



UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS
FACTORES QUE INCIDEN EN EMBARAZOS DE LAS
ADOLESCENTES MICHOCANAS

QUE PARA OBTENER GRADO DE MAESTRA EN ENFERMERÍA
PRESENTA

L.E.O. MARBELLA DAMIÁN GÓMEZ

DIRECTORA DE TESIS:

MC: MARIA CRISTINA MARTHA REYES

COASESORA:

M.E. y A.S: MARTHA I. IZQUIEDO PUENTE

MORELIA MICHOCÁN

DICIEMBRE 2008

ACTA DE REVISIÓN

La M.C. María Cristina Martha Reyes. Coordinadora de la maestría en enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Profesor investigador Asociado "C" como directora de tesis de maestría

CERTIFICA

que ha dirigido el trabajo de Tesis titulado "factores que inciden en embarazos de las adolescentes michoacanas." elaborado por Marbella Damián Gómez licenciada en enfermería y obstetricia y que será presentado como requisito para optar al grado de Maestra en Enfermería por la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

M.C. María Cristina Martha Reyes
Profesor Investigador Asociado "C"
Facultad de Enfermería UMSNH
Firma: _____

M.C. Josefina Valenzuela Gandarilla
Profesor Investigador Asociado "B"
Facultad de Enfermería UMSNH
Firma: _____

M.E. y A.S. Martha I. Izquierdo Puente
Profesor Investigador Asociado "C"
Facultad de Enfermería UMSNH
Firma: _____

Dra. Ana Santamaría Galván
Profesor Investigador Asociado "B"
Facultad de Biología UMSNH
Firma: _____

MASE. Beatriz Velasco Nolasco
Profesor investigador Escuela de
Enfermería. FES Zaragoza UNAM
Firma: _____

MARBELLA DAMIÁN GÓMEZ

FACTORES QUE INCIDEN EN EMBARAZOS DE LAS ADOLESCENTES
MICHOACANAS.
EN UN HOSPITAL GENERAL

Tesis presentada en el programa
Maestría en enfermería de la facultad
en enfermería de la Universidad
Michoacana de San Nicolás de
Hidalgo, para la obtención del grado
de Maestra en Enfermería.

Cuerpo Académico: Estilo de Vida
Saludable.

Línea de investigación: cuidado de
enfermería

Nombre de la investigación: factores
que inciden en embarazos de las
adolescentes michoacanas

Directora de tesis:

M.C. María Cristina Martha Reyes

Coasesora:

M.E. y A.S. Martha I. izquierdo Puente

UMSNH

2008

Factores que inciden en embarazos de las adolescentes michoacanas.

Tesis presentada en el programa de Maestría en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, para la obtención del título Maestría en Enfermería.

Cuerpo Académico: Estilo de Vida Saludable.

Línea de Investigación: Cuidado de Enfermería.

Ficha Catalográfica

Lic. Enf. Y Obstetricia: Marbella Damián Gómez

Factores que inciden en embarazos de las adolescentes michoacanas.

Tesis presentada en el Programa de Pos-Grado de la Maestría en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo para la obtención del Título de maestra en enfermería.

Directora de tesis: MC: María Cristina Martha Reyes.

Coasesora: M.E. Ya.s. Martha I. Izquierdo Puente

1. Enfermería 2. Salud Reproductiva 3. Factores en embarazos adolescentes

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta tesis a mi esposo Arturo Ayala García, Esperanza del Rosario, Irais Lisbeth, Arturo Zachary por su paciencia, comprensión y amor sin ustedes no lo hubiera logrado, ustedes son la base de mi vida y se que se han sacrificado junto a mi impulsándome para lograr mis metas siendo mi soporte para no darme por vencida.

A mi madre Rosario Gómez Gómez por su comprensión y ayuda en los momentos malos y menos malos.

A todos mis hermanos en general pero en especial a mis hermanas Fredy, Tere, Beyde, Chayo por su apoyo en todos los momentos.

A mis sobrinos Bebechos, Yadira, Toni, Germain, Luis por su apoyo y palabras de aliento

A mis amigas Oliva, Josefina, Raque por sus palabras de aliento y apoyo

AGRADECIMIENTOS

Con la mayor humildad le doy gracias a dios nuestro señor por haberme puesto todos los instrumentos para realizar esta tesis.

A la MC: María Cristina Martha Reyes y a la M.E.y A.S: Martha I. Izquierdo Puente, por haber puesto todo su empeño e intelecto, persistencia, paciencia y su motivación durante el periodo de tiempo que ha durado esta tesis ganándose mi lealtad y admiración, así como sentirme en deuda por todo el conocimiento que he recibido.

Agradezco también a la Dra.: Ana Santamaría Galván, MC. Josefina Valenzuela y MASE. Beatriz Velasco Nolasco por las aportaciones valiosas para esta tesis y por su comprensión y apoyo.

A mi familia por su comprensión y apoyo brindándome su amor cuando más lo necesitaba.

A mis amigas (os) y compañeras (os) de trabajo que siempre estuvieron conmigo cuando solicitaba su apoyo.

Para todos ellos muchas gracias.

A los Maestros José Luis Cira Huape y María Luisa Sáenz Gallegos por su apoyo incondicional.

INDICE

GLOSARIO	1
RELACIÓN DE CUADROS, GRÁFICAS E ILUSTRACIONES	5
RESUMEN	7
I INTRODUCCIÓN	9
II ANTECEDENTES	14
III JUSTIFICACIÓN	49
IV OBJETIVOS	55
V HIPOTESIS	56
VI MATERIAL Y MÉTODOS	57
VII RESULTADOS	63
VIII ANÁLISIS	66
IX CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS PARA TRABAJOS FUTUROS	84
X BIBLIOGRAFÍA	87
XI ANEXOS	94
XII APENDICE	107

GLOSARIO

Adolescencia: de acuerdo a los criterios de la Organización Mundial de Salud (OMS), la adolescencia se define como el periodo de vida en el cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transita por los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y adquiere la independencia socioeconómica de su grupo de origen fijando sus límites entre los 10 y 19 años de edad. Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se le puede dividir en tres etapas:

Etapa temprana: Inicia a los 10 años y termina a los 13 años.

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder el interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

Etapa media: Esta inicia a los 14 años y finaliza a los 16 años. Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

Etapa tardía: Inicia a los 17 años y termina a los 19 años.

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollando su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas, para interpretar actitudes y comprender a las adolescentes, especialmente durante un embarazo sabiendo que: “una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes” (ISSLER J. 2001).

Embarazo en la adolescencia: se define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen. Ha sido llamado también el síndrome del fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza; ya que el embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, y a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo (ULANOWICZ M. G. Parra K. E. et. al. 2006).

Etnia: Es una palabra originalmente del griego ETHNOS que se refiere a la gente de una nación o tribu, y ETHNIKOS que originalmente significaba paganos o no griegos, para finalmente referirse a nacional (de una nación). Denota seres humanos miembros de grupos raciales y lingüísticos, etc. específicos, pero es usualmente usado para denominar a las minorías, es decir, grupos culturales básicos. La etnicidad se refiere a las prácticas culturales y perspectivas que distinguen a una comunidad dada de personas, y en la medida que los miembros de un grupo étnico interactúan entre sí, la etnicidad se convierte en el medio por el cual la cultura es transmitida. También significa la identificación con, y sentirse parte de, un grupo étnico y exclusión de ciertos otros grupos debido a esta filiación. Los miembros de las entidades étnicas se ven a sí mismas como culturalmente diferentes de otros agrupamientos en una sociedad y son percibidos por los demás de igual manera. Muchas características distintas pueden servir para distinguir unos grupos étnicos de otros, pero las más acostumbradas son la lengua, la historia o la estirpe (real o

imaginada), la religión y los estilos indumentarios o de adorno. Las diferencias étnicas son totalmente aprendidas, una cuestión que parece evidente por sí misma hasta que se recuerda cuán a menudo algunos de esos grupos han sido considerados como "nacidos para gobernar" o, alternativamente, vistos como "idiotas, perezosos congénitos", y así sucesivamente (AUSTIN M. 2000).

Cultura: la cultura puede ser definida en un sentido amplio, como todo lo cultivado por el hombre, ya que comprende el total de las producciones humanas, tanto en el ámbito material (como, por ejemplo, los productos del arte y la técnica) así como en el espiritual (donde se mencionan las ciencias, el arte y la filosofía). En un sentido más restringido, la cultura se constituye por los diversos saberes, tanto de tipo especulativo como práctico, que la humanidad ha alcanzado y recopilado, en forma más o menos sistemática, a lo largo de la historia. La cultura también puede definirse como "un proceso continuo de sustentación de una identidad mediante la coherencia lograda por un consistente punto de vista estético, una concepción moral del yo y un estilo de vida que exhibe esas concepciones en los objetos que adornan a nuestro hogar y a nosotros mismos, y en el gusto que expresa esos puntos de vista.

Cultura: se entiende como: "los valores, las creencias, las capacidades y la gregariedad de los miembros de una sociedad determinada." (MARTÍNEZ Casanova H. 2004).

Cultura es el conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos dentro de un grupo determinado, que orientan sus razonamientos, decisiones y acciones según modos de acción predeterminados (MARRINER Tomey Ann. Raile Alligood M. 2007pp 445)

Herméneutica: El término hermenéutica deriva del griego "*hermenéuiein*" que significa expresar o enunciar un pensamiento, descifrar e interpretar un mensaje o un text. (www.cibernous.com/glosario/alaz/hermeneutica.html - 13k -).

Sinergia: Una definición genérica de los sistemas puede enunciarse como un conjunto de componentes que interactúa entre sí para lograr uno o más propósitos. Tales componentes tienen nexos y en sus relaciones, varían sus características, asumiendo cualidades distintas por la influencia de otros componentes o del todo. Cada parte es, en sí misma, un subsistema del todo en la medida que cuente con características sistémicas (www.linkses.com/articulos/articulo.asp?id=205 - 26k)

Sinergia: El Todo es mayor que la simple suma de las partes la inteligencia de un equipo es mayor que la inteligencia individual de cada uno de sus miembros (Prof. Orlando Vilorio, Lucas nul usb. Ve/.... Presentaciones/ teoría % 20% general pdf).

RELACIÓN DE CUADROS, GRÁFICAS E ILUSTRACIONES

Modelo original de Madeleine Leininger	19
Propuesta de un modelo transcultural personal “Eclipse solar”	21
Tabla operacionalización de variables de estudio	83
Guión de entrevista utilizado Tabla y gráfica “Distribución de embarazos en adolescentes según la edad”	92
Tabla y gráfica “Distribución de embarazos en adolescentes según la edad”	97
Tabla y gráfica “Distribución de menarca según la edad en adolescentes embarazadas	98
Tabla y gráfica “Distribución de inicio de vida sexual activa de acuerdo a la edad en adolescentes embarazadas”	99
Tabla y gráfica “Número de embarazos en adolescentes de acuerdo al estado civil”	100
Tabla y gráfica “Distribución de embarazados en adolescentes de acuerdo a la ocupación”	101
Tabla y gráfica “Distribución de embarazados en adolescentes de según la escolaridad”	102
Tabla y gráfica “Distribución de embarazados en adolescentes de acuerdo al lugar de residencia”	103
Tabla y gráfica “Distribución del número de embarazos que han tenido las adolescentes embarazadas”	104
Tabla y gráfica “Distribución de las adolescentes de acuerdo a con quienes vivían antes de embarazarse”	105
Tabla y gráfica “Distribución de las adolescentes embarazadas de acuerdo a si se sentían queridas por su padres”	106
Tabla y gráfica “Distribución de las adolescentes embarazadas según la presencia de problemas por no querer relaciones sexuales con su pareja”	107
Tabla y gráfica “Distribución de las adolescentes embarazadas de acuerdo a la relación que tenían con su padres antes del embarazo”	108

Tabla y gráfica “Distribución de las adolescentes embarazadas de acuerdo a los servicios con que contaban antes de embarazarse”	109
Tabla y gráfica “Distribución de las adolescentes embarazadas de acuerdo a si compartían fines de semana con su padres”	110
Tabla y gráfica “Distribución de las adolescentes embarazadas según el ingreso familiar antes de embarazarse”	111
Tabla y gráfica “Distribución de las adolescentes embarazadas según su percepción sobre influencia de los medios de comunicación en el inicio de vida sexual”	112
Tabla y gráfica “Distribución de las adolescentes embarazadas de acuerdo a si recibieron orientación sobre métodos anticonceptivos”	113
Tabla y gráfica “Distribución de las adolescentes embarazadas de acuerdo quien les proporcionó orientación sobre métodos anticonceptivos”	114
Tabla y gráfica “Distribución de las adolescentes embarazadas de acuerdo a la causa/causas por las que se embarazaron”	115
Registros simples de la entrevista	116

FACTORES QUE INCIDEN EN LOS EMBARAZOS DE LAS ADOLESCENTES MICHOACANAS.

Resumen

Objetivo. Analizar los factores que inciden en los embarazos de las adolescentes en el Hospital General “Dr. Miguel Silva” de Morelia, Mich. **Metodología.** El presente estudio se desarrolló en dos fases: acercamiento y diagnóstico con enfoque cuantitativo, transversal, y descriptivo, dentro del método hipotético - deductivo. Técnica se aplicó una encuesta estructurada de preguntas cerradas a 35 adolescentes embarazadas, para identificar y cuantificar, la edad, el inicio de vida sexual, tipo de relación de pareja, conocimiento y orientación sobre métodos anticonceptivos, escolaridad, nivel socioeconómico y la integración familiar. Segunda fase; enfoque cualitativo, con características etnográficas y de tipo exploratorio, con la finalidad de descubrir en que cultura, opinión o ideología se centran las respuestas de la encuesta; se construyeron categorías de análisis, se diseñó y aplicó una entrevista semiestructurada individual, la que se grabó. Se realizó la transcripción y el análisis de la entrevista para realizar una triangulación con los resultados de la encuesta. **Conclusiones.** Estos hallazgos sugieren que los programas nacionales hacia el adolescente aún no han alcanzado la cobertura que se pretende ni los objetivos en su totalidad. Es importante fomentar, promoción a la salud reproductiva de las y los adolescentes abarcando las complejidades de su sexualidad tanto cultural como social. Otro hallazgo es que los factores económicos y culturales no son determinantes, sino que es más importante la dinámica familiar, especialmente la integración y funcionalidad de este núcleo social.

Palabras clave: embarazo, adolescentes, factores socioculturales, orientación.

FACTORS THAT AFFECT TEENAGE PREGNANCIES MICHUACANO.

Summary

Objective: Analyze the factors that influence adolescent pregnancy at the Hospital General Hospital. Miguel Silva "Morelia, Mich.. methodology. This study was conducted in two phases: diagnostic approach and quantitative approach, cross-sectional, and descriptive, in the hypothetical method - deductive. Technical we administered a structured survey of closed questions to 35 pregnant teenagers, to identify and quantify, age, the onset of sexual activity, type of relationship, knowledge and guidance on contraception, education, socioeconomic status and family integration. Second phase; qualitative approach, with ethnographic characteristics and exploratory, with the aim of discovering that culture, opinion or ideology are the answers to the survey, were constructed categories of analysis, was designed and applied a semi-individual, the was recorded. We performed the analysis and the transcript of the interview to make a triangulation with the results of the survey. Conclusions. These findings suggest that national programs toward adolescents have not yet reached the coverage that aims or objectives in its entirety. It is important to foster, promote the reproductive health of adolescents and embracing the complexities of their sexuality both cultural and social. Another finding is that the economic and cultural factors are not decisive, but more importantly family dynamics, especially the integration and functionality of this core social.

Keywords: pregnancy, adolescents, socio-cultural factors, guidance

I INTRODUCCIÓN

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de vida que se da entre los 10 a los 19 años de edad, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos, así como por la integración de funciones de carácter reproductivo, 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 México, encuentran múltiples dificultades para ajustarse a esta etapa de su vida, en particular en lo relativo a su sexualidad.

Datos obtenidos de algunas investigaciones anteriores muestran que los adolescentes inician vida sexual a muy 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 adolescentes a mayores riesgos de que se produzca un embarazo no deseado. En el contexto social abarca también factores importantes más próximos al individuo, entre otros, el lugar de residencia, la estructura familiar y los grupos de sociabilidad integrados por docentes y grupos pares, así como la existencia de servicios de prevención y atención en salud, especialmente en materia de salud sexual y reproductiva, y la disponibilidad de recursos anticonceptivos.

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 las adolescentes. Es deber nacional, en todas las estancias de fomentar al máximo la prevención por todos los medios factibles, a fin de lograr el menor número de embarazos no planeados. Una población bien informada, mejora su

calidad de vida, su productividad, creatividad, autoestima y autorrealización, entre otros.

Las adolescentes necesitan contar con apoyo de profesionales, que les comprendan y orienten sobre su sexualidad, por lo que enfermería cuenta con un amplio campo de acción, en el que implementando acciones de rediseño o reestructuración de los cuidados culturales, abarca las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación, que ayudan a los pacientes a reordenar, alterar o modificar de forma importante, su modo de vida para adoptar esquemas de cuidados sanitarios nuevos, diferentes y beneficiosos, respetando los valores culturales y las creencias de dichos usuarios y ofreciéndoles un estilo de vida más saludable y provechoso que el anterior al co-establecimiento de los cambios, como lo maneja Leininger dentro de sus principales conceptos y definiciones de los cuidados culturales.

El embarazo durante la adolescencia se ha convertido en un grave problema de salud pública, ya que trae consigo consecuencias que afectan a la sociedad, puesto que no solo afecta la vida personal y familiar de las mujeres, sino que también agudiza las condiciones de pobreza del grupo familiar. La falta de recursos económicos es un serio obstáculo para una adecuada atención y alimentación de la madre; la falta de oportunidades laborales y la nueva responsabilidad económica de la crianza del hijo, presentan un complejo panorama futuro, en especial para los grupos más desfavorecidos de la población. Cabe recordar que la salud no solo es el bienestar físico del individuo, sino también el bienestar social, psicológico y emocional de éste.

Para combatir un problema se debe conocer de fondo, por lo que resulta importante estudiar **factores que inciden en los embarazos de las adolescentes michoacanas**, ya que hasta el momento en el estado de Michoacán es un problema que se ha estudiado muy poco, sobre todo, por profesionales de enfermería; ante esta situación se pretende profundizar en el tema, a fin de promover estrategias efectivas que reflejen una disminución en el embarazo de adolescentes.

La enfermería se encuentra íntimamente ligada a la salud pública, por lo que el embarazo en la adolescencia es un tema que le atañe, ya que es ella quien se encuentra más cerca de la usuaria y a quién piden orientación, por lo que resulta imperioso aplicar la teoría transcultural de Leininger, cuya finalidad es proporcionar cuidados que sean coherentes con sus valores, creencias y prácticas, para mantener su bienestar, mejorar su condiciones personales y sociales a través de una remodelación en sus estilos de vida, lo cual resulta una buena opción.

El modelo se encuentra estructurado de tal manera que permitirá al lector seguir de cerca al investigador y a la vez le otorgará instrumentos que le den la oportunidad de participar en el análisis del fenómeno sujeto a estudio.

El diseño del contenido se estructuró de la siguiente manera: introducción, planteamiento del problema, justificación, viabilidad, estudios relacionados, objetivos, marco teórico, hipótesis, diseño de la investigación, tipo de estudio, universo, muestra, criterios de inclusión y exclusión, límites del estudio, material y métodos, ética del estudio, resultados, discusión, conclusiones y sugerencias, bibliografía, apéndices y anexos.

En este apartado de la introducción se proporciona una información general del contenido de la investigación.

Los antecedentes se consultaron, a través de consultas bibliográficas sobre la participación de enfermería, en un módulo integral de atención al adolescente, de acuerdo con la teoría de Madeleine Leininger e identificando los factores que inciden en los embarazos de las adolescentes

En la justificación, en este apartado se exponen las razones que fundamentan la realización de la investigación donde se explican la magnitud del problema, trascendencia, y vulnerabilidad, y como contribuir a la investigación y a la factibilidad

para realizarla. La investigación es viable, pues se dispone de los recursos necesarios para llevarla a cabo, y se cuenta con la autorización del comité de investigación y ética.

Los objetivos se expresan con claridad. Lo que se pretende investigar.

En la hipótesis, se realizó una integración de las referencias bibliográficas con los resultados obtenidos determinando los factores, las variables originales para interpretarlas de acuerdo a estas, explicando el fenómeno en función de cada una de ellas.

Metodología: el presente estudio se desarrolló en dos fases, la primera como acercamiento y diagnóstico con enfoque cuantitativo, transversal, y descriptivo, dentro del método hipotético - deductivo. Como técnica se aplicó una encuesta estructurada de preguntas cerradas a 35 adolescentes embarazadas, esto para identificar y cuantificar los factores que inciden en los embarazos de las adolescentes como la edad, el inicio de vida sexual, tipo de relación de pareja, conocimiento y orientación sobre métodos anticonceptivos, escolaridad, nivel socioeconómico y la integración familiar; se señala la población de estudio, el material y los métodos utilizados en este trabajo de investigación, las consideraciones ético legales y el método estadístico empleado para el procesamiento de la información (el programa estadístico SPSS para Windows versión 14).

