela, cárcel, etc.)**	┌───┐ └───┘

Relaciones interpersonales afectivas

Relaciones conflictivas*	⚡
Relaciones cerradas*	≡
Relaciones distantes*	---
Relaciones dominantes*	→
Disfunción en el matrimonio*	┌───┐ └───┘
Disfunción en el matrimonio y amante**	┌───┐ └───┘

Asociación con salud-enfermedad

Aborto* espontáneo / inducido	● ○
Muerte*	⊗
Embarazo*	△
Paciente identificado*	▣ ⊙
Óbito**	●

*Propuesto por 4 o más autores

**Propuesto por 3 o menos autores

SIMBOLOGIA ECOMAPA³³