La segunda fase, que está dentro del enfoque cualitativo, con características etnográficas y de tipo exploratorio, con la finalidad de descubrir en que cultura, opinión o ideología se centran las respuestas de la encuesta; por ello se construyeron categorías de análisis a través de las cuales se diseñó y aplicó una entrevista semiestructurada individual, la que se grabó. Posteriormente se realizó la transcripción y el análisis de la entrevista para realizar una triangulación con los resultados de la encuesta. En el análisis e interpretación, se presenta la descripción

estadística de los cuadros relacionados y gráficos de ahí construimos el guión de entrevista

En la discusión, también se realizó en dos niveles, de acuerdo con el tipo de información obtenido, sobre los datos concretos (cuantitativos) se da una opinión acerca de los resultados y sus implicaciones para contrastarla con los de otros autores. Sobre los datos de contenido (cualitativos) se interpreta a través de triangulación con los datos anteriores, información de teóricos elegidos y crítica del investigador. La discusión es una valoración crítica de los resultados y brinda al lector una visión comprensible, sobre lo que estos representan dentro de la situación actual del problema: que se aporta de nuevo y que relación tiene con lo aportado por otros.

Conclusiones, consisten en comunicar los resultados, definiéndolos con claridad y tomando en consideración las características de los lectores, se analizan las implicaciones de la investigación y se compara con los objetivos programados para este estudio.

Sugerencias, se darán algunas sugerencias que se consideraran necesarias y factibles para la posterioridad, proporcionando recomendaciones para futuras investigaciones.

Se incluye la bibliografía, así como sitios Web consultados.

Por ultimo se agregan los apéndices y anexos parte del artículo, donde se expone algún procedimiento o aspectos específicos convenientes para la comprensión del artículo, como: gráfica de Gantt, cuestionario, operacionalización de variables, carta de consentimiento informado.

Se presentan algunos estudios relacionados con el tema, son los que fundamentan la importancia de realizar la investigación.

II ANTECEDENTES

2.1 El modelo transcultural de Leininger se centra en cómo las visiones, el conocimiento y las experiencias de una cultura, influyen en la planificación e implementación del cuidado de enfermería. Plantea que si las expresiones culturales no son reconocidas y comprendidas; los cuidados de enfermería pueden ser menos efectivos y tener consecuencias desfavorables. El modelo recalca, que el único camino para que la enfermera pueda motivar al usuario para asumir su autocuidado, es aprendiendo acerca de sus formas culturales (construcciones naturales o familiares acerca de las conductas propias de una cultura en particular) y planificando estrategias a partir de ellas. En el análisis de la mayoría de los trabajos de enfermeras que han aportado al desarrollo del conocimiento teórico de la enfermería, es posible identificar explícita o implícitamente el valor asignado al autocuidado en toda intervención profesional.

Utilizando ejemplos de investigaciones realizadas en diversos lugares del mundo, la autora expone su visión de los cuidados en relación con el componente cultural, clarificando aspectos como: el concepto de cultura, la importancia de la cultura en el cuidado de enfermería, la visión del mundo y las explicaciones sobre la enfermedad y expectativas acerca del cuidado, la comunicación transcultural, o los modelos para el Cuidado de Enfermería culturalmente competente. En otras palabras, las fuerzas económicas, la conciencia de clase social y las diferentes formas de organización social, son las bases del cambio socio-cultural. (Lipson 2000). El contexto nacional y el desarrollo actual de la enfermería en México, hace imposible la aplicación de la teoría de la diversidad y universalidad cultural, cómo un componente de los cuidados de enfermería que se brindan actualmente. Esta teoría, amplía la visión del significado de los conceptos del metaparadigma, al obligarnos a analizar los aspectos sociales y antropológicos, relacionados con la salud y sus cuidados. Aplicar la teoría de la diversidad y universalidad en cualquiera de los ámbitos de la disciplina, práctica, educación e investigación requiere de especializarse. (Fernández 2000).

Los medios de comunicación masiva influyen en las relaciones sexuales, ya que frecuentemente se transmiten mensajes manifiestos o secretos, en los cuales las relaciones sexuales sin estar casados son comunes. Estos mensajes son recibidos y observados por niños y pueden influir en el inicio de la vida sexual a una edad temprana. (Nolazco y Rodríguez 2006) Es preciso entender, que los jóvenes son consumidores activos, que pueden emplear e interpretar las tecnologías de diferentes maneras; es decir hacia la adopción de comportamientos saludables y no saludables. (Collignon 2005) La cultura ha ido de la mano con la conservación de comportamientos tradicionales, los roles de género son lineamientos básicos para desempeñar y entender los comportamientos sociales. Los papeles femeninos están íntimamente ligados a la maternidad, y operan de manera primordial en la esfera doméstica/familiar. Las normas que gobiernan los roles de género y los derechos de hombres y mujeres, forman parte del orden moral de una comunidad. (www.cdi.gob.mx/index.php 2006)

Leininger propone una teoría que se desarrolla en la diversidad y universalidad de los cuidados culturales; debido a que la cultura determina los patrones y estilos de vida, que tiene influencia en las decisiones de las personas, cuya finalidad es proporcionar cuidados que sean coherentes con los valores, creencias y prácticas culturales. Considerando que las prácticas de vida de un grupo en particular son aprendidas, compartidas y transmitidas, una de las afirmaciones de la Teoría Transcultural nos dice que: “La reforma de la atención sanitaria no tendrá éxito, mientras no se conozcan y utilicen de forma explícita los valores, las creencias y las prácticas de tipo cultural”. Los adolescentes son vulnerables al cambio, es donde enfermería puede actuar en base a la teoría de Leininger que nos dice que “La remodelación de los cuidados culturales, hace referencia aquellas acciones y decisiones que ayudan a los clientes a reestructurar, o cambiar sus estilos de vida, por patrones nuevo o diferentes que son culturalmente significativos, satisfactorios o el soporte de una vida saludable”. (Marriner y Raile 2007).

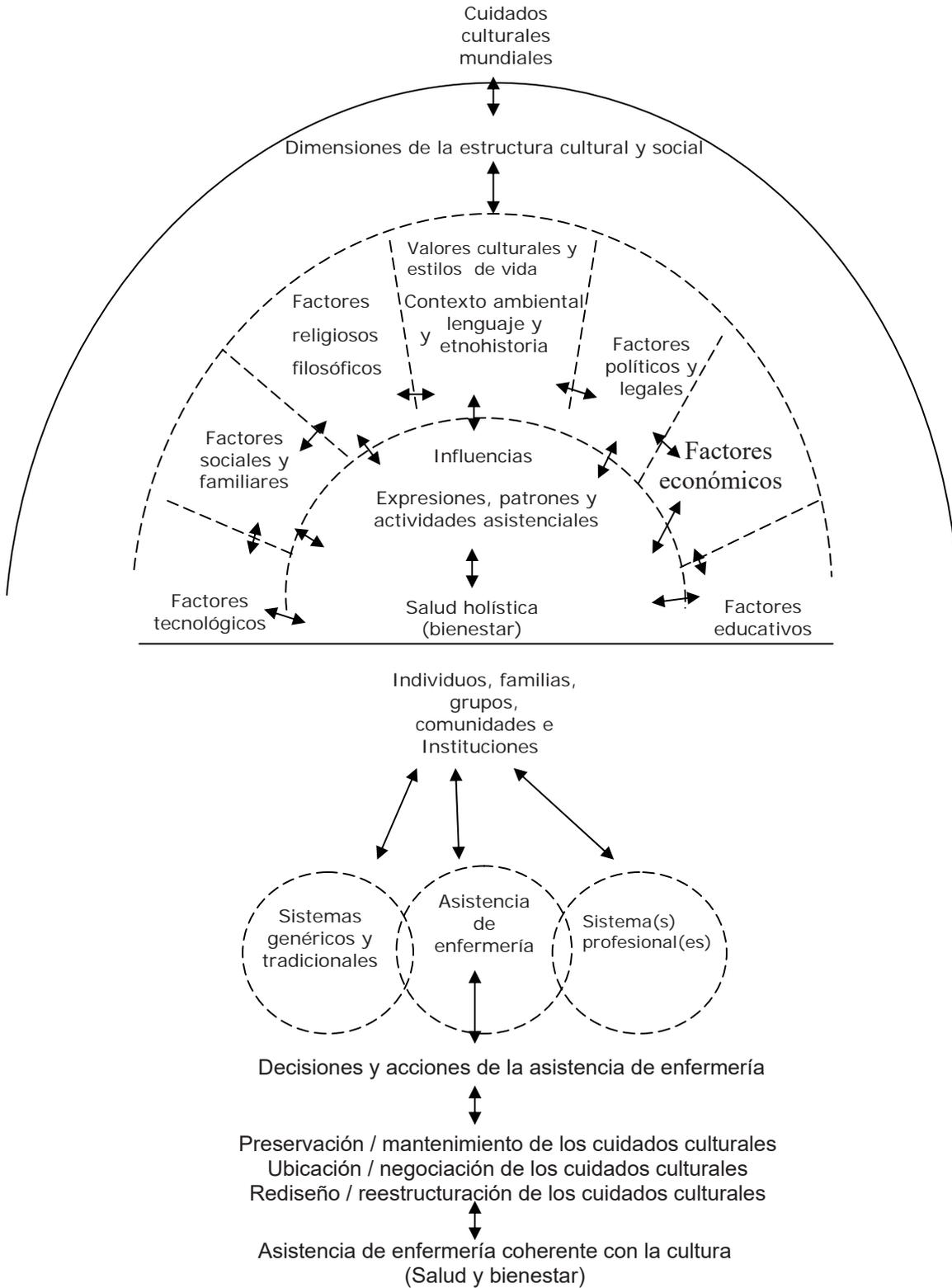
Leininger fue la primera enfermera que conceptualizó sobre la enfermería transcultural. Esta teoría basada en la perspectiva antropológica, propuso el modelo del sol naciente para ilustrar la teoría de la universalidad y diversidad del cuidado cultural. La teoría indica que, así como las personas en todo el mundo tienen características universales y diversas de acuerdo con su cultura, el cuidado de la salud igualmente tienen semejanzas y diferencias de acuerdo con el contexto cultural en que se encuentran. Estas diferencias y semejanzas del cuidado cultural, deben ser identificadas y comprendidas, para que las enfermeras y los enfermeros sean eficientes, al asistir a las personas de diferentes culturas, ofreciendo un cuidado culturalmente congruente (Vásquez 2001)

La problemática del embarazo no deseado en la adolescencia, tiene una connotación multicausal (política, económica, social, cultural y familiar); por lo tanto, todas las acciones se deben encaminar en este sentido. Las prácticas de cuidado pueden ser reforzadas, corregidas o preservadas, si se cuenta con ambientes cálidos y privados, donde se valide la experiencia, dudas, temores y expectativas de los adolescentes alrededor de las mismas. Toda creencia se desarrolla, transmite y mantiene a través de la experiencia del grupo social en la práctica. Las que se relacionan con la salud y con la enfermedad, están bien arraigadas en el entorno cultural; hay costumbres y creencias que se consideran erradas desde la perspectiva de la medicina científica, aunque sean lógicas y útiles en la vida cotidiana de las personas que las practican. (Hernández 2007). La preservación o mantenimiento del cuidado cultural es crucial, pues hoy existen múltiples fuerzas capaces de devaluar la vida humana. La sociedad de consumo, la alta tecnología y la falta de sensibilidad; son algunas de las presiones que inciden ávidamente en la pérdida de algunos de los valores autóctonos, perdiéndose ricas posibilidades de cuidado, que se han engendrado en la diversidad misma del ser humano. La enfermería debe identificar en los sujetos que cuida, aquellas prácticas y valores dignos de mantener, pues promueven el bienestar y condiciones de vida adecuadas para la conservación de la salud. En ese sentido, si la creencia o práctica es benéfica o no representa daño para la vida del paciente, se podría *preservar*. Si por el contrario puede llegar a ser un riesgo para la salud o propicia la enfermedad, se debería *negociar* un acuerdo posiblemente apoyando la

creencia, pero sugiriendo o *reacomodando* una práctica más benéfica. Y, finalmente, si la práctica o creencia es potencialmente dañina, la enfermera debe tomar una posición más firme, en la explicación de los riesgos y ayudar a la persona a sustituirla, por una práctica más sana, reconociendo siempre la autonomía y decisión del propio individuo. (Ibarra y Siles 2006).

Creencias y practicas que deberían ser reestructuradas o remodeladas de acuerdo con Leininger, la reestructuración o remodelación del cuidado cultural, se refiere a: aquellas acciones profesionales de asistencia y apoyo, o decisiones que ayudan a los clientes a cambiar sus estilos de vida, por nuevos y diferentes patrones, que son culturalmente significantes y satisfactorios o que apoyan patrones benéficos o saludables.

Modelo original de Madeleine Leininger.



Modelo del sol naciente de Leininger, que representa la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales.

Leininger compara los comportamientos y toma conciencia de la importancia y de la influencia de la dimensión cultural al cuidar. Propone sensibilizar a una profesión de enfermería focalizada con la antropología y la cultura. La elucidación de significados simbólicos requiere, que sea concebida y practicada, como una disciplina hermenéutica la perspectiva filosófica de Leininger sobre la cultura, es el relativismo cultural; de que las culturas deben ser evaluadas de acuerdo con sus propios valores y normas.

Leininger instauro dentro de la filosofía de enfermería, la dimensión cultural como parte integrante del cuidado ya que todo ser humano en el mundo esta impregnado de una cultura aquella que encontró al nacer y en la que vive. La utilización de la dimensión cultural puede tener ciertos limites; Leininger subraya que la cultura debe guiar el contenido de la ética requerida por el cuidado, es decir, que la ética debe construirse en la observación y en el conocimiento de las culturas del mundo: Leininger propone otorgar a los valores, a los principios filosóficos de las culturas en el mundo, una hoja en blanco para que escriban el código ético transcultural y afirma que un antropólogo no debe juzgar, con el fin de mantener la actitud científica preservada por la objetividad al estudiar las culturas. Conviene que toda enfermera, delante de una situación compleja, tenga un código ético para afrontar el problema y tomar la decisión apropiada. Porque para el relativismo cada cultura tiene sus propios derechos validos.

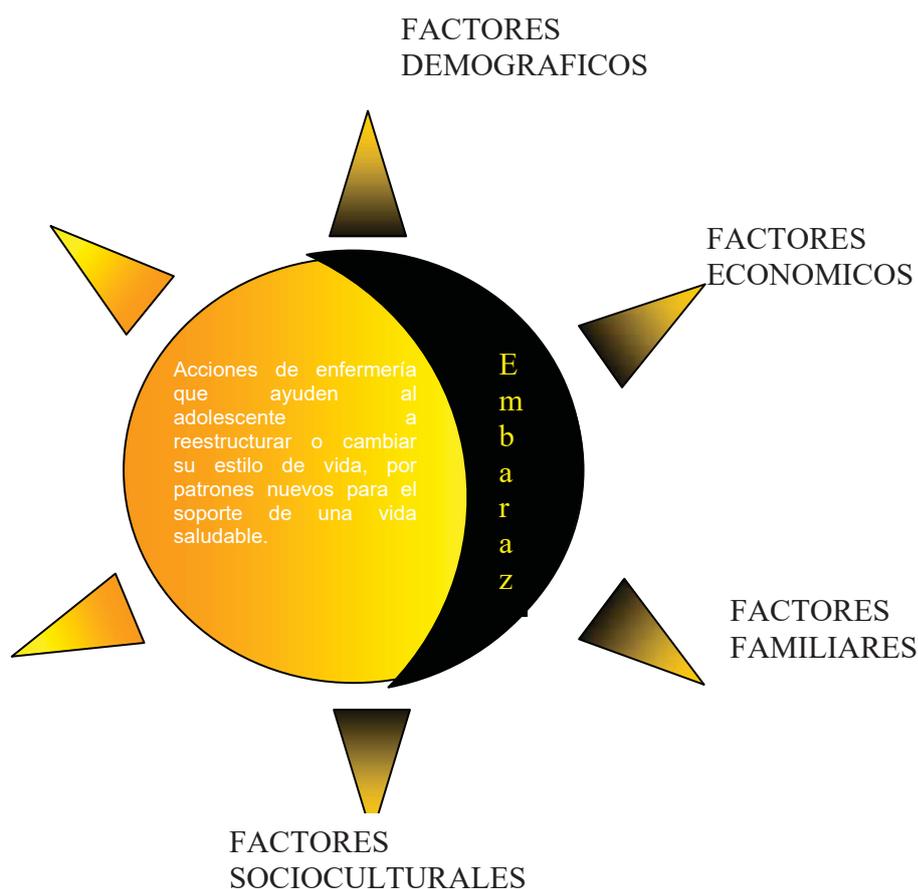
La iniciación acerca del ser humano y del conocimiento de la vida, confronta lo esencial del otro y de si mismo. Al distanciarse del campo Salud-Enfermedad, se encuentra un cuidado con un profundo significado. Se recomienda libertad para adquirir integridad, y menos miedo para ampliar el conocimiento de métodos que favorezcan el conocimiento del otro y el propio, haciendo emerger el cuidado. Se

invita a mirar de manera igualitaria y humana a Población adolescentes indígenas, pacientes, a sí como a las/ los líderes de enfermería. El cuidado, cuando es autentico se valora en la reciprocidad. Esta reciprocidad no se mide, ya que hermenéuticamente es un privilegio inesperado al que podemos darle significado. La manera reflexiva de conocer el cuidado universal y cultural asocia el conocimiento a la investigación de la experiencia de campo, sirviendo de guía para comprender otra manera de ver el mundo, para conocernos mejor a nosotros mismos y para encaminarnos hacia un cuidado cultural, originalmente humanista. (Roherbach 2007).

2.1.2 Modelo adaptativo.

Propuesta de un modelo transcultural personal

“Eclipse solar”



La remodelación de los cuidados culturales hace referencia a aquellas acciones y decisiones que ayudan a los clientes a reestructurar, o cambiar sus estilos de vida, por patrones nuevos o diferentes que son culturalmente significativos, satisfactorios, o el soporte de una vida saludable, con una asistencia de enfermería coherente con la cultura (Salud y bienestar). La teoría de enfermería transcultural, servirá para remodelar y transformar la enfermería de cara al futuro, ya que a través de ella se puede comprender las diferencias culturales que dan respecto a la asistencia, la salud y la enfermedad. Considerando los Factores Demográficos, económicos, Familiares y Socioculturales. Centrada en los seres humanos, en los valores, creencias, y entorno, lenguaje que de un carácter holístico. Esta teoría podría ser la solución para los grandes problemas de salud y cuidados que se prestan en la actualidad. Implementando esta teoría se podría disminuir los índices de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, ya que los cuidados se brindarían desde el punto de vista de cada cultura, y por ende la comprensión de los cuidados por parte de quienes los reciben. Les proporcionaría una mejor calidad de vida, y todo esto dentro de su contexto cultural de los adolescentes.

La mujer es el centro educativo por excelencia, debido a que educa una familia; misma que será el soporte de la sociedad. "Quien educa una mujer, educa una Generación" (José Antonio Plancarte y Labastida) si no se realiza una sinergia con el equipo de salud, se puede terminar con las aspiraciones que tienen las/los adolescentes, siendo el futuro de México, y cada día aumentan los embarazos en adolescentes; así como la muerte materno fetal, eclipsando con ello la vida de las madres en edad temprana.

Además del reconocimiento del riesgo que representa el embarazo para la adolescente ha dirigido la atención de obstetras, y sociólogos hacia ese sector de la sociedad. El mayor peligro de parto pretérmino y de muertes neonatales en los hijos de madres adolescentes, ha sido descrito por varios autores que identifican además la toxemia, partos prolongados y aumento de la incidencia de cesáreas en este grupo de riesgo; publicaciones especializadas coinciden en resaltar el incremento de la

frecuencia de anemia, toxemia y complicaciones puerperales en estas pacientes (Valdés Dacal S. et. al. 2002).

Los riesgos biológicos de la adolescente embarazada, están asociados con complicaciones prenatales como inadecuado y tardío control prenatal, anemia, desnutrición, hipertensión inducida por la gestación, enfermedades de transmisión sexual. Las causas de mortalidad en la adolescente, revelan la complejidad de las necesidades de salud en esta etapa crucial del desarrollo humano y señalan la exigencia de enfoques dinámicos y múltiples para solucionar los problemas que afectan a este grupo de población; siendo la mayor parte de la morbilidad prevenible y donde el equipo de salud juega un papel importante en la educación sexual, métodos anticonceptivos, control prenatal, atención del parto, cuidados y manejo del recién nacido.

La adolescente que se embaraza por segunda vez tiene factores de riesgo que aumentan el parto prematuro y la mortalidad neonatal: riesgo que aumenta si fuma durante el embarazo. La gestante adolescente tiene necesidades y demandas específicas que no tiene la gestante adulta. Posiblemente es madre soltera, es un embarazo no deseado, ha iniciado el embarazo con bajo peso y con dificultades familiares y económicas.

El factor determinante más poderoso y crítico para reducir la morbilidad y la mortalidad para la adolescente gestante y su hijo, es la asistencia prenatal temprana, oportuna y concienzuda. En la primera consulta la adolescente embarazada puede presentar diferentes comportamientos:

- 1.- la gestante adolescente y su familia pueden considerar el embarazo como un problema.
- 2.- la gestante puede mencionar algunos síntomas compatibles con el embarazo, pero negar o ignorar su estado.

3.- la adolescente puede sospechar que está embarazada, dando algunos síntomas vagos y esperar a que el médico le haga el diagnóstico.

Es importante que el equipo interdisciplinario de salud cuente con información en cuanto a los sentimientos y las percepciones de la adolescente, de su sexualidad y del niño que esta por llegar, lo mismo que sobre conocimientos, actitudes y capacidad anticipada para atender al lactante desde el punto de vista físico y económico. La adolescente plantea necesidades posparto especiales que dependerán de su nivel de madurez, los sistemas de apoyo con que cuente y sus antecedentes culturales. El posparto es una oportunidad para brindar educación sexual, manejo del recién nacido y debe incluirse al padre en la información y comunicación.

El no volverse a embarazar podría ser difícil para algunas adolescentes. Los factores presentes antes y que contribuyeron a la primera fecundación pueden no haber desaparecido después de ocurrir esta. El que los jóvenes puedan reintegrarse a la escuela o a la fuerza laboral después de tener un hijo, depende en gran medida de la ayuda que reciban de su familia, de su pareja y del sector educativo, para lo cual la enfermera o el trabajador social podrían intervenir. El embarazo en edades cada vez más tempranas se ha convertido en un problema social y de salud pública de alcance mundial, que afecta a todos los estratos sociales, pero fundamentalmente a las clases de bajo nivel socioeconómico. Esto se debe en parte, a la falta de educación sexual y al desconocimiento de los métodos de control natal. (Cinfuentes 2006).

2.2 Factores demográficos:

Desde la perspectiva demográfica, los factores que inciden en embarazos de los adolescentes son: la proporción elevada de jóvenes de 15 a 19 años de edad, característica de los países en vías de desarrollo (que en México representan uno de cada diez habitantes y asciende a 10.7 millones en 2003, el 14% del total de nacimientos corresponde a la mujeres de 15 a 19 años. (Menkes Bancet C. Suárez López L. 2003).

Es necesario las transformaciones en el estado conyugal, de acuerdo a varios autores asumen que poco más del 70% de las adolescentes embarazadas, no planean ni desean un hijo puesto que se encuentran solteras o en unión libre. Así mismo la literatura refiere que las madres adolescentes se encuentran en estratos pobres y de bajo nivel educativo, es importante señalar que Michoacán se encuentra entre las cuatro entidades con menor educación en el país, condición que por lo demás, ha empeorado en el transcurso de la década pasada, particularmente en el caso de la educación media básica y media superior. (Sánchez Contreras M. 2000).

Es importante considerar el lugar de residencia; ya que las investigaciones encuentran, que los embarazos en las adolescentes, se presentan con mayor frecuencia en zonas rurales y marginal urbana, quizás porque la maternidad forma parte indisoluble de la vida de las mujeres y en muchas ocasiones es la única forma de valoración social de que disponen (Taracena R. 2003).

2.3 Factores familiares:

La familia no solamente es el agente reproductor de nuevas generaciones en el marco del derecho y la sociedad, sino también es el centro motor de formación de individuos para determinar las características del organismo social. Mayor que la sociedad, la familia también se convierte en el grupo de referencia más duradera e influyente para la comunidad, en donde todo lo social se hace relación con la familia. La familia es la base y fundamento de toda sociedad, cualquiera que sea su naturaleza económica o política. Ella representa el núcleo vital de la comunidad y de ella arranca la explicación del género humano, a través del tiempo.

La familia es una agrupación natural por excelencia, pero además constituye un grupo con bases psicológicas, económicas, religiosas, éticas y políticas. Al hablar del aspecto "natural" de familia nos referimos especialmente a los vínculos biológicos, que en gran medida determinaron su formación en los tiempos primitivos y que indudablemente influyen, aún en el acercamiento de la pareja que da el principio a

toda la organización. Pero al ir evolucionando y perfeccionando sus sentimientos, el hombre dio a su contenido espiritual y psicológico que le confiere su trascendencia y jerarquía que determinan su permanencia.

La religión, las costumbres y la moral influyen también de manera decisiva en este ámbito. La familia es un organismo ético antes que jurídico y de esta disciplina derivan los preceptos esenciales, que sirven de punto de partida a la ley, la cual suelen incorporarse transformándolos en preceptos jurídicos. Esto trae como consecuencia un fenómeno característico del derecho de la familia; como consecuencia del cual se tropieza frecuentemente con la observancia de preceptos no legislados, pero si reconocido por los usos y costumbres. Sus disposiciones surgen muchas veces de la realidad social; el Estado interviene para fortalecer los vínculos, garantizar la seguridad y la estabilidad de las relaciones y dirigir y disciplinar el conjunto del complejo ente familiar. Pero para llegar a una justa apreciación, no debe olvidarse nunca que la ley no es la única norma reguladora. La definición etimológica del vocablo según una mayoría respetable de escritores, procede la palabra familia del grupo de los famuli (del osco famel, según unos; femes según otros, y según el entender de Taparello y De Greef, de Fames, hambre) Fámulos son los que moran con el señor de la casa y según anota Breal, en osco Foamas significa habira; tal vez del sánscrito vama, hogar, habitación, indicando y comprendiendo en esta significación a la mujer, hijos legítimos y adoptivos y a los esclavos domésticos, por oposición a los rurales (servi), llamando, pues familiar y familia al conjunto de todos ellos (Jacobo Hernández S. 2007).

La familia juega un papel importante en el inicio precoz de las relaciones sexuales, que pueden llevar a los adolescentes a un embarazo no deseado ni planeado. Diversas investigaciones sugieren que la separación de los padres y la crianza de las adolescentes por la madre solamente, favorece la presencia del embarazo en sus hijas con mayor frecuencia. Se concluye que las familias donde la autoridad moral es débil, pobremente definida de padres sin casarse, padres múltiples o ausentes, donde las jóvenes han sido criadas por diferentes personas; en diferentes momentos

de su vida, presentan con más frecuencia embarazos en la adolescencia. Además se confirma que los conflictos familiares, tienden a favorecer el embarazo en las adolescentes.

Gran número de adolescentes embarazadas, provienen de familias con poca comunicación entre sus miembros y escaso o ningún apoyo, lo que se traduce que al existir un ambiente familiar inadecuado, favorece la precocidad de las relaciones sexuales, y no existe personalidad más propensa a tener relaciones sexuales más tempranas y tampoco un problema emocional patológico. Además la importancia de la figura masculina en la educación de la adolescente, ya sea por el rigor que impone en ocasiones el padre a la hija en la sexualidad, o por la necesidad afectiva de esta que necesita la figura masculina, y en estos casos tiende a buscarla en otro hombre. (Ávila Gálvez E., Cid Santana M. et. al. 2002).

A través de la historia la humanidad ha experimentado con diferentes clases de familias, y como los individuos varían de cultura a cultura también lo hacen las familias. Una forma de clasificar a la familia es de acuerdo a su composición o integrantes, por tanto podemos clasificarla en:

- ❖ Familia nuclear: es la que está formada por el padre, la madre y los hijos.
- ❖ Familia monoparental: es en la que uno de los padres ha fallecido.
- ❖ Familia extensa: es la que está formada por los padres, los hijos y otro pariente.
- ❖ Familia compuesta: formada por padres, los hijos y los no parientes.
- ❖ Familia de tres generaciones: formada por abuelos, padres e hijos.
- ❖ Familia con segundo trabajo: es aquella en la que la mujer representa una fuente importante de ingreso económico al hogar.
- ❖ Familia de padre soltero o madre soltera con hijos: padre o madre solteros, con hijos, en los que el matrimonio no se ha realizado.
- ❖ Familia reconstituida: familias con padrastro o madrastra (cuando una persona con hijos se casa de nuevo) (García Fernández M. 2006).

La familia como grupo social debe cumplir con funciones básicas que son: la función económica, la biológica, la educativa, cultural y espiritual. Es precisamente éste, uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, o sea que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas, materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo. Ahora bien de acuerdo a la funcionalidad de la familia la podemos clasificar de la siguiente manera:

- ❖ Familia funcional: es aquella en la que las relaciones familiares, están bien establecidas y son de tipo positivo para todos sus miembros. Se muestran satisfechos de estar juntos, pero reconocen que cada uno de ellos tienen intereses y necesidades individuales, por lo que precisan de cierto grado de privacidad. Los límites de la familia son claros y todos la ven como una unidad. Es una estructura de negociación para arreglar conflictos y hay una comunicación clara, que permite la espontaneidad existe empatía, hay apoyo emocional.
- ❖ Familia disfuncional: en ésta existen líneas intergeneracionales borrosas. No existe actitud negociadora, existe poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás; los límites de la familia son impreciso, las pautas de interacción son fijas y rígidas, las funciones de los miembros no están limitadas (Herrera Santil P. 1997).

2.4 Factores socio-culturales:

Las distintas formas en que se manifiesta la cultura en esta época, se encuentran estrechamente vinculadas a los procesos de globalización mundial, entendidos como la expansión de las diversas manifestaciones de la cultura, tales como películas, programas de televisión, libros, estilos de consumo, pautas de comportamiento entre otros. En su mayoría provenientes de las potencias económicas, la multiculturalidad o convivencia de diferentes rasgos culturales en una comunidad, es una característica distintiva de este siglo. Todo esto delinea a la vez nuevas tendencias en la publicidad, la moda, las formas de vida; así como las expresiones artísticas que van conformando una nueva identidad. Las convenciones en el ámbito de la cultura tradicional, también se diluyen desestabilizando así las visiones del mundo a favor de

un mestizaje cultural. Este mestizaje no constituye un sincretismo o cruce de códigos culturales, sino que se encamina hacia una transfiguración. El impacto de las nuevas tecnologías culturales en la sociedad, combinan de manera paradójica mayor profesionalización en el campo cultural por un lado, y por el otro conduce a la adquisición de valores trasnacionales, para un control ideológico a favor de una mayor rentabilidad económica. Este fenómeno incide en la adopción de nuevas modalidades de vida y relaciones humanas. Basta observar las nuevas formas de consumo, las distintas maneras para comunicarse y adquirir información, las pautas para establecer relaciones interpersonales (el uso del Chat para entablar amistades y relaciones hombre – mujer). Tal pareciera que la soledad y aislamiento a los cuales conduce la vida moderna en las grandes metrópolis, han encontrado un punto de apoyo en el uso de este medio. Las nuevas tecnologías principalmente computacionales (sobre todo Internet), favorecen el flujo de información entre todas las regiones del mundo, sin reglas ni normas que delimiten su uso, permitiendo el acceso a información incluso peligrosa, para algunos sectores de la población, por ejemplo la pornografía y a la información e imágenes degradantes a las cuales pueden acceder los niños y adolescentes (Soní Soto A. 2003).

Lo incuestionable es que hoy los medios de comunicación son para niños y adolescentes, parte fundamental y estructural de su vida: están más tiempo con la TV, con el Internet, etc., que en la escuela que les resulta mucho menos placentera, y seguramente aprenden más allí respecto a la vida, costumbres y normas sociales. Todo esto pueden verlo y lo saben, no sólo los educadores que observan la disminución de su peso educativo en el suministro de conocimientos, sino sobre todo en las esferas mucho más importantes de normas, ideales e ideologías, etc, como también los **Pissis** que ven como los niños juegan a lo que les muestran los programas de moda, quieren ser como sus personajes, etc. así como aspectos similares en adolescentes. En este sentido es de recordar, la lucidez de uno de los escasos sociólogos norteamericanos críticos y no funcionalistas, cuando hace ya varias décadas sintetiza magistralmente el problema al señalar que “Los medios masivos de comunicación:

- 1) le dicen al hombre de masa quién es: le prestan una identidad;
- 2) le dicen qué quiere ser: le dan aspiraciones
- 3) le dicen como lograrlo: le dan una técnica
- 4) le dicen cómo puede sentir que es así, incluso cuando no lo es: le dan un escape.

El modelo neoliberal y sus premisas y valores hoy predominantes en gran parte del mundo, constituyen el principio de “**realidad**”, que los medios difunden de manera absolutamente dominante, con el objetivo de asegurar y/o mantener el predominio a través de formar sujetos congruentes con él. No sólo se difunden de manera positiva las supuestas ventajas para todo este modelo y las desventajas de otras alternativas en mensajes manifiestos, sino también y sobre todo a través de expresiones que le son favorables, en contenidos supuestamente apolíticos. **¿Cómo se transmiten estos mensajes para convertirlos en el principio de “realidad” al que se ajusten y formen los sujetos?** En primer lugar, como ya es conocido para este modelo y lo ha sido antes para otros, a través de la mencionada homogenización de contenidos, donde lo diferente u opuesto es negado, marginado y/o combatido. Pero también y esencialmente, mostrando formas de vida y de acción que resulten modelos, provoquen deseo de imitación y de identificación, se vean como correspondientes a la “**modernidad**” y dinámica de nuestro tiempo, etc. Al respecto los anuncios y campañas publicitarias son, a través del tiempo; clara expresión de estos sentidos y fiel reflejo del “espíritu” de una época (Arredondo Ramírez P. 2004).

La gran influencia de los medios masivos de comunicación en la sociedad de hoy parece incuestionable; los indicadores de horas de consumo de televisión, radio, Internet constituyen plataformas sólidas, para constatar el tiempo y las formas en que los jóvenes interactúan con los medios. La irrupción de la era informática nos enfrenta a su vez, a una nueva dimensión de la comunicación y el desarrollo en el contexto de los adolescentes. Si bien el Internet aún no alcanza un nivel de masa crítica, se estimó que para el 2001 existirían unos 12.5 millones de usuarios en América Latina. Primero la TV y ahora Internet son mediadores fundamentales en la construcción de identidades juveniles, es por ello importante prestar mayor atención a las nuevas tecnologías como forjadoras de identidad juvenil. Más allá de la

contribución que hacen los medios masivos tradicionales, es preciso entender que los jóvenes son consumidores activos, que pueden emplear e interpretar las tecnologías de diferentes maneras, es decir hacia la adopción de comportamientos saludables y no saludables (Collignon Goribar M. M. 2005).

Los medios de comunicación masiva influyen en las relaciones sexuales, si bien en ellos se incluyen temas de educación sexual; transmiten frecuentemente mensajes manifiestos o secretos en los cuales las relaciones sexuales, sin estar casados (especialmente aquellas que involucran a adolescentes) son comunes, aceptadas y a veces esperadas. Estos mensajes son recibidos y observados por niños y pueden influir en el inicio de la vida sexual a una edad temprana (Nolazco M. L. Rodríguez L. Y. 2006).

Un gran índice de nuestros adolescentes, cambian o modifican sus escalas de valores con base a influencia de personas que conocen de otras culturas, de medios de comunicación, que ofrecen ilusiones para todo lo que está relacionado con la sexualidad o con la afirmación personal; es por ello que no debe extrañarnos el hecho de que muchos adolescentes identifique el mundo real con lo que ven en televisión, lo cual puede incrementar el porcentaje de embarazos no planeados ni deseados y enfermedades de transmisión sexual.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El campo de la sexualidad se ha convertido en los últimos tiempos es un tema muy importante ya que se ha descubierto que mucho de nuestro desarrollo (mente, cuerpo e integración en la sociedad) está ligado íntimamente al sano desarrollo de nuestra sexualidad. Sin embargo para poder abordar este tema, es muy importante estar de acuerdo que algunas definiciones sean claramente entendidas, dado que, en este tema existen una gran cantidad de confusiones, mitos y tabúes que en nada ayudan a entender esta muy importante característica de los seres humanos.

Sexo. Las características anatómicas y fisiológicas con las que nacemos, es decir, si somos hombres, tenemos por ejemplo testículos, pene y otras estructuras que nos hacen claramente pertenecer al grupo de los hombres, Las mujeres, en cambio, tienen otros órganos y estructuras muy diferentes a los hombres como son: ovarios, vagina o pechos prominentes que las hacen pertenecer al grupo de las mujeres.

Género. Cuando hablamos de género masculino o femenino, se trata de una construcción social y cultural, es decir, de roles, actividades o comportamientos que se nos obliga a expresar para ser aprobados y reconocidos como hombres y mujeres. Algunos ejemplos.

Sexualidad. Como vimos en las definiciones anteriores, existen factores biológicos, y sociales, pero el otro factor muy importante es las condiciones psicológicas, las cuáles también tendrán un papel preponderante en la expresión satisfactoria y sana de la sexualidad. Así pues, podemos decir que “sexualidad” es el conjunto de factores biológicos psicológicos y sociales que determinan una expresión satisfactoria o no del hecho de ser mujeres u hombres, podemos afirmar que prácticamente todo lo que hacemos en nuestra vida está influenciado por la presencia de nuestra sexualidad.

Orientación sexual. Es aquella inclinación que tenemos por relacionarnos en lo afectivo y/o en lo erótico con personas de diferente sexo (heterosexual) o con personas de nuestro mismo sexo (Homosexual). También existe la bisexualidad que es la posibilidad que una persona tiene para relacionarse con personas del mismo o de diferente sexo.

Adolescente. Persona entre 11 y 19 años de edad que inicia con cambios en su estructura y funcionamiento el cual se denomina “pubertad” ya que tiene que ver con el inicio del nacimiento del vello púbico.

Embarazo y Anticoncepción

El embarazo es el proceso que permite la procreación y la permanencia del género humano, se inicia con una relación sexual entre una mujer y un hombre en los cuáles la fisiología de ambos es competente para este evento, es decir, el hombre produce espermatozoides en los testículos y una mujer se encuentra en un período fértil, es decir cuando existe un óvulo viable para ser fecundado. Esto es aproximadamente a la mitad del ciclo entre una menstruación y la siguiente aunque puede variar. Durante la relación sexual el hombre deposita el semen que es un líquido más o menos espeso y que contiene a los espermatozoides (aproximadamente 150 o más millones) de los cuáles solamente uno podrá unirse a un óvulo. Un óvulo tiene una vida de 24 horas mientras que los espermatozoides pueden sobrevivir hasta 4 o 5 días.

Las mujeres tienen dos ovarios y se libera un óvulo a la mitad de cada ciclo menstrual alternadamente entre los ovarios. Este es atrapado por la trompa la cual contribuye a la fecundación y a la transportación del óvulo fecundado hacia el útero para que se implante en la pared interna llamada endometrio, este “viaje” puede durar hasta 7 días tiempo en el cual el desarrollo del óvulo se empieza a llevar a cabo.

En caso de que el óvulo no sea fecundado, se degrada y es absorbido sin mayor consecuencia. En este caso, se da la menstruación unos 14 días después.

El embarazo es una de las razones por las cuáles la menstruación se detiene pues la capa interna (endometrio) que es la que sale en forma de sangre, se encarga de alojar al óvulo fecundado y por lo tanto se mantiene para cumplir con esta función.

Se ha comprobado que las conexiones que determinarán la formación y la función cerebral se empiezan a las 12 semanas después de la fecha de última regla, pero un funcionamiento poco notable y no muy preciso se da hasta la semana 20. Un electroencefalograma (medir la actividad cerebral) con actividad marcada y organizada se da hasta la semana 32, de ahí que se ha puesto en México como

límite máximo para solicitar un aborto 12 semanas, o sea antes de que empiece alguna función de tipo cerebral.

El primer trimestre del embarazo es muy importante pues es cuando se da la formación de las estructuras y las funciones, de ahí que la administración de medicamentos debe ser muy cautelosa para evitar malformaciones.

La administración de ACIDO FÓLICO por lo menos 3 meses antes del embarazo y 3 meses después de éste disminuye sensiblemente la aparición de algunas de las malformaciones más frecuentes, entre ellas el “labio leporino” y la anancefalia (sin cerebro).

El control prenatal debe hacerse según la NOM de la siguiente manera:

- 1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas
- 2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas
- 3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas
- 4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas
- 5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas

La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42.

La sensación de movimientos fetales se da más o menos a la semana 20, cuando éstos disminuyen o cesan, hay que ir de inmediato al médico lo mismo cuando ocurre algún sangrado o cólico intenso que no cesa.

Después de la atención del parto es importante que se lleven a cabo tres consultas para el control del puerperio hasta los 40 días.

La lactancia materna es la mejor manera de alimentar al bebé y hay que incentivarla y llevarla a cabo ya que es el mejor alimento y evitar en todo lo posible las fórmulas

lácteas comerciales. La leche materna da defensas contra las enfermedades e incrementa la comunicación y la afectividad entre madre e hijo o hija. Se debe dar de manera exclusiva hasta los 6 meses y después empezar con otros alimentos hasta por lo menos un año de lactancia.

El Tamiz neonatal es una prueba que se hace al recién nacido y es obligatoria por la NOM y detecta a tiempo problemas de tiroides que tienen como consecuencia retraso mental posterior, hay que asegurarse que se hace.

Anticoncepción

El artículo 4º de la constitución garantiza que las mujeres tengan el derecho de tener los hijos que deseen y con la separación de tiempo que quieran, cuestión por la cual los anticonceptivos son un recurso ideal para poder ejercer este derecho.

- Básicamente se dividen en dos...
- Los métodos naturales
- Los métodos no naturales.

Los Métodos naturales son aquellos que están basados en los períodos del ciclo menstrual en que las posibilidades de embarazo son pocas, sin embargo su efectividad es muy poca por lo que son poco recomendables y son:

Método del ritmo. Se llama así ya que se asumiendo que la mujer es solo 24 horas al mes fértil y los espermatozoides tienen una vida de 4 a 5 días, haciendo cálculos se concluye que se pueden tener relaciones sexuales durante aproximadamente 10 días después del primer día de menstruación, luego una abstinencia de 7 a 10 días y posteriormente volver a tener relaciones sexuales sin mayor peligro de un embarazo sorpresivo. El problema es que solo un poco porcentaje de las mujeres son realmente regulares y los factores de stress u otros cambios de vida o clima pueden interferir en esta regularidad y el método falla fácilmente.

Método de la temperatura.- Se basa en que en el momento de la ovulación (o sea más o menos a la mitad del ciclo) por efecto hormonal la temperatura de la mujer puede subir aproximadamente medio grado, y de esta manera conocer el día en que se lleva a cabo la ovulación y por las siguientes 24 horas estará en posibilidades de ser fecundado. Para llevarlo a cabo hay que tomar la temperatura todos los días a la misma hora y en las mismas condiciones siempre (puede ser en las mañanas antes de levantarse), sin embargo hay factores como ejercicio o pequeñas infecciones que pueden dar cambios en la temperatura y confundirse con el momento de la ovulación, además recordemos que los espermatozoides pueden vivir hasta 5 días lo que hace que una mujer ya haya tenido relaciones en este lapso anterior y la posibilidad de embarazo sea muy alta de ahí que no sea un método recomendable.

Billings. Este método se basa en la consistencia de las secreciones cervicales las cuáles deben tomarse de la parte casi más profunda de la vagina y observarlas. Al poner la secreción entre los dedos índice y pulgar podremos observar dos situaciones diferentes. Una es cuando la consistencia de esta secreción parezca pegamento blanco y al separar los dedos no hace "hilo", La otra situación es cuando al separar los dedos la apariencia es como tener "clara de huevo" y hace un hilo mucoso, éste último hecho nos hace pensar que la mujer ha llegado al momento fértil de su ciclo menstrual por lo que deberá suspender las relaciones sexuales. Por supuesto tiene los mismos problemas que el método de la temperatura de haber tenido relaciones sexuales previamente y la posibilidad de embarazo es alta.

Método de la lactancia. Este método se basa en la creencia de que todas las mujeres que lactan a sus hijos no ovulan y por lo tanto no pueden embarazarse. Esto es un mito ya que muchas de las mujeres que amamantan a sus hijos ovulan y vuelven a embarazarse a veces aún sin menstruar.

Coito interrumpido. A veces las mujeres dicen frases como "mi pareja me cuida" refiriéndose a que el hombre durante una relación sexual se retira para eyacular fuera de la vagina y con esto evita el embarazo. Este método tiene dos problemas básicos,

uno, que el líquido que sale por el pene cuando éste está erecto sirve como lubricante pero también puede tener espermatozoides viables y su salida no se siente. El segundo problema es que es difícil para los hombres detectar con exactitud la primera contracción con la que se iniciará la eyaculación, esto quiere decir que es fácil que el primer efecto eyaculatorio entre en la vagina con el consiguiente resultado del embarazo. No es por supuesto un método recomendable.

Los métodos no naturales se dividen en:

- Físicos
- Químicos (hormonales y no hormonales)
- DIU

Los físicos son aquellos que impiden el paso de los espermatozoides hacia el útero y básicamente son los condones, de los cuáles existen el masculino y el femenino.

Son muy eficaces siempre y cuando se sepan usar y las personas adquieran habilidad en ello. Las recomendaciones para su uso deben ser seguidas cuidadosamente:

Condon Masculino



Prefiere siempre los condones más nuevos. Debes checar que el empaque se encuentre en buenas condiciones y llevarlos de modo que no se maltraten y se mantengan aislados del calor, la humedad y de la luz fluorescente.



Checa que el empaque esté bien cerrado, al apretarlo se siente como una burbuja de aire, si no la tiene ¡deséchalo! porque puede romperse.



Al abrir el empaque procura no maltratar o rasgar el condón, con los dientes o con una tijera, por eso, es preferible usar solo las yemas de los dedos.



Si el condón está viejo, se quedó al sol, en el auto o el empaque está roto

**NO LO USES!
USA OTRO.**



Puedes utilizar un poco de lubricante SOLUBLE EN AGUA dentro del condón y/o fuera de él, para así recuperar humedad, temperatura y sensibilidad. **NO USES LUBRICANTES DE ACEITE** (cremas, vaselinas, aceite de bebé, etc.) pueden dañar y destruir el condón.



Al terminar solo Envuelve el condón En papel sanitario Y tíralo al bote

Para ponerlo toma con la yema de los dedos la punta del condón (donde pusieron el lubricante).



Después de eyacular o antes si así lo decidieron, se sujeta el condón por la base y se saca el pene con el condón, sin esperar a que esté flácido, evitando así que se derrame el semen, o que el condón se quede dentro de la pareja.



CONDON FEMENINO

Es una especie de bolsita de plástico (poliuretano), cuyo extremo abierto tiene un anillo flexible y al interior otro movable, que sirve para fijarlo en el fondo de la vagina. La consistencia de los anillos y su distribución, permite, para algunas personas aumentar las posibilidades de placer durante la relación sexual. Su forma correcta de uso es la siguiente:

El anillo móvil debe mantenerse en el fondo del condón.



Antes de abrirlo **checa la caducidad (CAD)** es decir; que la fecha aún sea vigente para su uso y que el empaque esté bien cerrado y en buenas condiciones. Es preferible no usar un condón femenino con más de cinco años de fabricación. Abrirlo con la yema de los dedos, porque las uñas, tijeras u otros objetos pueden dañarlo.



Con los dedos, pulgar e índice, se presiona el anillo móvil para que sea fácil introducirlo.



Debes sostenerlo con una mano y usar la otra mano para separar los labios de la vulva y abrir el orificio vaginal, para introducir el condón hasta el fondo, fijando el anillo móvil hasta el cuello del útero.



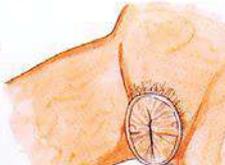
Una posición cómoda para colocar este condón es, **subir una pierna a una silla**, estando de pie y con las piernas abiertas o bien...



Semiacostada con las piernas abiertas. La forma de colocarlo es similar a la colocación de los tampones.



Deben asegurarse de que el **arillo externo** del condón quede por fuera y sin doblarse, cubriendo los labios mayores de la vulva.



Para facilitar la penetración, con la mano **guía el pene** hacia el centro del condón, para evitar que el pene quede por fuera o lo empuje hacia dentro.



Al concluir la relación sexual y/o después de la eyaculación se toma el **arillo externo**, se gira ligeramente para no derramar el semen y se jala suavemente para sacarlo y **desecharlo en la basura, envuelto en un papel de baño.**



Este condón se puede colocar hasta ocho horas antes de la relación sexual, puede servir, además, para relaciones oro-genitales (boca-genitales), ya que al colocarse protege los labios de la vulva. **Su uso correcto y consistente protege de embarazos e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el VIH/SIDA.**


Mexfam
Salud para tu familia


gente joven

Agradecemos la producción de este folleto a

VÄESTÖLIITTO

Químicos

Son aquellos que tienen la propiedad de destruir al espermatozoide y hay en presentación de óvulos (sin-a-gen) o de filmes. Los óvulos se colocan unos 8 mins antes de la relación sexual y no se pueden hacer duchas vaginales después de la relación.

Hormonales

Son hormonas sintéticas que se pueden administrar de diferentes maneras y que evitan la ovulación por lo que no puede haber embarazo.

Los tipos principales son: Píldoras, inyectables, parches.

Las píldoras pueden venir en presentación de 21 o de 28, las de 21 son para tomarse por tres semanas y dejar una semana sin tomar, las de 28 tienen 7 píldoras con hierro y tiene otra ventaja ya que la toma de la pastilla se hace una costumbre más consistente que en las de 21, pero sirven igual.

Los inyectables más populares son los de un mes y los de dos meses. Su composición es un poco diferente ya que la de dos meses tiene la ventaja que en caso que estés amamantando a tu hijo la leche no se te retira.

Los parches son caros y vienen 3 en cada cajita para que se use uno cada semana y descansar la cuarta semana. Tienen la desventaja de que se pueden despegar (aunque esto es raro) y tendrás que comprar otra cajita. Se ponen en diferentes partes del cuerpo para evitar irritación.



DIU

Generalmente es en forma de "T" y tiene anillos de cobre para aumentar su efectividad, existen para mujeres que ya han tenido hijos y para mujeres que no han tenido hijos, éstos últimos son un poco más pequeños.

Implantes Subdérmicos

El que por ahora existe en el mercado es el implanon y se coloca en la parte interna del antebrazo que se use menos, generalmente el izquierdo, se trata de un tubito que libera hormona a través del tiempo durante 3 años que es su duración, sin embargo te lo puedes retirar cuando decidas embarazarte. Se debe insertar y retirar por un médico entrenado.



Anticoncepción de emergencia

Se trata de un método anticonceptivo hormonal que se utiliza después de tener relaciones sexuales con la condición de que no hayan pasado más de 72 horas después del evento. Existen presentaciones comerciales y se trata de dos pastillas, una que se toma antes de que hayan pasado 72 horas y otra 12 horas después, puede tener algunos efectos secundarios, pero son menores y desaparecen después de dos o tres días. La Norma oficial mexicana marca que la anticoncepción de emergencia se puede dar aún a las 120 horas, sin embargo debe tomarse en cuanto se tenga acceso a alguna farmacia. Hay varias marcas.: Vika, Postinor, Postday. En la farmacia se pide como “anticoncepción de emergencia”



Es importante saber que algunas cosas:

El único anticonceptivo que te previene de infecciones de transmisión sexual y de embarazos no deseados es el condón, sea masculino o femenino, los demás tienen este inconveniente, el riesgo de adquirir alguna infección.

La Anticoncepción de emergencia no tiene contraindicaciones por lo que puede ser usada por cualquier mujer que haya tenido relaciones sexuales no protegidas, no importa las condiciones en que se dio esta relación.

Debes ayudarte de la opinión de algún médico para la elección de tu anticonceptivo para que te recomiende el que mejor te funcione y con las menores molestias posibles.

Recuerda que ningún anticonceptivo es 100% seguro y los que más fallan son los métodos naturales.

Relaciones Sexuales

El tema de la relación sexual es de mucha importancia en la actualidad dado que la vemos repetidamente en cualquier medio de comunicación u oímos de ella por la radio o por nuestros amigos y amigas, y vale la pena hacer algunos comentarios al respecto.

Los jóvenes cada vez están más expuestos a información por lo cual es importante que estén bien informados en el tema, esto no quiere decir que la información motive las relaciones sexuales tempranas sino todo lo contrario, está comprobado que los y las jóvenes informados retrasan el momento de su primera relación sexual ya que su conducta es de más prevención que los y las jóvenes no informados.

También es importante porque pocos jóvenes usan condón o anticonceptivos en su primera relación sexual, cuestión que los puede llevar a un embarazo no deseado o a una infección de transmisión sexual de ahí que más vale prepararlos a tiempo y que en caso de decidir por alguna pareja sexual, lo hagan de manera más consciente y con expectativas más claras con respecto a esta decisión.

La relación sexual en jóvenes y adultos, debe ser una cuestión de decisión mutua, es decir, que los dos estén de acuerdo en hacerlo, esto facilita la negociación del uso de protección y las condiciones en que se quiere tener la relación.

Indudablemente que la relación sexual puede ser una parte muy importante en la relación de pareja, pero también existen otros factores a los que no hay que restarle importancia como son: El afecto, la comprensión, la compañía, la tolerancia, la atracción, que enriquecen a la pareja en la convivencia. Recuerda que también la relación sexual puede ser producto de la curiosidad, la excitación o la moda, sin que existan mayores expresiones afectivas, sean unas o sean otras es importante la planeación y la protección.

Uno de los derechos sexuales y reproductivos muy importantes es la “expresión placentera de la sexualidad” y ésta condición no siempre se da. Los principales problemas que contribuyen a que la relación sexual no sea placentera para ambos son:

Discontrol eyaculatorio en los hombres y la anorgasmia en las mujeres.

El discontrol eyaculatorio que antes se le conocía como “eyaculación precoz”, se refiere que muchos hombres no pueden controlar el momento de su eyaculación y por lo tanto la sesión sexual termina rápidamente lo cual hace que algunas mujeres queden insatisfechas por ese encuentro sexual.

La anorgasmia es la dificultad de alcanzar el clímax de placer en la respuesta sexual de algunas mujeres, este clímax viene acompañado de contracciones rítmicas de todo el cuerpo y una sensación de alivio emocional y físico muy satisfactorio.

La apatía sexual es otro factor importante que puede sufrir alguno de los dos o ambos y causar conflictos afectivos.

La disfunción eréctil en el hombre ha tomado mucha importancia últimamente y existen en el mercado medicamentos que recetados por un médico pueden ayudar a este problema.

La mayoría de las disfunciones sexuales como las que acabamos de nombrar pueden tener solución si la pareja está de acuerdo en resolverlas por lo que es muy importante la comunicación al respecto. Los “Que, cuando, donde, como” deben ser aspectos básicos en la comunicación de pareja sobre todo en el aspecto sexual, recuerda que todo se vale siempre y cuando no afectes a tu pareja, sea producto de un acuerdo, no te afectes a ti mismo o que sea delito. Las expresiones eróticas pueden ser de todo tipo y si te ayudan a encontrar el placer e intimidad con tu pareja, pues. Adelante.

Infecciones de Transmisión Sexual

Lo que antes llamábamos enfermedades venéreas, o enfermedades de transmisión sexual, ahora se les denomina “Infecciones de transmisión sexual” y aunque pueden ser muchas, algunas de ellas se curan fácilmente aunque sean muy aparatosas como son la sífilis o la gonorrea. Otras no se pueden curar y las personas son portadoras para siempre de ellas como es el caso del Herpes, que puede brotar varias veces en la vida, pues aunque hay medicamentos que las alivian, no quitan el virus completamente.

Las manifestaciones de las ITS, pueden ir desde una leve comezón (como pueden ser los hongos) hasta la muerte como es el caso del VIH-SIDA, En estas condiciones, se ha hecho una división de las ITS según su manifestación clínica que pueden ser: Llagas, tumoraciones, flujos, EPI (enfermedad pélvica inflamatoria). Cualquiera de estos síntomas en hombres o mujeres, son motivo para asistir a ver al doctor y diagnostique la enfermedad.

La prevención de este tipo de infecciones incluyendo el VIH-SIDA es por medio de relaciones sexuales protegidas que se refiere al uso continuo del condón o las prácticas de sexo Seguro, que son las caricias y los besos pudiendo llegar hasta el orgasmo sin llegar nunca a la penetración, el sexo oral también es una práctica de riesgo que debe evitarse. Este tipo de prácticas pueden ser muy placenteras y evitan las infecciones.

Sexualidad Y Juventud

A veces da temor de informar a los jóvenes acerca de la sexualidad pues se cree que esto los invitamos a tener relaciones sexuales y los estudios han mostrado sin lugar a dudas que un joven o una joven informada, retrasa el momento de su primera relación sexual, con la ventaja que es más probable que use algún anticonceptivo o se prevenga de alguna infección de Transmisión sexual, pues será más fácil exigir a su pareja el uso de condón.

Esto es muy importante porque muchas parejas de jóvenes ven arruinados sus planes de vida debido a un embarazo sorpresivo que en la mayoría de las veces se convierte en embarazo no deseado y se ven obligados a unirse a alguien que quizá no querían o no tenían planeado, o en las chicas a lidiar con un embarazo ellas solas como madres solteras.

Otras situaciones a las que se ven expuestas es a las infecciones que pueden ser desde muy leves hasta VIH-SIDA.

Las mujeres deben ser educadas en condiciones de empoderamiento de tal manera que puedan exigir sin pena el uso de condón a sus parejas hombres o usar técnicas de sexo seguro.

La masturbación en los y las jóvenes es una práctica muy natural que no debe asustarnos y que tiene la ventaja de que no hay posibilidad de infección. En nuestra cultura no es fácil aceptar éste tipo de actividad sobre todo cuando estamos

hablando de mujeres, pues consideramos que la mujer debe estar y permanecer sometida al machismo y a la represión sexual lo cual hace que en las relaciones con una pareja estable no sean lo satisfactorias que debieran.

México es un país donde la educación sexual está muy adelantada en los libros de texto gratuito que dona la Secretaría de Educación, se describe en los libros de ciencias naturales de quinto y sexto de primaria la sexualidad con toda naturalidad tocando temas como las relaciones sexuales, las infecciones, la afectividad, el desarrollo durante la pubertad, etc. Sin embargo a veces los maestros o padres de familia no permiten que estos temas sean revisados en su momento.

Violencia Sexual.

La importancia de este tema es trascendental y se debe enseñar desde edades tempranas para evitar que los niños y niñas puedan ser víctimas de abusos o violaciones sexuales y puedan distinguir entre una expresión de afecto y una conducta que tenga por objeto el abuso.

Abuso infantil:

La participación de menores de edad en actividades sexuales con otra persona, que por medio del engaño, la extorsión, el chantaje, las amenazas, la intimidación, el soborno, la fuerza física o moral y/o el uso de medios electrónicos directos de comunicación busca satisfacer su deseo de placer, dominación o necesidad emocional." (Hernández & Gallardo, 2000).

La violencia sexual se puede presentar como acoso, abuso sexual, violación o incesto.

El acoso es la persecución insistente de alguien en contra de su voluntad y que frecuentemente está en desventaja. El acosador busca someterlo a sus deseos sexuales a veces queriendo hacer intercambio por favores o derechos para él o terceros.

El abuso sexual consiste en tocar y acariciar el cuerpo de otra persona contra su voluntad, así como en la exhibición de los genitales

La violación es un acto de extrema violencia física y emocional. Consiste en la penetración con el pene, los dedos o cualquier objeto en la vagina, el ano o la boca en contra de la voluntad de la víctima, quien es amenazada para mantener la violación en secreto. A veces se usan armas.

El incesto es el contacto sexual entre familiares con algún tipo de parentesco, ya sea civil o consanguíneo. Esta relación puede ocurrir con o sin el consentimiento de una de las personas.

Por lo regular, las personas que sufren violencia sexual no cuentan a nadie lo que les sucede. Esto se debe a que se sienten amenazadas o erróneamente culpables de lo que les pasa. Cuando la violación es cometida por un familiar cercano, la víctima se encierra todavía más en sí misma, debido a que su lealtad a la unión familiar le impide decirlo, pues teme que, al enterarse, la familia se separe.

Violencia De Género

Dado que las mujeres han sido víctimas constantes de los abusos de los hombres, se ha tenido que dar importancia a este concepto de “Violencia de Género”

“Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que resulte en, o pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico de la mujer, incluyendo la amenaza de dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada” (ONU, 1993).

Evidentemente ninguna mujer u hombre merecen ser violentados bajo ninguna circunstancia.

Orientación Sexual O Sexogenérica.

Las personas tanto hombres como mujeres nos encontramos en un abanico de posibilidades para relacionarnos en lo afectivo y/o en lo erótico con personas de diferente sexo (relación heterosexual), con personas del mismo sexo (relación homosexual) o con ambos (bisexual) y este tipo de comportamiento se encuentra definido dentro del concepto de diversidad sexual, y es lo que llamamos orientación sexual o sexo genérica, es decir, somos diferentes y sería imposible imponer patrones de conducta sobre todo en el campos de las afectividades.

Desde que el ser humano existe, ha existido este fenómeno de la diversidad en las afectividades, incluso ha habido culturas donde la aceptación a todo tipo de expresiones se le da cabida y no discriminación. Nuestra cultura machista, nos ha puesto la idea que todo hombre o mujer debe ser heterosexual para poder ser reconocidos o reconocidas, y esto en realidad es falso y hace que se cometan crímenes de odio y discriminación contra los homosexuales y las lesbianas. Nadie debe ser discriminado bajo ninguna circunstancia ni de tipo sexual o por raza credo, nacionalidad o clase social.

A veces las personas se preocupan mucho por saber si nació o se hizo, y esto en realidad es irrelevante, lo verdaderamente importante es que todos somos seres humanos y merecemos el mismo respeto.

Aborto

Existen dos tipos de aborto, el espontáneo y el inducido, en el primer caso no hay intervención por parte de ninguna persona, es decir, el aborto se presenta por razones meramente biológicas, donde por alguna razón hubo imposibilidad para el embarazo.

El Aborto inducido donde sí existe la intervención ya sea de algún médico o alguna persona. Existen en casi todos los estados algunas razones por las cuales las

mujeres pueden acceder a la interrupción de su embarazo y esto es completamente legal, por ejemplo, cuando corre riesgo la vida de la madre, cuando se comprueban malformaciones o enfermedades graves en el producto, o cuando este embarazo ha sido producto de una violación, en el estado de Yucatán, también es legal solicitar un aborto por cuestiones de extrema pobreza. Todos sabemos que la interrupción del embarazo antes de la semana 12 de gestación es totalmente un derecho de las mujeres en el Distrito Federal.

Hasta el mes de Febrero de 2008, se han registrado más de 6,000 interrupciones legales de embarazo con mínimas o nulas complicaciones.

El Aborto, independientemente de las cuestiones morales, culturales o religiosas con las que se pueda ver, también debe considerarse como un problema de salud pública, pues se calcula que al año mueren casi mil mujeres por abortos mal practicados en manos de gente inexperta o por la toma de sustancias o thés que pueden desencadenar una hemorragia que muchas veces lleva a la muerte, es por eso que en México, para evitar que las mujeres mueran por esta razón se decidió legalizar el aborto elegido siempre y cuando sea antes de las 12 semanas de gestación. (San Pedro 2008).

2.5 Factores económicos:

No existe duda de un países como, México, la pobreza es un factor que influye en los embarazos de las adolescentes; definiéndola de manera sencilla, la pobreza significa no tener los medios suficientes para satisfacer necesidades básicas, tales como alimentación, vivienda, acceso a la educación y a los servicios de salud. Una familia es pobre si no posee los medios para satisfacer estas necesidades. En el año 2002 se estimó que más del 60% de la población mexicana sufrió esta condición en diferentes grados (Stern Claudio 2004).

La difícil situación socioeconómica en que viven muchas de nuestras familias mexicanas, influyen en las decisiones de las adolescentes, quienes creen que una manera de fugarse de su realidad, la pobreza, es irse con el novio y embarazarse

para iniciar una nueva vida, algunas lo hacen de forma inconsciente sin tomar siquiera en cuenta que tal vez esta decisión la lleve a tener una vida llena de frustraciones. En México, los salarios se encuentran legislados de acuerdo a zonas, a fin tratar de prevenir la explotación laboral, Michoacán se encuentra en la zona C en donde el salario mínimo actual es de \$45.81 al día. Cabe destacar que el estado está considerado como uno de los más pobres de la República Mexicana, lo que supone falta de oportunidades de empleo, sobre todo para la gente joven, así como el bajo nivel educativo, sean factores que propician la migración hacia otras entidades federativas y de manera notable, hacia los Estados Unidos, fenómeno que se ha presentado con una alta incidencia en la entidad durante generaciones (Sánchez Contreras M. 2000).

III JUSTIFICACIÓN

Las/los adolescentes del siglo XXI, grupo prioritario en Salud Reproductiva, considerado la mayor generación de 10 a 19 años de edad en la historia, alcanzan la mayoría de edad en un mundo completamente diferente al que existió cuando sus padres vivieron su adolescencia.

Aunque el ritmo de los cambios varía entre y dentro de las regiones del mundo, la sociedad se encuentra en un estado de generalizada y rápida transformación, la creación de una vertiginosa gama de nuevas posibilidades y nuevos retos para los jóvenes. Algunos de los obstáculos de la adolescencia son los mismos para todos los jóvenes, la adolescencia es especialmente reveladora para la mujer. Alrededor de los 10 a 19 años de edad apenas están comenzando a experimentar los cambios que vienen con la pubertad, muchos se incorporan al inicio de las relaciones sexuales o el matrimonio.

Cada año 14 millones de mujeres adolescentes entre los 15 y 19 años dan a luz en el mundo, lo cual representa poco más del 10 por ciento del total de nacimientos a nivel mundial. En América Latina, los nacimientos entre las adolescentes representan entre el 15 y el 20 por ciento del total de nacimientos en esta región; de los cuales el 70 por ciento son no planeados. Hay una variación en las tasas de fecundidad de las adolescentes entre los diferentes países dependiendo de su grado de desarrollo y del promedio de edad al matrimonio. Por ejemplo, en Japón la tasa de fecundidad en mujeres entre los 15 y los 19 años es de 5/1000, en México es de 70/1000. En 1999, ocurrieron en México 372 mil nacimientos en mujeres de 15 a 19 años, mientras que en el 2000 ocurrieron 366 mil. No obstante lo anterior, sigue existiendo una creciente concentración de la tasa de fecundidad en la juventud. En el 2000 había en el país 5,082,487 adolescentes entre 15 y 19 años, de las cuales 11.96 por ciento ya tenía hijos, es decir 608,070.

Además entre Enero de 1999 y Febrero del 2000 se registraron 4,214 nacimientos en adolescente entre los 12 y los 14 años. Esto significa que un total de 612,284 mexicanas menores de 19 años ya son madres, y que muchas de ellas tienen más

de un hijo. Las cifras de embarazo adolescente seguramente son más altas, si se considera que no todos los embarazos llegan a término, ya sea porque terminan en un aborto espontáneo o en uno inducido (Taracena 2003).

El matrimonio precoz y sobre todo, la edad pueden tener un profundo y duradero efecto en el bienestar de la mujer, la educación y la capacidad de contribuir a su comunidad. Los complejos físicos, familiares y culturales que son a menudo mal entendidos determinan quién se casará y cuándo; quién iniciará la actividad sexual antes del matrimonio; quién se iniciará como madre durante la adolescencia; y quién va a tener hijos fuera del matrimonio. Los datos disponibles demuestran que, si bien las necesidades y experiencias de los adolescentes varían en todo el mundo, existen similitudes que cruzan las fronteras nacionales y regionales (Alan Guttmacher Institute 1998). Con este último párrafo la enfermería transcultural se identifica ya que dentro de sus supuestos principales indica que “Los conceptos, significados, expresiones, patrones, procesos y formas estructurales de los cuidados culturales tienen algo de diferente (diversidad) y algo de semejante (comunes y universales) en todas las culturas del mundo” (Marriner Tomey Ann. Raile Alligood M. 2007).

Honduras tiene la tasa más alta de fecundidad adolescente de América Central, y ésta no ha disminuido en las últimas décadas. En 2001, hubo 137 nacimientos por cada 1000 mujeres hondureñas de 15 a 19 años, comparado con 119 en Nicaragua, 114 en Guatemala, 104 en El Salvador, 95 en Belice, 89 en Panamá y 78 en Costa Rica. Entre 1987 y 2001, la tasa de fecundidad adolescente de Honduras permaneció prácticamente sin variaciones, mientras que la fecundidad disminuyó entre las mujeres de todos los demás grupos (Alan Guttmacher Institute 2006).

En México, la población adolescente se ha duplicado en los últimos 30 años, pasando del 11.4 por ciento en 1970 al 21.3 por ciento millones en 1999. El rápido crecimiento demográfico propicio una distribución por edades marcadamente joven. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI 2002) la población joven entre los 15 y 29 años asciende a 27.2 millones que

corresponde al 28.5 por ciento de la población total. Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el 2000, la tasa de fecundidad de mujeres entre los 15 y 19 años era de un embarazo por cada 14, lo cual se tradujo en 366 mil nacimientos de madres adolescentes durante ese año (Consejo Nacional de Población 2000).

La CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) estima que para el 2007 la tasa global de fecundidad del grupo de 15 a 19 años a nivel mundial será de 52.9 por cada mil mujeres lo que equivale a un 13 por ciento total de nacidos vivos cuya madre será adolescente; en tanto que para África se estima una tasa específica de fecundidad de 15 a 19 años de 103.4/ 10000 mujeres que se traduce a un 17 por ciento de nacidos vivos cuya madre es o será adolescente; para la región de Asia se espera que la tasa de fecundidad en chicas de 15 a 19 años sea de 39.94/10000 por lo que se estima un porcentaje de nacidos vivos cuya madre es adolescente de un 11 por ciento; en el Continente Europeo se estima una tasa de fecundidad de 17.41/1000 mujeres entre 15 – 19 años por lo que se espera un 7 por ciento de nacidos vivos cuya madre es adolescente; se estima una tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de 75.76/1000 para la región de América Latina y el Caribe (en esta región se considera a México) por tanto se espera un 18 por ciento de nacimientos en mujeres adolescentes; para la región de América del Norte se cree que la tasa de fecundidad entre mujeres de 15 a 19 años será de 45.49/1000 por lo que se espera un 12 por ciento de nacidos vivos cuya madre será adolescente; y finalmente para la región de Oceanía se estima que la tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años será de 25.5/1000 esperando un 7 por ciento de nacidos vivos cuya madre es o será una adolescente. La persistencia de altas tasas de embarazo y maternidad adolescentes en América Latina y el Caribe tiene concomitancias culturales y políticas. Entre las primeras cabe destacar el inicio cada vez más temprano del ejercicio de la sexualidad en los y las jóvenes, y el impacto incierto que ejerce la “erotización” de los medios de comunicación, incluso en programas dirigidos a niños y adolescentes. En lo político, debe constatararse la insuficiente educación sexual en el sistema educativo en muchos de los países, la falta de políticas públicas de salud sexual y reproductiva para adolescentes y mujeres jóvenes no unidas, y la

no consideración de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes (CEPAL, UNIFEF, UNICEF TACRO 2007).

En Michoacán, en los últimos dos años el número de menores de 18 años que tienen un hijo se ha incrementado, datos de la Secretaría de Salud en Michoacán revelan que de los 347 mil embarazos que se presentaron en el 2006, cerca de 21 mil correspondieron a madres adolescentes, es decir seis más que en el 2005 (Juárez Navarro A. 2007) y de 3,668 abortos 824 fueron de adolescentes (Secretaría de Salud 2007). De acuerdo al Departamento de Estadística del Hospital General “Dr. Miguel Silva” en el año 2004 atendieron a consulta prenatal 1,160 adolescentes de un total de 5,907 embarazadas ocupando un porcentaje de 19.63%, en 2005 fue de 1,246 adolescentes de un total de 5869 embarazos dando un 21.23%, 2006 fue de 1304 de un total 6447 embarazos, porcentaje de adolescentes de 20.22% y en el **2007 hubo un total de 5317 embarazos de los cuales 1464 (27.48 %) correspondió a mujeres adolescentes.**

Ante lo expuesto se considera de suma importancia realizar esta investigación, puesto que Michoacán está por arriba de la media nacional en cuanto a la incidencia de embarazos de adolescentes, lo que ocasiona un grave problema de salud pública, por lo que resulta imperioso conocer características personales y socioculturales de las adolescentes michoacanas embarazadas, a fin de comprender que el estado se compone de una importante diversidad étnica y cultural y con ello contribuir a promover una disminución de embarazos a través de acciones de prevención, promoción, acorde a cada cultura tal como lo señala Leininger, quien afirma que “Cuando existe una estrecha relación entre las creencias y las prácticas de las personas que prestan los cuidados y quienes los reciben, los resultados de asistencia al paciente serán más satisfactorios y promoverán mejor la salud”; en tanto que “Cuanto mayores son las diferencias entre los valores asistenciales genéricos o populares y los propios de la atención profesional, más patentes serán los indicios de conflictos y tensiones culturales en los profesionales y los pacientes”

(Marriner Tomey A. Raile Alligood M. 2007); por lo anteriormente expuesto surge la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores que inciden en embarazos de las adolescentes michoacanas?

3.1 Viabilidad del estudio, conveniencia, relevancia social, implicaciones

El proyecto pone a prueba paradigmas existentes o desarrolla nuevos métodos o tecnologías. Es conveniente porque podemos Adoptar esquemas de cuidados sanitarios nuevos, diferentes y beneficiosos, respetando los valores culturales y las creencias de acuerdo a sus integrantes familiares y a su funcionalidad en la que Inciden los embarazos en adolescentes al conocer su entorno sociocultural, interactuar para descubrir y captar las distintas significaciones que las adolescentes dan a sus vidas y sus propios cuidados con la finalidad de proponer un cuidado cultural, humanista.

Tiene relevancia social porque las adolescentes construyen su identidad y sus proyectos de vida, dependiendo del nivel socioeconómico y cultural en el que se encuentran, de las experiencias cotidianas ocurridas en sus diferentes ambientes (en la familia, la calle, la escuela, el trabajo, la comunidad, las instituciones del Estado), así como, de las oportunidades que la sociedad le ofrezca, del nivel educativo, del grado de satisfacción que posea con su cuerpo y como persona, y en relación con los grupos que lo rodean, del tipo familiar y comunidad a la cual pertenece, de la disponibilidad de tiempo libre, de su condición de trabajo y estudio, entre otros.

La teoría de enfermería transcultural servirá para remodelar y transformar la enfermería de cara al futuro, ya que a través de ella se puede comprender las diferencias culturales que se dan respecto a la asistencia, la salud y la enfermedad.

Esta centrada en los seres humanos, en los valores, creencias, en su entorno, lenguaje lo que de da un carácter holístico. Esta teoría podría ser la solución para los grandes problemas de salud y cuidados que se prestan en la actualidad.

Implementando esta teoría se podría disminuir los índices de morbilidad y mortalidad de las adolescentes, ya que los cuidados se brindarían desde el punto de vista de cada cultura y por ende la comprensión de los cuidados por parte de quienes los reciben les proporcionaría una mejor calidad de vida y todo esto dentro de su contexto cultural.

El ambiente en que se realiza la investigación contribuye a las posibilidades de éxito del proyecto, ya que solo se requiere de un personal de enfermería capacitado que se encargaría de orientar a los y las adolescentes, manteniendo empatía con ellos, y buscando un lugar móvil disponible para la orientación y consejería, tratando temas de interés para ellos.

Se incluyen estudios relacionados con la investigación en la parte de anexos

IV Objetivos.

Objetivo general:

Analizar los factores que inciden en los embarazos de las adolescentes michoacanas.

Objetivos específicos:

- Identificar los factores demográficos que inciden en las adolescentes embarazadas.
- Determinar que tanto el factor socioeconómico influye en el embarazo de las adolescentes michoacanas.
- Distinguir el factor familiar que prevalece en las adolescentes michoacanas.
- Conocer la relación entre adolescentes embarazadas y las significaciones que dan a sus vidas.

V HIPOTESIS

Estadística

H1 El factor familiar y económico son los factores que inciden en el embarazo de las adolescentes Michoacanas.

H2 El factor sociocultural incide en los embarazo de las adolescentes michoacana menos que el factor familiar y económico.

.

Ho Todos los factores inciden en los embarazos de las adolescentes michoacanas.

VI MATERIAL Y METODOS

6.1 Variables

Independientes

Factores demográficos, económicos, familiares y socioculturales

Dependiente

Embarazo en adolescentes michoacanas.

6.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

6.2.1 Tipo de estudio:

La presente investigación es un estudio de tipo transversal, analítico, descriptivo y exploratorio

6.2.2 diseño de investigación

Transversal: implican la recolección de datos en un solo corte en el tiempo. (Cabrero García y Martínez M. 2000).

Analítico: los procedimientos y pasos generales descritos proporcionan lineamientos sobre la forma en que el investigador cualitativo interpreta sus datos y a partir de los cuales comprende los procesos y conductas que operan en contextos naturales.

Descriptivo: el propósito es describir situaciones y eventos. Esto es decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. (Hernández Sampieri y Cols. 2000).

Exploratorio: Recibe este nombre la investigación que se realiza con el propósito de destacar los aspectos fundamentales de una problemática determinada y encontrar los procedimientos adecuados para elaborar una investigación posterior.

6.2.2.1 Universo

La población de estudios fue de 35 adolescentes embarazadas que acudieron para su atención obstétrica al hospital General “Dr. Miguel Silva” de Morelia Michoacán de Febrero a mayo del 2008.

6.2.2.3 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Adolescentes michoacanas embarazadas que acudieron para su atención obstétrica al Hospital General “Dr. Miguel Silva” de Morelia, Mich. Que aceptaron participar.

Criterios de exclusión

Embarazadas que no sean adolescentes

Adolescentes que no deseen participar en el estudio de investigación.

6.3 Métodos de investigación

Como ya se ha mencionado, la presente investigación por la naturaleza del objeto de estudio se desarrolla en dos fases:

En la primera fase, se busca un acercamiento al objeto de estudio por medio de la obtención de información empírica referente a los principales factores que inciden en el embarazo de las adolescentes, esta fase es predominantemente cuantitativa, dentro del paradigma empírico analítico y apoyada en procedimientos del método hipotético - deductivo (Método científico).

Resultado de esta primera interpretación estadística se construyen categorías de análisis para acceder a la segunda fase que es más cualitativa, pretendemos interpretar subjetivamente el por qué de las respuestas obtenidas en la segunda fase. Es un procedimiento etnográfico, con características de estudio exploratorio.

Con las categorías se construye un guía de entrevista, se aplica y graba, para posteriormente realizar una triangulación teórica – empírica para reconstruir las categorías, es decir redactar los hallazgos de la investigación.

Método científico

Para el análisis de los datos y la comprobación de la hipótesis, se realizó en dos fases: 1ª obtención, análisis e interpretación de datos empleando el método estadístico cuantitativo. 2ª fase se empleó la versión del método cualitativo a través del método hipotético deductivo de los resultados de la encuesta se obtuvieron categorías de análisis que se trabajaron en la segunda fase cualitativa, de los resultados de la encuesta se obtuvieron categorías de análisis para trabajarlos en la segunda fase cualitativa en la que la cultura, interés, motivación, ideología y sentimientos se fundamentan las respuestas obtenidas, para ello se le explicó a la adolescente sobre el propósito de la entrevista la confidencialidad de la investigación, se le pidió permiso para grabar y tomar notas y se le solicitó la firma de consentimiento. Se permitió que fluyera la conversación, captando aspectos verbales y no verbales, se tomaron notas y grabación demostrando aprecio por cada respuesta al final se le preguntó si tenía algo que agregar o alguna duda, se le agradeció y se le volvió a explicar lo que se va hacer con los datos recolectados.(Hernández Sampieri 2007).

Técnica

Encuestas y entrevistas a pacientes embarazadas adolescentes.

La técnica que procede de la etnográfica: Desde esta perspectiva se distingue a la etnografía como "una teoría de la descripción", concepción ésta que ha conducido a formar la idea de que la etnografía es sólo un reflejo de la realidad concreta, un dato empírico, absoluto y relativo de acuerdo a categorías arbitrarias.

Una característica relevante de la Etnografía es que incorpora las experiencias, creencias, actitudes, pensamientos, reflexiones, de los participantes. La Etnografía considera tales aspectos en los mismos términos y significados que le dan las personas a sus acciones, supone describir e interpretar los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del participante: ". tal como son expresadas por ellos mismos y no como uno los describe. La investigación cualitativa, y por ende la investigación etnográfica, se propone descubrir lo que está detrás de las acciones sociales basándose en la siguiente concepción: En primer lugar, la persona actúa ante las cosas según el significado que represente para ella. En segundo lugar, el significado en cada persona se deriva o surge de su interacción social. En tercer lugar, los significados se manejan y modifican según el proceso de interpretación de las personas. Podemos afirmar que hacer etnografía es tener presente aspectos explícitos e implícitos, manifiestos y ocultos, objetivos y subjetivos, lo cuantitativo y lo cualitativo. (Santana y Gutiérrez 07/06/07).

Instrumento

Se diseñó la operacionalización de las variables (Apéndice 1), en el que se delimitó la definición conceptual y operativa e indicadores para el conocimiento. Se estructuró un cuestionario con 20 preguntas de opción múltiple (Apéndice 2). Se aplicó la prueba piloto a 35 adolescentes embarazadas, con características similares a la población de estudio en el Hospital de la Mujer en febrero del 2008, los resultados fueron sometidos al análisis estadístico, obteniendo un coeficiente Alfa de 0.6215, resultado no aceptable, por lo que se modificaron las preguntas aplicándose nuevamente la prueba piloto resultando un alfa de 0.7142

Procedimiento

Se utilizó un cuestionario para la recolección de datos, realizando auto informes en los cuales, la información se obtuvo interrogando directamente a la participante sobre el tema a investigar. Mediante el consentimiento informado se realizó de febrero a

mayo, y la redacción final del informe se concluyó en junio por medio del análisis estadístico mencionado posteriormente. (Apéndice: Gráfica de Gantt y Autorización por escrito).

Análisis de datos estadísticos: se realizó tomando en cuenta el número de pacientes a estudiar, de acuerdo a las variables para llevar a cabo la recolección de la información necesaria, destinada a sustentar la investigación. El análisis de los datos obtenidos se procesó con apoyo del programa estadístico SPSS para Windows Ver.14, lo que permitió agrupar las variables, elaborar tablas de contingencias a fin de obtener frecuencias; además de hacer uso de la estadística descriptiva, presentando los resultados como frecuencias y porcentajes. Para la representación de éstos se utilizaron gráficos de barras y gráficos de sectores.

Análisis Cualitativo. Se realizó transcripción de la entrevista, análisis y ampliación de la entrevista triangulación encuesta transcripción y reidentificación de categorías, registro ampliado, discusión e interpretación.

6.3.1 Ética del estudio

La presente investigación, se realizó respetando a las personas que en ella colaboraron; así como sus conductas, ideas, costumbres, valores y creencias. Se tomaron en cuenta los siguientes artículos **13, 16, 17, 20 y 21**, de las disposiciones comunes, capítulo I título **segundo** de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos de la Ley General de Salud en México

Artículo 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 16.- en el cual especifica que en la investigación en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo.

Artículo 17.- Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos, y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Artículo 20.- que se refiere al consentimiento informado, el cual se presentará a los encuestados para su aceptación o no.

Artículo 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o en su caso, sus representantes legales, deberán recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos sobre los siguientes aspectos; la justificación y los objetivos de la investigación. (Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud Vol. 4 No.3 Julio-Septiembre 2003)

VII RESULTADOS

Se llevó a cabo una encuesta, aplicando 35 cuestionarios a embarazadas adolescentes: de acuerdo a la edad en que se embarazó la adolescente se observa que el 69 % se embarazó de los 14 a los 16 años de edad, mientras que el 31 % fue de los 17 a los 19 años de edad.

La edad de la menstruación de las adolescentes, en el 57% fue de 10 a 12 años de edad, el 40% de 13 a 15 años y el 3% fue de 9 años de edad.

En el inicio de vida sexual activa, el 51% fue de los 13 a los 15 años de edad y el 49% de 16 a 19 años de edad

El estado civil antes del embarazo, el 43% viven en unión libre, el 40.0% son casadas y el 17% son solteras.

Ocupación antes del primer embarazo el 60% era ama de casa, el 37% estudiante, y empleada el 3%.

El nivel educativo con el que contaban antes del primer embarazo el 37% contaba con estudios de secundaria completa, el 20% con primaria incompleta, el 17% con primaria completa, el 11% con secundaria incompleta, 9% con preparatoria incompleta el 3% preparatoria completa o carrera técnica y sin estudios un 3%.

De acuerdo al lugar de residencia el 83% pertenecen a zona urbana y el 17% a zona rural.

Respecto con quien vivía antes del embarazo el 37% contestó que con sus padres, el 20% con abuelos, el 6% con parientes y otro 37% con su pareja

Tomando en cuenta el número de embarazos el 63% ha tenido un embarazo y el 37% tiene dos embarazos

Integración familiar antes del embarazo el 45% vivían con un padre y hermanos, el 40% vivían con padres y hermanos, el 6 % con padres hermanos y otros parientes, el 6% con abuelos padres y hermanos y el 3% vivían con padre o madre con padrastro o madrastra y hermanos.

En cuanto a si las adolescentes se sienten queridas por sus padres el 66% contestó que a veces, el 31% que sí y el 3% que no.

Antes del embarazo tuvo problemas con su novio si no tenía relaciones sexuales, el 83% contestó que a veces, el 11% dijo que no y el 6% contestó que si.

Las relaciones con sus padres antes del embarazo eran cordiales. el 71% contestó que a veces, el 20% si y el 9% no

Antes del embarazo los fines de semana los compartía con los padres, el 45% contestó no, el 29% respondió a veces y el 26% si.

Servicios con los que contaban antes del embarazo, el 71% contaba con todos los servicios, el 20% contaba solamente con agua potable, el 6% solo con electricidad y el 3% con electricidad y agua potable.

Antes del embarazo el ingreso con el que contaban a la quincena la familia. El 91% era de 600 a 1200 pesos y el 8% de 1200 a 2400 pesos.

Los medios de comunicación influyeron en el inicio de su vida sexual que trajo como consecuencia el embarazo. El 54% contestó que no, mientras que el 45% contestó que si.

Antes del embarazo alguna vez recibió orientación sobre métodos anticonceptivos. El 60% dijo que no y el 40% contestó que si.

De acuerdo a la orientación recibida fue, el 54% contestó que por nadie, el 31% por maestros, el 9% por padres, el 3% médicos y el 3% enfermeras.

Causas importantes para que se embarazaran; el 43% contestó que no tenían conocimiento sobre la reproducción humana, el 23% otras causas, el 14% se sentían solas sin cariño, el 11% no tenían conocimiento sobre planificación familiar, y el 9% contestó que estaban muy enamoradas y no deseaban perder a su novio.

VIII ANÁLISIS CUANTITATIVO

Al correlacionar la edad en que se presentan los embarazos que fue entre los 14 y 16 años de edad, la edad de inicio de la menstruación es de los 10 a los 12 años; así como el inicio de vida sexual de 13 a 15 años. Se observa intervalo de un año en el inicio de la actividad sexual. Las adolescentes a los dos años posteriores de haber iniciado la menstruación, se convierten en madres. Al constatar el estado civil, el 43% de adolescentes viven en unión libre y el 60% son amas de casa, el 83% viven en zona urbana, por lo que se observa un futuro incierto para ellas, así como dificultad para continuar con sus estudios.

Con base en el lugar de residencia y la convivencia con padre y novio, es importante resaltar que las adolescentes tuvieron un embarazo, donde el factor familiar se encuentra la integración y/o desintegración familiar que prevalece en sus hogares.

Dentro de las relaciones familiares que tienen los adolescentes el 66% contestó, que a veces se sienten queridas y en ocasiones tienen problemas con el novio, por negarse a tener relaciones sexuales; observando adolescentes ambivalentes, carentes de afecto con la familia y noviazgo con poca capacidad de respuesta para dar afecto.

Respecto a los servicios intradomiciliarios, el 71% de los hogares cuentan con ellos, aunque en el aspecto económico 91% de las familias es precario.

El 46% de adolescentes, consideran que los medios de comunicación son influyentes para el inicio de la vida sexual y por ende un embarazo. Un 60% no recibió información, además no tenían conocimiento de la reproducción humana y la soledad que los acompaña, son presas de sus propias fantasías el ser madres y poder volcar su afecto en un niño/ niña.

Así pues se requiere compromiso con los actores sociales como la familia, educadores y el equipo de salud entre otros. Para flexibilizar el pensamiento y poder transitar hacia el conocimiento de la sexualidad, y por ende orientar a los/ las adolescentes hacia una convivencia social y sexual, que coadyuve a fomentar la autoestima y el aprecio que el/ la adolescente debe tener por sí mismo/ misma.

Sobre los riesgos psicosociales que en la literatura asocia con la maternidad adolescente, son las condiciones del contexto económico y cultural, las que determinan tanto los significados de la sexualidad adolescente, como el grado de aceptación de la familia y la comunidad, por lo que se esperaba que en el área rural se presentaran mayor cantidad de embarazos en adolescentes. Dato que en el presente estudio no fue así, sino al contrario los embarazos se presentaron en mayor proporción en adolescentes que viven en el área urbana, Se observa que un gran número de adolescentes, no son orientadas sobre métodos anticonceptivos, ni sobre la reproducción humana. Esto es un gran reto para los programas de servicios de salud, que han sido insuficientes para incrementar la cobertura en los/las adolescentes.

ANALISIS DE LAS ENTREVISTAS

La triangulación se llevo a cabo desde una perspectiva cuantitativa y cualitativa etnográfica utilizando los mismos procedimientos de muestreo se realiza una estimación del tamaño de la muestra cuantitativa y otra cualitativa para responder a la pregunta de investigación. (Vera 2005)

Considerando una serie de creencias, valores y prácticas enraizadas y transmitidas de generación en generación en la cultura, que guían los pensamientos, acciones y decisiones de los adolescentes, las cuales siguen siendo vigentes, si se tiene en cuenta la conceptualización, planificación y aplicación del cuidado de enfermería, contribuye de manera amplia e importante a la comprensión y el conocimiento que como lo plantea Madeleine Leininger.

Se aplicaron 10 entrevistas a adolescentes, para tal efecto, se realizó una selección al azar tomando como base las 35 encuestadas. El procedimiento de la entrevista inicia con la identificación de categorías referentes a los factores que inciden en el embarazo; con ellas se construye el guión de entrevista. El proceso de aplicación se llevo a cabo tanto en el hospital "Miguel Silva" (6 casos) como entrevistas domiciliarias (4 casos).

Las cuatro entrevistas domiciliarias tuvieron dos finalidades, la primera que las adolescentes requerían de un espacio donde tuvieran más confianza para la entrevista, y el hospital no contaba con esa área. La segunda es que estos casos corresponden dos a situación de pobreza extrema y dos en situación económica buena (dentro del universo estudiado), lo cual permitió identificar directamente las condiciones materiales en las que viven. Así se cubrieron los rangos categóricos de estudio centrando el análisis en los supuestos de la situación económica y familiar como causales principales del problema.

Las entrevistas fueron a profundidad y grabadas para su posterior transcripción en registros etnográficos ampliados (ver **apéndice**). Dentro de estos registros, en la columna de la derecha, tras analizar los fragmentos de la comunicación verbal

grabada y relacionarlos con los códigos de comunicación no verbal detectados durante el proceso real (Galindo, 1988) se fueron reconstruyendo categorías, mismas que se analizan al término del registro ampliado. Este análisis se complementa con aportaciones que al respecto realizan teóricos en la materia.

El procesamiento y análisis de los datos fue distinta al utilizar una aproximación cuantitativa y otra cualitativa. En la cuantitativa se utilizó el programa SPSS versión 14, en el ámbito cualitativo también existen programas, sin embargo son de uso poco frecuente en nuestro país por ejemplo estos son ETHNOGRAPH, el SPAD-T, el ATLAS-TI entre otros. Sin embargo se analizó desde el punto de triangulación, la información cuantitativa se complementa con la información cualitativa y viceversa. (VERA 2005 y Bericat 1998).

Esto es pues, el proceso de triangulación teórico – empírica en los términos que lo sugiere, como diseño multimétodo a través de la complementación de paradigmas.

Entrevista 1

Del análisis de la primera entrevista podemos inferir que en principio este caso se encuentra dentro de los promedios de edad de embarazo, teniendo un nivel económico bajo y escolaridad, esto según los datos de la encuesta.

Al interpretar los códigos tanto verbales como no verbales de la entrevista nos damos cuenta de algunas particularidades en el caso; en principio se detecta una actitud de nerviosismo al hablar sobre el inicio y las vicisitudes de su vida sexual de la chica, lo corroboramos al preguntar sobre el conocimiento y el uso de los métodos anticonceptivos y se infiere que para la chica es un tabú hablar de sexualidad. Esto es derivado del desconocimiento del tema o bien por la forma en que este se ha abordado desde la familia, los amigos y la escuela misma.

Si decimos que la familia es el núcleo esencial de desarrollo humano. Es su primera y más básica fuente de socialización; en su seno se construye el apego, base de la autoestima, y el autoconcepto para la vida adulta. Y aún más es el escenario que nos

permite aprender desde niños a afrontar retos y asumir responsabilidades. Donde se aprenden los principios y valores que regirán el comportamiento y la socialización. En este caso no se dio información suficiente ni pertinente que permita el ejercicio de la sexualidad de manera responsable a esta adolescente.

Otra situación que se descubre es que dada la condición de vida en la familia en lo económico, lo cultural y la relación misma; esta chica optó por iniciar una relación con una persona mayor, ahora bien las condiciones en que se da esta sugieren que por ninguna de las partes se da la posibilidad de platicar sobre el presente y menos sobre el futuro de la relación. La adolescente busca sustituir la figura paterna mediante esta relación, sin embargo, al no platicar la pareja sobre la relación misma, de manera, natural y hasta inconsciente la relación pasa de una simple amistad al amasiato en unión libre. No hay ni (puede haber) en este caso el noviazgo, necesario para que la pareja se conozca y decida así dar el paso definitivo a la vida completa en pareja.

En el caso de relaciones familiares donde está ausente la figura paterna, sea por desintegración o algún tipo de disfuncionalidad familiar, las hijas adolescentes suelen buscar en hombres mayores esta figura; está comprobado que las personas que mejor se desarrollan en su adultez, son aquellos que mayor contacto tuvieron con sus papás” Y aprenden formas más sanas de competir y de potenciar y maximizar sus capacidades. Las hijas también necesitan de la influencia de sus papás, para sentir una seguridad que sólo el género masculino puede otorgarles. El rol del padre es fundamental, tanto para el correcto desarrollo de los niños como para su futura vida adulta.

Entrevista 2

Se puede inferir que en esta segunda entrevista la adolescente tuvo vida sexual activa precoz, escolaridad y nivel socioeconómico bajo.

Detectándose situaciones con conflicto no resuelto con la figura paterna y materna, de padres separados, padre presidiario y madre adúltera.

La desesperanza y la frustración, contribuyen a desarrollar una incapacidad para afrontar los problemas. Se dan manifestaciones de violencia física y emocional. No se comparten actividades colectivas positivas, tan sólo las crisis. El relacionamiento afectivo se da en base al autoritarismo y el miedo, con ausencia del cariño y la tolerancia.

Se manifiesta una situación de co-dependencia en donde inconcientemente pretendiendo solucionar sus problemas relacionados con violencia familiar y poca convivencia, vivía solo con la mamá, por lo que se relacionó con dos parejas mucho mayores que ella sin que existiera amor ni noviazgo, únicamente relaciones sexuales y solo fue utilizada sexualmente.

Teorizando que una familia que no satisface las necesidades emocionales de sus integrantes, no cumple con sus funciones, es una familia disfuncional. Un aspecto de la disfuncionalidad, es la falta de comunicación, los miembros no pueden expresar libremente sus sentimientos, la unión no es productiva

La comunicación defectuosa, lleva a un deterioro en la relación de sus miembros, que provoca discusiones, frustraciones, hostilidades. También podemos encontrar como manifestación típica de estas familias, la confusión de roles dentro de la misma.

Estas cuestiones han hecho crisis en la vida de la adolescente, en la entrevista fue común la frase “...*para salir de eso*”, y al decirla observamos gestos de desesperanza y angustia en su semblante. “Eso” es la situación de nula integración familiar, también de disfuncionalidad de la misma, por ello la única vía de escape para la adolescente fue tratar de realizar su vida de la manera en que se le fue presentando, trabajando en un medio poco propicio para su desarrollo personal y social. Así comienza a relacionarse con personas mayores y es vista (y usada) como objeto sexual. Ahora, esta adolescente busca “salir de eso”...eso es la actual vida vacía que según su testimonio trata de llenarla con un hijo que además de servirle de compañía, trata de que sea el motor de su vida.

Sin embargo, las condiciones que la llevaron a la situación actual están latentes y si no recibe el apoyo adecuado, seguramente esto se convertirá en un círculo vicioso.

Entrevista 3

Al hacer el análisis se identifica que la adolescente depende de una familia nuclear seguramente con poca comunicación sobre temas relacionados con la salud sexual y reproductiva ya que se identificó que la adolescente tiene muchos tabúes sobre los métodos anticonceptivos, y el proceso de reproducción humana

La entrevista nos dice que no hubo noviazgo si no simplemente le gusto y se fue a vivir con su pareja en unión libre. Teorizando que las necesidades sexuales para el ser humano no son, como en el resto de los seres vivos, un llamado a la reproducción, sino que se relacionan con la autoestima, con el placer, con los sentimientos, con la moral, con las costumbres, con la religión, con el derecho, con el proyecto de vida, con el género, en fin, con todos y cada uno de los elementos que constituyen nuestra identidad y nuestra vida en sociedad.

Detectando en ella una actitud de nerviosismo y desconfianza no queriendo adentrarse al tema evadiendo contestando cortamente las preguntas y simplemente contestar “...*por que quise.... Por que quise*”.

Entrevista 4

En el análisis de la entrevista la adolescente depende de familia nuclear numerosa, que además de baja escolaridad y pobreza extrema, la condición de vida en lo familiar se detecto comunicación deficiente y violencia intrafamiliar que fue la que la orilló a tener relaciones precoces por la falta de cariño y comprensión de sus padres y de sus parejas, con actitud de tristeza y desesperanza casi llorando relató su

historia, observándose también con una baja autoestima, (por no tener otra alternativa que regalar a su segunda hija).

La entrevistada manifiesta un severo desconocimiento sobre la existencia y el uso de los diferentes métodos anticonceptivos, También sobre el proceso de fecundación y reproducción humana. Más aún sobre el autocuidado y riesgos del parto en las condiciones en que se presenta.

Es sabido que la violencia intrafamiliar nos referimos a todas las situaciones o formas de abuso de poder o maltrato (físico o psicológico) de un miembro de la familia sobre otro o que se desarrollan en el contexto de las relaciones familiares y que ocasionan diversos niveles de daño a las víctimas de esos abusos. Estos daños van desde daños físicos hasta los más preocupantes que son los traumas psicológicos.

Entrevista 5

En el análisis de esta entrevista me doy cuenta que la adolescente es muy centrada y querida por sus padres, lo que le ocasionó tener relaciones a temprana edad fue la separación de sus padres, se observó por lo que contó que eran muy unidos y de repente se encuentra envuelta en una situación de violencia familiar y falta de comunicación donde ella se desestabiliza emocionalmente y recurre a refugiarse con el novio ya que cuando ella necesitaba de apoyo emocional el estaba ahí por lo cual se le hizo fácil tener relaciones sexuales buscando la comprensión que en ese momento los padres no le dieron por estar inmersos en sus problemas conyugales su hermana en los suyos ya que era mucho mas pequeña que ella.

Por lo que comenta sus padres son de condiciones económicas media, papás profesionales igualmente los papás de su pareja, esto con respecto al universo estudiado. Esta adolescente sufre actualmente de violencia psicológica por parte de su pareja (muy común al no querer compartir la responsabilidad del acto y sus consecuencias), se convierte en un traslado del sentimiento de culpa e impotencia en

forma de reproches y agresiones verbales, además de no quererse hacer responsable de ella y su hija

La adolescente muestra una actitud de tristeza y arrepentimiento por los momentos difíciles que ha pasado.

Si bien muchas acciones de violencia intrafamiliar son evidentes, otras pueden pasar desapercibidas, lo fundamental para identificarla es determinar si la pareja o familia usa la violencia como mecanismo para enfrentar y resolver las diferencias de opinión. Un ejemplo frecuente es una familia donde cada vez que dos de sus integrantes tienen diferencias de opinión, uno le grita o golpea al otro para lograr que "le haga caso", en esta situación se requiere, en un inicio, el replanteamiento de los papeles del padre y la madre frente a los hijos, con el fin de que éstos últimos en el futuro respondan a las expectativas de sus progenitores.

Entrevista 6

El análisis de esta entrevista se observa poca disponibilidad para exteriorizar sus sentimientos y falta de seguridad emocional contestando con risas nerviosas comentando que hay buenas relaciones familiares y con la pareja.

Sabemos que cuenta con bajos recursos económicos, vive con sus papás, no se cuidó por desconocimiento amplio de los métodos anticonceptivos en su casa nunca le hablaron de sexualidad, mas sin embargo, en los hechos se contradice. Se observa por lo que comenta que hay baja autoestima.

Todos tenemos en el interior sentimientos no resueltos, aunque no siempre seamos conscientes de ellos. Somos prisioneros de lo que no queremos aceptar atravesamos el miedo a enfrentarnos con nuestro propio deseo y empezamos a conducirnos de modo diferente.

Entrevista 7

Analizando la entrevista se observa que es una familia numerosa unida, hubo noviazgo con su pareja hay buena comunicación con su familia y su pareja a pesar que el es mayor de edad, bajo nivel de escolaridad así como económico.

Desconocimiento de métodos anticonceptivos y reproducción humana por lo que su embarazo no fue deseado viendo truncado su proyecto de vida por el momento. Embarazo de la mamá a los 14 años ya que en el rancho esa era la costumbre.

El inicio de la vida sexual no es un asunto trivial, se ve influido por las condiciones culturales y económicas en las que se desenvuelven los jóvenes, la comunicación y la calidad de las relaciones familiares son fundamentales para que los jóvenes hagan frente situaciones de la vida personal y en el ámbito de la sexualidad se eviten embarazos no deseados.

Entrevista 8

Al analizar esta entrevista se observa que los padres son profesionistas de recursos económicos medios se encuentran separados desde que ella tenía 4 o 5 años de edad. La familia del novio también es disfuncional.

Al tener su primer novio trata de compensar el vacío de la figura paterna queriéndolo retener a costa de todo, intentándose suicidarse por no querer perderlo teniendo su primera relación sin planearla a los 14 años quedando embarazada sin darse cuenta hasta que el la llevó al doctor se dio cuenta que estaba embarazada.

La comunicación con su mamá era buena mas sin embargo con la pareja después del nacimiento de la niña hubo mala comunicación y maltrato psicológico y con su suegra también por lo que intento por segunda vez suicidarse desde entonces viven separados.

Este tipo de hombre misógino es encantador al comienzo de la relación, pero a medida que pasa el tiempo y comienzan las dificultades, tiende a desaparecer, justamente cuando la mujer más lo necesita. Se revela a los pedidos de la mujer, porque los ve como exigencias, muchas veces se olvida de ellos siendo ésta una manera pasiva de revelarse, también lo hace con largos silencios. Cuando se siente frustrado, recurre a accesos de cólera, busca la pelea para descargar su ira. Muestra que es incapaz de resolver los problemas y que éstos lo están abrumando. No puede ponerse en el lugar de otros, ya que tiene graves dificultades en dejar de pensar en sí mismo, no entiende ni puede comprender a su compañera.

Se queja constantemente para apelar así al instinto de rescate de la compañera. Se manifiesta arrepentido acerca de su relación del padre y de la madre. Expresa resentimiento hacia su madre y exhibe añoranza de intimidad con su padre. Él es el perfecto mentiroso, la mujer nunca sabe si él está siendo sincero o si lo que dice o hace es para conseguir que ella haga algo.

Entrevista 9

Al analizar esta entrevista se identifica que la adolescente no se siente comprendida por su familia y toma una decisión precipitada pensando encontrar comprensión en otra persona. Las consecuencias fueron que se dio cuenta que el amor no se encuentra de esa manera y a su corta edad tiene que ocupar el rol de madre.

Necesita orientación y apoyo, su actitud refleja soledad, tristeza angustia, desesperación. Sin embargo se observa que va hacer buena madre porque a pesar de todo soporta el desamor de la pareja, observando también el desconocimiento total de los métodos anticonceptivos a pesar de haber tanta información por los medios masivos de comunicación. Existen tabúes en los padres sobre la educación sexual por lo que nunca se atrevieron a platicar con su hija sobre este tema o puede ser por ignorancia por la poca preparación de los padres, así como la cultura que ellos vivieron con sus padres.

Su decisión de irse con el novio fue producto de los conflictos intrafamiliares ya que nunca recibió afecto y mucho menos alguna orientación sobre educación sexual.

Sigue sufriendo el desamor, el abandono, el mal trato, lo único que la hace fuerte es el amor de su hijo y puede ser que por ese mismo amor salga adelante.

El futuro de la pareja es incierto, no tiene un trabajo estable y re-numerativo.

La primera relación trascendente en la vida del individuo es la relación familiar, ya que la familia es el inicial y más importante contexto que permite al ser humano desarrollar su Autoestima. La familia es el espejo en el que nos miramos para saber quienes somos, mientras vamos construyendo nuestro propio espejo; el eco que nos dice cómo actuar con los demás para evitar que nos lastimen.

Un factor muy importante es la falta de información confiable y clara sobre sexualidad y métodos anticonceptivos. Sin embargo, existen otros aspectos culturales y religiosos que se asocian con el embarazo adolescente. En México algunas características de las madres adolescentes son:

- La maternidad tiene un gran valor, es una posibilidad para ser tomada en cuenta por los adultos.
- No se sienten amadas o aceptadas por los demás.
- Buscan en un hijo la posibilidad de tener algo propio porqué luchar.
- Buscan reafirmar su identidad sexual a través de la maternidad.
- Un hijo representa para ellas la oportunidad para reivindicarse o transgredir las normas familiares.
- Inician su vida sexual para llenar un vacío afectivo y piensan que por este medio pueden establecer lazos amorosos fuertes.

Dependiendo de cómo sea la familia, así será la persona, la cual resultará modelada por las reglas, los roles, forma de comunicación, valores, costumbres, objetivos y estrategias de vinculación con el resto del mundo que impere a su alrededor

Entrevista 10

En esta entrevista se observa a la joven con una carga psicológica muy difícil de soportar que la haya llevado a ser víctima de sus familiares y sus parejas sexuales incomprendida por todos. No hubo comunicación intrafamiliar. Mostrando desconocimiento total de métodos anticonceptivos y reproducción humana.

Viene de una familia numerosa solo su papá la apoya y dos hermanas en sus decisiones.

Las familias que carecen de Autoestima se caracterizan por la ausencia de reglas, las cuales cuando existen son difusas, contradictorias o basadas en la tradición y en estereotipos que nada tienen que ver con las verdaderas necesidades del grupo. Hacen lo que se ha hecho siempre, lo aceptado, lo tradicional, sin considerar su verdadera utilidad y adecuación. Hay obligaciones para todos y por todas partes, aunque nadie sepa en qué se basan, quién las establece y con qué criterio.

Si aceptamos que los padres tienen una influencia dramática en los hijos, expresada durante la crianza, debemos admitir que el autoestima de los primeros, será el modelo a seguir de los segundos. Podemos destacar algunos vicios de trato que los padres suelen tener con los hijos en la relación comunicacional cotidiana, así como las estrategias más afectivas para optimizar los vínculos, he aquí algunas de las más nefastas, y unas cuantas alternativas favorables y efectivas.

Al igual que en cualquier contexto formado por personas, el funcionamiento de la pareja depende de la Autoestima de sus miembros. La formación de pareja es una necesidad del ser humano en la búsqueda de ensanchar su horizonte personal y de compartir lo que es, a través de distintas maneras de expresión. En la relación de dos, se abre un mar de posibilidades de proximidad que reduce la sensación de soledad y vacío a través de la búsqueda y encuentro de intimidad física y psicológica.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo con la información obtenida en la encuesta aplicada, existe relación entre el inicio de los ciclos menstruales con el inicio de la vida sexual activa y el índice de embarazos en las adolescentes. La información arroja que la mayoría de ellas tuvieron su primera menstruación entre los 10 y 12 años; justamente un año después inician su vida sexual, si tomamos en cuenta el periodo de gestación, es justamente en este lapso donde se da el alto índice de embarazos en adolescentes con casi el 70 por ciento.

Sobre las causas y las condiciones en que se dio el proceso, nos apoyamos en entrevistas; el análisis de estas arroja hallazgos sumamente interesantes, a saber:

El noviazgo es considerado como el proceso de preparación a través del cual la pareja se conoce para tomar la decisión de la vida en común mediante el matrimonio, sin embargo en los casos analizados no se da tal proceso, las adolescentes en la mayoría de los casos se han relacionado con personas de mayor edad, incluso que tienen ya una familia, deducimos que para buscar una pronta salida a condiciones familiares adversas.

Este proceso encierra una desigualdad no solo en la edad, sino también en el ejercicio autónomo y responsable de la sexualidad; prácticamente las jóvenes son seducidas por personas de mayor experiencia y capacidad de convencimiento lo que se traduce en una relación de pareja impuesta en el acto sexual y la vida conyugal misma, esto se constata en el poco diálogo y la poca duración de la relación de pareja, estamos hablando de abuso sexual.

Durante la relación, en las condiciones que se da, necesariamente existe el riesgo tanto del embarazo como de enfermedades de transmisión sexual. La bibliografía nos refiere que la adolescente no conoce las ventajas y desventajas del uso de métodos anticonceptivos y de protección, en cambio en la pareja masculina puede

haber cierto conocimiento de ello, sin embargo induce a que la relación se realice sin protección alguna. (González Electra y Cols 2003)

También el poco conocimiento adquirido no es precisamente a través de una educación sexual integral; un poco es desde el seno familiar, desgraciadamente su aplicación esta plagada en tabúes, creencias, actitudes y valores; a la interacción con sus padres, sus amigos y parejas; a sus oportunidades objetivas y sus aspiraciones subjetivas, con el propósito de ser capaces de evaluar sus necesidades y a partir de ello y del conocimiento acumulado.

Otro poco se adquiere en la escuela, sin embargo vemos que la escolaridad en la mitad de los casos no supera la secundaria y que los contenidos que se manejan en educación sexual en este nivel son muy limitados y premiados de perjuicios del maestro y los compañeros de clase.

Se encontró que la mayor parte de la información que la adolescente maneja en este aspecto la ha adquirido de una manera informal, principalmente de los medios de comunicación y charlas de amigos(as), los primeros que no se caracterizan propiamente por su ética. Todo ello aumenta el factor de riesgo de embarazo de la adolescente.

Este desconocimiento del proceso de sexualidad y reproducción nos lleva al extremo de que en uno de los casos ni siquiera la adolescente sabía de su embarazo, en otros casos vemos que no existió un control prenatal adecuado.

Los testimonios de las adolescentes refieren que las parejas en casi todos los casos se desentendieron de su responsabilidad argumentando compromisos con otras parejas, incluso hubo un caso en el que la pareja sugirió la venta del RN. Esto apoya la aseveración de que la relación de que la relación sostenida de ninguna manera se fundamenta en el amor, la tolerancia y el respeto, básico en una relación, la joven sostenemos fue objeto sexual solamente.

Dentro del contexto familiar, integración o desintegración, funcional o disfuncional donde se encuentra inmersa la adolescente observándose que en su mayoría viven con un padre y hermanos, a veces se sienten queridas por sus padres y las relaciones con ellos no son favorables en un 71.4 por ciento.

De acuerdo en las condiciones en que se dio el embarazo de la adolescente tomando encuentra sus emociones y sentimientos dentro de un ambiente carente de comprensión, comunicación, rodeadas de violencia intrafamiliar ocasionándoles una autoestima baja buscando encontrar cariño en otras personas no teniendo la confianza en sus padres para hablar de sus sentimientos.

Considerando que la familia es la base y fundamento de toda sociedad que debe cumplir con funciones básicas que son: la función económica, la biológica, la educativa, cultural y espiritual. Siendo uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar cubriendo las necesidades básicas. Encontrándose en esta investigación que en la gran mayoría de las jóvenes (más del 50 %) viven en el seno de familias incompletas o disfuncionales vulnerables a tener sexo a temprana edad y embarazarse.

Algunas fuentes mencionan que este problema se agrava en contextos de extrema pobreza más sin embargo, a pesar de que en este universo se eleva al 91.4 %. Este factor no resulta de peso en la magnitud de la problemática abordada. Influye como dijimos, más lo familiar y pueden operar varios factores tales como: la falta de atención o afecto, la separación o el divorcio de los padres durante la infancia o la adolescencia, la existencia o el grado de violencia familiar tanto entre los padres y sus hermanos teniendo una mala calidad en la comunicación como lo mencionan algunas jóvenes.

Respecto a los servicios intradomiciliarios, el 71.4 por ciento de los hogares cuentan con ellos, aunque el aspecto económico de las familias es precario. La escasez de

recursos y la necesidad de elegir entre alternativas de uso es un problema común en todos los seres vivos. Las principales preocupaciones de los jóvenes siguen siendo el empleo y la vivienda. La situación socioeconómica, definitivamente, condiciona el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. Ser madre y padre adolescente suele iniciar, sin distinciones sociales, una cadena de problemas: abandono escolar, inserción laboral prematura y con escasa preparación, responsabilidades económicas y posibles riesgos biológicos para la madre y el bebé, sumado a la pérdida de vivencias propias de la adolescencia.

Conocimiento de métodos anticonceptivos muchos adolescentes, tienen poco o ningún acceso a la educación sexual y a la información, conocimiento y reflexión sobre la diversidad de métodos anticonceptivos. Muchas veces la información existe pero es incorrecta o incompleta, a demás tienen tabúes inculcados por la sociedad que las rodea sobre el uso de métodos anticonceptivos y la creencia que en la primera relación no quedan embarazadas. En esta investigación el 60 por ciento de las adolescentes embarazadas no recibió ninguna orientación sobre métodos anticonceptivos

Por lo que respecta a los factores culturales. La vida moderna ha contribuido a la soledad y aislamiento del grupo de adolescentes, encontrando apoyo en las nuevas tecnologías como: Internet, y medios de comunicación como celular y televisión. En un 54.3 por ciento los medios de comunicación influyeron en el inicio de vida sexual que trajo como consecuencia el embarazo ejerciendo gran influencia, en la adolescente, además las relaciones interpersonales de sus amigos constituyen una vía de transmisión de normas comportamientos y valores, que en ocasiones es más influyente que la propia familia. La actividad sexual en los adolescentes se ha convertido en una norma; la mayoría considera que es necesario realizarla como si fuera una moda, y así tratan de buscar aceptación del grupo en algunos casos, la influencia de la familia, el grupo, las instituciones educacionales, el sistema de salud y la sociedad en general a través de todos sus medios de influencia ejercen su papel en la formación de estos importantes eslabones de la personalidad del adolescente.

La influencia de la familia, el grupo, las instituciones educacionales, el sistema de salud y la sociedad en general a través de todos sus medios de influencia ejercen su papel en la formación de estos importantes eslabones de la personalidad del adolescente

Resumiendo, hay coincidencias con la bibliografía en cuanto a necesidades de conocimiento respecto al problema, también en cuanto a fomentar la educación en estos aspectos desde el nivel básico, sin embargo, también se requiere el trabajar fuerte en aspectos del ámbito educativo informal como el caso de la familia. En efecto, este estudio demuestra que son determinantes la estructura y la dinámica familiar como factores que predisponen este problema.

La integración familiar, la funcionalidad y la calidad de comunicación interfamiliar sobre estos temas determinan la concientización del adolescente frente a estos retos. Ya vimos que en familias que adolecen de lo anterior las adolescentes están en riesgo, desde las condiciones desfavorables en que inician una relación, hasta los traumas derivados de un embarazo y sus consecuentes responsabilidades.

IX CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS PARA TRABAJOS FUTUROS

9.1 Conclusiones

Cada uno de los factores que aparecen en el entorno de la vida de las adolescentes afecta directamente en el inicio de la vida sexual activa, lo cual conjugado con la falta de conocimiento, trae como consecuencia los embarazos a temprana edad.

Se observa que en muchos casos las adolescentes tienden a cometer los mismos errores que sus padres, buscando como una salida encontrar el cariño en la pareja. La falta de educación y buena comunicación con los padres. La pobreza y maltrato o violencia intrafamiliar juega un papel importante ya que la adolescente no se encuentra cómoda en una familia con estos problemas y siente que no pertenece a ese núcleo familiar y busca integrar su propia familia.

Se debe hacer llegar la orientación sexual, y programas de apoyo a toda la población ya que muchas veces no conocen los métodos anticonceptivos, ni saben de los cuidados que se deben tener durante el embarazo y así poder lograr poder una **Remodelación Cultural**, que permitirá una revaloración de ser mujer y con ello rescatar la autoestima de la adolescente y evitar embarazos en madres adolescentes; obteniendo así una maternidad responsable de las madres adolescentes, que acuden para su atención obstétrica al Hospital General “Dr. Miguel Silva” de Morelia Michoacán.

9.2 Recomendaciones

Observando los resultados de las encuestas se ve la necesidad

1.- Abrir una escuela de orientación e información para las adolescentes y los padres de las mismas; no sólo en el Hospital General “Dr. Miguel Silva” sino también en colonias marginadas, donde a veces es muy difícil para ellos trasladarse, ya sea por la falta de recursos económicos o de tiempo. Capacitar al personal interesado en trabajar con adolescentes para aumentar horarios de atención, mejorar coberturas y cumplir con las metas establecidas. Impulsar en los padres de familia, la organización de escuelas para padres donde se desarrollen temas de interés para todos, para tratar de mantener la unión familiar, comunicación padres e hijos y de esta forma mejorar la situación familiar de las adolescentes Para poder contribuir con las metas que se proponen lograr para el 2015 (Ministros de Salud y de educación de America Latina y el Caribe México 2008).

2.- Promocionar los módulos de orientación e información en medios de comunicación accesibles a todo público como es la radio

3.- Así como hay gran publicidad para el uso de métodos anticonceptivos; organizar sesiones para concientizar a los padres de familia, sobre la importancia de que a los hijos se les manifieste afecto, ya que en la mayoría de las veces a los papás les da pena externarlo; y la falta de cariño paterno, en muchas ocasiones orilla a los adolescentes a buscar el afecto equivocadamente.

4.- Organizar sesiones de ayuda psicológica por lo menos una vez al mes, para ayudar a los adolescentes y a sus padres para que haya más comunicación entre ellos e insistir en el respeto de ambos y el fomento de los principios morales.

Se sugiere que en estos módulos la responsable sea una enfermera capacitada que reconozca sus valores creencias y costumbres para que así pueda haber esa

empatía y comprensión, ayudando a mejorar en lo posible su estilo de vida. En cuanto a la competencia cultural, Leininger la plantea como la necesidad de avanzar en el conocimiento del cuidado genérico y del cuidado profesional en enfermería y de esta manera se puede llegar a ser competentes en enfermería trans-cultural. Gran parte del personal de salud desconoce el cuidado genérico que se convierte en algo crítico para ofrecer un cuidado acorde y preciso.

Entonces, la idea es hacer una interfase entre el cuidado genérico y el cuidado profesional, para lograr salud de calidad y acercarse a la competencia cultural. Probar y transformar esa realidad y, a partir de esa realidad, desde el cuidado, se deben descubrir, para preservar, negociar o reestructurar las prácticas en favor del bienestar de las adolescentes. La falta de implicación de padres y educadores en estos programas explica algunos de sus límites, ya que los cambios promovidos en los jóvenes son individuales y fundamentalmente actitudinales. No se generan entornos sociales, escolares y familiares que contribuyan al fortalecimiento y sostenibilidad de estos estilos de vida saludables. En realidad, los y las adolescentes tienen al alcance de las manos mucho material que termina siendo inadecuado o que esta lleno de errores conceptuales. Lo ideal es que se generen espacios donde el material que les llegue sea educativo, preventivo placentero y saludable.

9.3 Sugerencias para trabajos futuros

Investigar si en realidad los y las adolescentes tienen al alcance de las manos el material necesario sin errores conceptuales, así como el espacio donde el material que les llegue sea otorgado por personal capacitado y la información sea educativa, preventiva, placentera y saludable. ¿Saben realmente los adolescentes qué métodos anticonceptivos usar para sus relaciones sexuales?, ¿tienen acceso a estos métodos anticonceptivos?, ¿tienen confianza para ventilar estos problemas con sus padres, maestros y promotores de la salud? Estas y otras interrogantes quedan por dar respuesta a esta problemática presente.

X BIBLIOGRAFÍA.

1. ALACOQUE L. E. et, al. "Análisis de investigaciones brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería, años 2001 – 2003" Ciencia y enfermería. Vol. 11. No. 2. Brasil. Diciembre 2005. pp. 35 – 46.
2. ALAN Guttmacher Institute. "Hacia un Nuevo Mundo: La vida Sexual y Reproductiva de las Jóvenes" New York, NY. The Institute. 1998.
3. Alan Guttmacher Institute. "Maternidad temprana en Honduras: un desafío constante" New York, NY. The Institute. No.4. 2006.
4. ANZOLA Myriam. Promoción de la Resiliencia como Factor de Protección de hijos de madres adolescentes. Universidad de los Andes. Septiembre 2004 pp1-10.
5. ANZOLA Myriam. La crianza de niños y niñas de madres adolescentes en un contexto de resiliencia. Mérida Venezuela. ISSN. Diciembre 20006. pp 1-26
6. AMEZCUA Manuel. Los Modos de Análisis en investigación Cualitativa en Salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Octubre 2002 pp1-14
7. ARÉVALO Elizabeth. Gestación y practicas de cuidado. AV. Enferm. XXV (2) 2007pp1-8
8. ARGOTE Luz Ángela, Vázquez Marta Lucía. "Ante la desesperanza del desplazamiento de un hijo sano". Colombia Médica. Universidad del Valle, Calí. 2007. pp. 1-16.
9. ARREDONDO Ramírez P. "Psicoanálisis, sujeto psíquico y medios de difusión". Revista Carta Psicoanalítica. No. 5. México. 2004.
10. AUSTIN Millán Tomás. "Comunicación Intercultural: Fundamentos y Sugerencias". ANTOLOGÍA SOBRE CULTURA POPULAR E INDÍGENA I, Lecturas del Seminario Diálogos en la Acción. Editado por la Dirección General de Culturas Populares e Indígenas, CONACULTA. México DF, México. 2000. en la adolescencia, año 2000". Revista Cubana de Pediatría" Vol. 74. No. 4. Ciudad de la Habana. 2002.
11. BERICAT, Eduardo. La integración de los métodos cuantitativos y cualitativos en la investigación social. Ariel. España. 2000. pp99.

12. BERNAL María Carmen y Cols. La perdida y el abandono en gestantes desplazadas. Bogota. Av. Enferm, XXV (2). 2007 pp 1-14
13. BLUTLER Judith. Cuerpos que importan. Sobre límites materiales y discursos del sexo Ed. Paidós. Buenos Aires. 2005 pp 1-10
14. GOFFMAN Marcelino. Estima. La identidad deteriorada. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. Argentina 2004 pp1-6
15. CABRERA Francisco. Categorización y Triangulación como proceso de validación del conocimiento en investigación Cualitativa. México. 2005 pp 1-12
16. CARRERA María .V. intervención y evaluación de un programa de educación efectivo- sexual en la escuela para padres y madres de adolescentes. Diversitas V.3 Bogota des. 2007 pp 1-5
17. CEBALLOS Esperanza. “Dimensiones de análisis del Diagnóstico en Educación: El Diagnóstico del Contexto Familiar”. Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa. Vol. 12. No. 1. Universidad de la Laguna (España). 2006. www.uv.es/RELIEVE
18. CEPAL, UNICEF, UNICEF TACRO. “Desafíos” Naciones Unidas. No. 4. 2007. desafios@cepal.org. desafios@unicef.org
19. CIFUENTES B. Rodrigo, Obstetricia de Alto Riesgo “Edición Sexta” Editorial Distribuna Médica, México. 2006.
20. COLLIGNON Goribar María M. “Jóvenes, salud e Internet: una mirada latinoamericana”. Boletín Latinoamericano “Adolescencia”. 2005. www.adolec.org.mx/litcien/boletin/index.htm
21. COMISIÓN NACIONAL de los Derechos Humanos. “La Dignidad de las personas”. México. 2007.
22. COMISIÓN NACIONAL para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. “Indicadores con perspectiva de género para los pueblos indígenas”. México 2006. www.cdi.gob.mx/index.php
23. CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN. “La población de México en el nuevo siglo”. México. CONAPO. 2000. pp. 39 – 45.
24. DÍAZ Sánchez Vicente. “El embarazo de las adolescentes en México”. Gaceta Médica México. Vol. 139. Suplemento No. 1. México. 2003. pp. 23 -28.

25. ELIAS G. Yileika. Comportamiento de la sexualidad en un grupo de adolescentes del area de la salud de Mulgoba. Noviembre 2006.PP 1-17.
26. FERNÁNDEZ García Victoria. "Perspectiva de la enfermería transcultural en el contexto mexicano". Revista de Enfermería IMSS. Vol. 14. No. 1. México. pp. 51 – 55.
27. FLÓREZ C.E. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. Revista Panam Salud Publica 2005 pp 1-15
28. GARCÍA Fernández María D. "Socialización educación del individuo a través de la familia". Revista Psicología Científica. Vol. 43. España. 2006.
29. GARCIA Brígida y cols. Las Familias en el México Metropolitano: Visiones femeninas y masculinas, México Economía, sociedad y territorio, vol. VI Num. 23, 2007 pp 1-16.
30. GALINDO Cáceres Jesús. (Coordinador). Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación. PEARSON Educación. México. 2000 pp286.
31. HERNÁNDEZ Molina Luz Mery. "Prácticas culturales de los adolescentes para prevenir el embarazo no deseado". Avances en enfermería. Vol. XXV. No. 1. Colombia 2007. pp. 92 – 100.
32. HERRERA Santí P. "La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud". Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol. 13. No. 6. Ciudad de la Habana. 1997.
33. IBARRA Mendoza Teresa Ximena, Siles González José. "Competencia cultural. Una forma humanizada de ofrecer cuidados de enfermería". Revista INDEX de Enfermería. Vol. 15. No. 55. Granada. 2006. pp. 1 – 10.
34. INEGI. "Mujeres y Hombres 2002". Instituto Nacional de Estadística, geografía en Informática. México 2002.
35. ISSLER J. R. "Embarazo en la adolescencia". Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina. No.107. Habana. 2001. pp. 11 -23.
36. JACOBO Hernández S. "La Adopción". Derecho Civil y Social. No. 13. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Mich. México. 2007.

37. JIMENEZ Ma. Lucero. Reflexiones acerca de la paternidad. Vol.III. 4 de Enero 2008.
38. JUÁREZ Navarro A. "Mujeres que merecen más que un 10 de Mayo". Cambio de Michoacán. Morelia, Mich. Mayo 2007.
39. LANKSHEAR, Colin y KNOBEL, Michele. Maneras de ver: el análisis de datos en la investigación cualitativa. Cuadernos del IMCED No. 30. Morelia, México. 2001 pp13.
40. LENO González Daniel. "Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural". Gazeta de Antropología. No. 22. España. 2006. pp 22 – 32.
41. LIPSON Juliene G. "Cultura y cuidados de enfermería". Revista INDEX de Enfermería. Vol. 28. España. 2000. pp..19 – 25.
42. LOURO Bernal Isabel. "Modelo de salud del grupo familiar". Revista Cubana Salud Pública" Vol. 31. No. 4. La Habana, Cuba. 2005. pp. 1-10.
43. MARTÍNEZ Casanova Hugo J. "La industrialización." Universidad de Málaga. 2004. www.eumed.net/cu/...librería/2004
44. MARTÍNEZ Coll Juan Carlos. "¿Qué es la economía?" en "La Economía de Mercado, virtudes e inconvenientes" www.eumed.net/curse/1c/que-es-la-economia.htm
45. MARRINER Tomey A. Raile Alligood M. Teorías y Modelos 2007
46. MAYEN Hernández Beatriz. Un acercamiento al embarazo en la adolescencia. De la visión medica a los estudios de género. México2007 pp1-19
47. MICHEL Foucault. Historia de la Sexualidad 1- La voluntad de saber. México. Marzo 2005. pp 93- 140.
48. MICHEL Foucault. Historia de la Sexualidad. 2-El uso de los placeres. México Agosto 2005 pp 132-172.
49. MICHEL Foucault. Historia de la Sexualidad. 3-La inquietud de sí. México. Octubre 2005 pp 37-153.
50. MENDIETA, Alatorre Ángeles Métodos de investigación y manual académico. Porrúa. México 2000 pp. 48.
51. MENKES Bancet C. Suárez López L. "Sexualidad y Embarazo Adolescente en México". Papeles de la Población. No. 35. México. 2003.pp. 1- 31.

52. Ministros de Salud y de educación de America Latina y el Caribe. Salud y Educación Sexual. México 2008.
53. Ministerio de Educación. La Educación Sexual, un desafío para toda la comunidad educativa. Santiago de Chile 2002. pp 9-14.
54. MUÑOZ de Rodríguez Lucy. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. Vol. 38 nº 4 octubre-diciembre 2007pp 1-7
55. MUÑOS Urquiza Rosa María. Y Cols. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de Métodos anticonceptivos postparto. Salud publica. México. 2003 pp 1-11.
56. MOLINA Guadalupe. Me quiere.... Mucho, poquito, nada....modos de construir la sexualidad y los efectos de los jóvenes en la escuela secundaria en: "vivir en la ciudad. Espacios urbanos en disputa" CEACU. ed. Laborde. 2005. Pp1-7.
57. NOLAZCO María L. Rodríguez Laura Y. "Morbilidad materna en gestantes adolescentes". Revista de Posgrado de la V la Cátedra de Medicina. No. 156. Habana. 2006. pp. 13 – 18.
58. NOTICIAS. Mujeres Jóvenes viven altos grados de exclusión. Vanguardia – México. 13 de Agosto 2006.
59. REICHDART, T.S. Y COOK. Métodos cuantitativos y cualitativos en investigación evaluativa. Morata. España. 2002. pp27-31
60. ROHRBACH Cecilia. "En búsqueda de un cuidado universal y cultural".Investigación y Educación en Enfermería. Vol. 25. No. 2. Medellín. Julio 2007. pp. 116 – 121.
61. RODRIGUEZ D. Practicas de Cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las gestantes que asisten a control prenatal a sanidad de Tolima. Universidad Nacional de Colombia 2006 pp 1-2
62. SAGRARIO Loza Sierra. La Intervención familiar en los Servicios Sociales Comunitarios. Editado por el Gobierno de la Rioja en el 2002. pp. 9-30
63. SÁNCHEZ C. "Día mundial de los pueblos indígenas: una cruzada por la dignidad". El Universal. México. 10 Agosto 2007.
64. SÁNCHEZ Contreras M. "Jóvenes Mexicanos del Siglo XXI". Encuesta Nacional de Juventud 2000. Michoacán. Pp. 1 -47.
65. SANDOVAL Carlos. Manual de Investigación. México. Diciembre 2002 pp23-40

66. SAN PEDRO Reyes Ignacio y Santamaría Galván Ana. Salud Sexual y Reproductiva UMSNH. Facultad de Biología Departamento de Docencia Laboratorio de Investigación en Educación Ambiental. Morelia Michoacán 2008
67. STERN Claudio. Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. Papeles de Población. Enero – Marzo. No. 039. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México. 2004. pp. 129-158.
68. MARTÍNEZ. Homero. Salud de los Adolescentes. Salud Publica México Vol. 45. SUPPI. 1, Cuernavaca 2003.
69. STERN Claudio. Significado e implicaciones del embarazo adolescente en distintos conceptos socioculturales de México. Reseña de un proyecto en proceso. Agosto 2003 pp 1- 25
70. SONÍ Soto A. “La cultura en el fin de siglo”. Revista Casa del Tiempo. UNAM. México. 2003.
71. OSORIO Leticia. Estructura y Dinámica Familiar de adolescentes de sexo femenino con intento de suicidio proyecciones N° 6 Juni-Julio 2000 pp 1-12
72. PALMA Irma y Cols. “Estrategias de prevención en sexual y reproductiva en jóvenes en America Latina y el Caribe: Hacia una nueva síntesis de enfoques”. México. Enero 2002. pp14-20.
73. PACHECO. S. Carlos y Cols. Socialización sexual de Adolescentes Mujeres de 10 a 14 años.. Universidad de los Angeles. Bogota. Enero- Junio 2007pp1-21
74. PASARIN Lorena. Redes Sociales al Cuidado Prenatal de las madres adolescentes y su relación con el acceso al Sistema de Salud. Estudio de dos poblaciones Argentina México. 2007 pp 1-13
75. PITA Fernández y Cols. Investigación cuantitativa y cualitativa. España. 2002 pp 1-4
76. TARACENA Rosario. “Embarazo Adolescente” Hoja Informativa. Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. 2003. www.gire.org.mx
77. ULANOWICZ María G. Parra Karina E. et. al. “Riesgos en el embarazo adolescente”. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. No. 153. Habana. 2006. pp. 13 – 17.

78. VALDES Dacal S., Essien J. et. al. "Embarazo en la adolescencia, incidencia, riesgos y complicaciones". Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 28. No. 2. Ciudad de la Habana. 2002.
79. VALDÉS Luz María. "Población; reto del tercer milenio". UNAM Coordinación de Humanidades. México, D.F. 2000. pp. 13-25.
80. VÁSQUEZ Truissi Marta Lucía. "El cuidado de enfermería desde la perspectiva transcultural: una necesidad en un mundo cambiante".Vol. XIX. No. 1. Colombia. Marzo 2001.
81. VERA Pérez J.A. y Cols. Una explicación antropológica del embarazo en adolescentes en la comarca del mar menor y campo de Cartagena noviembre 2002pp 1-8.
82. VILLASEÑOR Martha y Castañeda Torres. Masculinidad, sexualidad, poder y videncia: análisis de significados en adolescentes. Salud Publica México 2003.

XI ANEXOS

1 Estudios relacionados

1.1 “Desafíos (boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio)”. La fecundidad durante la adolescencia no descende en la región desde la década de 1970, la fecundidad ha caído fuertemente en América Latina y el Caribe a consecuencia de una combinación de cambios socioeconómicos (industrialización, urbanización, modernización), culturales (secularización de valores, individualización en proyectos de vida, nuevos estilos de familia), de género (creciente inserción laboral y protagonismo social de las mujeres) y tecnológicos (especialmente en el plano anticonceptivo). La persistencia de altas tasas de embarazo y maternidad adolescentes en la región inquieta y tiene concomitancias culturales y políticas. Entre las primeras cabe destacar el inicio cada vez más temprano del ejercicio de la sexualidad en los y las jóvenes, y el impacto incierto que ejerce la “erotización” de los medios de comunicación, incluso en programas dirigidos a niños y adolescentes. En lo político, debe constatarse la insuficiente educación sexual en el sistema educativo en muchos de los países, la falta de políticas públicas de salud sexual y reproductiva para adolescentes y mujeres jóvenes no unidas, El último enfoque se concentra en los sesgos institucionales, los programas de salud sexual y reproductiva para adultos se basan en supuestos de sistematicidad, autonomía y madurez que no se cumplen en el caso de los adolescentes. La ausencia de programas preventivos que consideren atención especializada, intervenciones integrales (incluida la consejería) y principios de confidencialidad mantiene alejados a los adolescentes de los servicios oficiales. (CEPAL, UNICEF Enero 2007). (Boletín informativo).

1.2 Embarazo en adolescentes. Estudio sociodemográfico de 218 pacientes, su objetivo es conocer las características sociodemográficas, de las adolescentes embarazadas de un municipio de características sui generis. Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo en el que fueron analizadas 218 adolescentes embarazadas de playa del carmen en el estado de

Quintana Roo. México. Criterio de inclusión: embarazadas de 11 a 18 años. Resultados: La edad promedio fue de 14.9 años (moda de 16 y media de 16.4 años). La orientación fue impartida en la mayoría (39.0 por ciento) de los casos por la madre. El estado civil predominante fue la unión libre (44.0 por ciento). Se registro alcoholismo en el hogar en más de la mitad de los casos (62.3 por ciento). El 18 por ciento de las jóvenes señalaron haber tenido abuso sexual, 13.3 por ciento violación. La menarquia se presentó en la gran mayoría (91.3 por ciento) entre los 11 y 14 años (límites: nueve y 16 años). El inicio de la vida sexual activa más temprano fue a los 11 años y la más tardía a los 18 años. El 8.7 por ciento indicó haber tenido al menos un aborto previo. El 47.2 por ciento señalaron no tener conocimiento de los métodos anticonceptivos. Sólo el 8.8 por ciento manifestó la utilización previa de métodos anticonceptivos. El embarazo fue deseado en un 50.4 por ciento de los casos. Discusión: en la mayoría de los casos, las adolescentes vivían con ambos padres al momento de embarazarse, lo cual refleja que son familias nucleares y que esto no influye en su conducta sexual, ni tampoco que proviniese de hogares desintegrados, situación que indica que se trata de un problema de educación. (Padrón Arredondo 2005).

1.3 “Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes”.

Objetivo: cuantificar la asociación entre factores socioeconómicos, educación sexual y métodos anticonceptivos con la presencia de embarazo en adolescentes. Diseño: estudio de casos y controles. Material y métodos: en el periodo comprendido de febrero a agosto del año 2001 en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No.66 de Xalapa, Veracruz, México se realizó el presente estudio. Los casos fueron adolescentes primigestas con edades entre 13 y 19 años, de cualquier edad gestacional, los controles fueron adolescentes (10 a 19 años) compartían las mismas características de los casos a excepción del embarazo. El tamaño de la muestra calculado fue de 396 adolescentes con una relación caso control de 1:2 se calculó la RM para obtener asociaciones con un IC al 95 por ciento y el estadístico de prueba de χ^2 al cuadrado de Mantel-Haenzel. Resultados: se encontró una fuerte asociación del embarazo en adolescentes con hacinamiento $RM= 15.54$ IC95 por ciento 4.26-

67.10, nivel socioeconómico bajo RM= 5.71 IC 95 por ciento 2.30-14.61 y escolaridad menor de seis años RM= 5.64, IC95 por ciento 2.56-12.66 en menor medida en el caso de desinformación sobre educación sexual RM = 2.70 IC95 por ciento 1.63-4.49 y planificación familiar RM 2.71, IC95 por ciento 1.64-4.47. Conclusiones: el nivel socioeconómico, el hacinamiento y la escolaridad fueron los factores más fuertemente asociados con el embarazo en adolescentes. (Carreón Vásquez J. y col. 2004).

1.4 “Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente”. Objetivo: Revisar los conocimientos sobre los aspectos sociales que inciden en las diferencias en maternidad en América Latina. Los factores sociales que influyen en el embarazo y la fecundidad adolescente pueden concebirse como una serie de círculos concéntricos. En el nivel macrosocial se pueden mencionar las pautas culturales, la estructura socioeconómica o estratificación social, la estratificación por género y por etnia, y las políticas públicas dirigidas a la salud reproductiva adolescente. El contexto social abarca también factores importantes más “próximos” al individuo, entre otros, el lugar de residencia, la estructura familiar y los grupos de sociabilidad integrados por docentes y grupos de pares, así como la existencia de servicios de prevención y atención en salud, especialmente en materia de salud sexual y reproductiva, y la disponibilidad de recursos anticonceptivos. El conocimiento sobre anticonceptivos es generalizado en la población adolescente de América latina. El problema de los embarazos no planeados, al menos en el caso de los adolescentes en las zonas urbanas, parece no obedecer al conocimiento de los medios para evitarlos, sino en que dicho conocimiento no lleva necesariamente a una acción adecuada. (Pantelides Edith 2002)

1.5 “Perfil del conocimiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad resultados de la ENSA 2000”. Objetivo: Describir las características del comportamiento sexual de los adolescentes mexicanos, su grado de conocimiento sobre anticoncepción, las variables que se relacionan con la utilización de anticonceptivos en la primera relación sexual y las que se asocian con el

embarazo. Material y métodos: Se Realizó una Encuesta Nacional de Salud a Adolescentes (ENSA) de 12 a 19 años de edad, se hizo un análisis descriptivo, se realizaron una prueba de Ji cuadrada para evaluar diferencia de proporciones. Resultados: De los adolescentes encuestados el 69.2 por ciento refirieron conocer al menos un método anticonceptivo, el 16.4 por ciento menciona haber tenido relaciones sexuales antes que las mujeres, el 37 por ciento de los adolescentes, usaron un método anticonceptivo en la primera relación sexual. El 55.7 por ciento de las mujeres que mencionaron haber tenido relaciones sexuales han estado embarazadas. Conclusiones: En general los adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Los adolescentes del sexo masculino, los de mayor escolaridad fueron quienes poseían información de algún método anticonceptivo y también aquellos que iniciaron esta actividad a una edad mayor. Por lo tanto habrá que considerar que la población de adolescentes, necesita mayor difusión de educación sexual, así como reforzar estrategias ya empleadas. (González Garza y Cols 2000).

1.6 “Prevalcía de embarazos no deseados y modo de resolución en estudiantes universitarios, adolescentes y adultos jóvenes en Cali, Colombia, en relación a la percepción de la calidad de educación sexual recibida”.

Objetivo: Determinar la relación que existe entre la percepción de la calidad de la educación sexual recibida con el embarazo no deseado, y la resolución de este en adolescentes y adultos, jóvenes estudiantes de la universidad Santiago de Cali, Colombia. Métodos: Estudio transversal, descriptivo, analítico. Se encuestaron 569 estudiantes universitarios que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: edad menor de 24 años, primer semestre de estudio en la universidad, haber iniciado su vida coital y que aceptaran participar en dicho estudio. Aplicaron un instrumento anónimo auto administrado, se dividió la muestra en tres grupos, de acuerdo a la calificación que dieron a la educación sexual recibida de sus padres y el colegio. Resultados: de acuerdo a la edad en el promedio de 18.6 años fue de 58.7 por ciento. Es del sexo femenino en otro orden de ideas se menciona que el inicio promedio de la actividad sexual fue a los 14.2 años de edad, de los 15.4 años

reportaron haber quedado o dejado a alguien embarazada sin desearlo. Conclusiones: Es evidente la importancia de incrementar los esfuerzos, para mejorar la calidad sexual que se ofrece al interior de la familia y en las instituciones educativas de enseñanza básica. Se hacen necesarias políticas gubernamentales que fortalezcan la educación sexual, faciliten el acceso oportuno a los métodos de planificación familiar, brinden la oportunidad de alcanzar un mayor nivel educacional, mayor oportunidad laboral y una mejor calidad de vida. (Ortiz y Cols. 2005).

1.7 “Primera relación sexual en adolescentes cubanos”. Objetivo: Identificar algunos aspectos de la sexualidad de adolescentes cubanos. Métodos: Estudio longitudinal, descriptivo; se aplicó encuesta a 612 adolescentes de ambos sexos de 15 a 19 años, pertenecientes a la Escuela en Formación de Técnicos Medios Saúl delgado, del Municipio Plaza de la Revolución en Ciudad de la Habana. Resultados: en los menores de 15 años con respecto a su primera relación, el sexo femenino obtuvo el 46.9 por ciento y el sexo masculino 26.9 por ciento, mientras que los mayores de 17 años, las mujeres obtuvieron 25.3 por ciento y los hombres 21.5 por ciento. Por otra parte los que iniciaron su vida sexual activa antes de los 15 años de edad en el momento de la encuesta habían tenido entre 4 a 6 parejas sexuales, de 15 a 17 años de edad habían tenido 6 parejas y mayores de 17 años de edad el número de parejas sexuales fue menor. Conclusión: El hecho de comenzar las relaciones sexuales tan tempranamente en la vida de estos adolescentes, tiene una importancia vital en la vida de estos; pero no tendría realmente una implicación vital si nuestros adolescentes, asistieran a esta primera experiencia protegidos. (Cutié S. y Cols. 2005).

1.8 “Factores personales asociados al uso de anticonceptivos en adolescentes mujeres solteras sexualmente activas”. Objetivo: Examinar factores personales que se asocian al uso consistente de anticonceptivos, en adolescentes solteras sexualmente activas. Se estudio 2021 adolescentes solteras sexualmente activas, que solicitaron en forma confidencial anticonceptivos en el Centro de Medicina

Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (CEMERA), entre los años 1990 y 2001. Se compararon dos grupos de adolescentes que usaron métodos anticonceptivos indicados por 6 meses; y otro grupo que lo usaron menos de 6 meses. Resultados: Las que utilizaron anticonceptivos en la primer entrevista solo el 67.4 por ciento volvió a la cita con el medico para la indicación del método anticonceptivo. Los adolescentes encuestados fueron de 12 a 19 años de edad. Conclusiones: se demostró que el buen desempeño académico, mayores aspiraciones académicas y mayor participación social se asocian al mejor uso de métodos anticonceptivos. (González A. y Cols. 2002).

1.9 “Aprobación de los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes”. Objetivo: Evaluar la influencia que tienen las creencias, actitudes y normas subjetivas en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, en adolescentes escolarizados de Jamundí, Departamento del Valle del Cauca. Colombia. Método: Se aplicó una escala psicométrica a 128 adolescentes, antes de una intervención educativa 3 y 6 meses después de la misma y se obtuvieron resultados que demuestran, que las y los adolescentes lograron modificar positivamente la mayoría de las intenciones, actitudes y normas subjetivas, relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos. Del total de los adolescentes del estudio el 54.9 por ciento eran mujeres, las/los adolescentes tenían un rango de edades entre 12 y 18 años; sin embargo los que estaban en mayor proporción tenían 15 años de edad (39.8 por ciento) y los de 16 años 22.7 por ciento. Conclusiones: se deben abordar estos derechos y comprometer en mayor proporción a los sectores que influyen en los adolescentes. (Vázquez M. y Cols. 2004).

1.10 “Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto”. Objetivo: Describir la proporción de embarazo no deseado en adolescentes, su asociación con características sociodemográficas y la utilización de anticonceptivo posparto. Metodología: Es un estudio transversal con una muestra de 220 mujeres adolescentes entre 13 y 19 años de edad de dos municipios semi urbanos del estado de Morelos, México. Las mujeres fueron entrevistadas en su casa entre 6 y 12 semanas después del parto, se les preguntó si antes de embarazarse desearon el último embarazo. Además se indagó sobre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos posparto. Resultados: El 22.73 por ciento contestaron que su embarazo no fue deseado. Sin embargo el 35 por ciento estaba utilizando un método anticonceptivo efectivo, después de 6 semanas posparto. No encontrando diferencia en la frecuencia de usos anticonceptivos según deseo del último embarazo, entre quienes se atendieron el parto en el Centro de Salud u Hospital solo el 43.39 por ciento estaba utilizando un método anticonceptivo efectivo de planificación familiar. Conclusiones: Es necesario insistir en la promoción de la utilización de los métodos anticonceptivos posparto, en este grupo considerado de alto riesgo reproductivo, que preparen al adolescente para la toma de conciencia de su capacidad para ejercer su sexualidad y planear deliberadamente la postergación de su fecundidad. (Múñez Urquiza y Cols. 2003).

1.11 “Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo”. Objetivo: Valorar los conocimientos y actitudes sobre métodos de prevención de los embarazos no deseados, de las ETS y evaluar el resultado de una intervención educativa, desarrollada en el ámbito escolar, dirigida a mejorar la información sobre estos temas. Metodología: Se evaluó el resultado de una investigación educativa en

este ámbito; se estudió antes y después de una intervención educativa, basada en charlas y entrega de documentación informativa, para valorar cambios en conocimientos y actitudes a los alumnos de cuarto año de secundaria obligatoria, de 5 centros educativos de los cuales contestaron 238 alumnos de un total de 268. Antes de la intervención se realizó un estudio descriptivo, transversal mediante una encuesta anónima y autocomentada. Resultados: La edad media fue de 15.59, el 54.66 por ciento eran mujeres y el 24.03 por ciento ya habían mantenido alguna relación sexual, el método más utilizado fue el condón. También el porcentaje de usuarias de la anticoncepción de emergencia, es elevado para estas edades. Ambos hechos son razones suficientes para no bajar la guardia en la prevención de embarazos no deseados.. (Callejas Pérez y Cols. 2005).

1.12 “Salud de los adolescentes y regulación de la fecundidad”. Objetivo: Explorar ideas, concepciones y actitudes de los adolescentes de ambos sexos de dos comunas de Cali, frente al uso de métodos anticonceptivos. Metodología: En esta investigación se realizaron grupos focales con adolescentes embarazadas y sus compañeros adolescentes, mujeres adolescentes no embarazadas y sus amigos varones adolescentes. Es una investigación **cualitativa exploratoria**, se contó con la participación de 60 adolescentes de 14 y 19 años de edad. Resultados: La mayoría de las adolescentes embarazadas expresaron temor al uso de los métodos anticonceptivos, porque tienen ideas equivocadas sobre efectos colaterales, las adolescentes no embarazadas expresaron temor a tratar temas de sexualidad con los padres, porque estos asuntos aún son considerados como un tabú a nivel familiar. Conclusiones: Los jóvenes necesitan mayor orientación y estímulo que los capacite para adoptar sus propias decisiones, y responsabilizarse de sus acciones. Los trabajadores de salud, especialmente los profesionales de enfermería, tienen la

responsabilidad frente a los adolescentes que buscan un consejo en anticoncepción, de exhortar la promoción en la planificación familiar. (Canaval E. y Cols. 2006).

1.13 “Factores sociales que rodean el proceso de la paternidad en padres adolescentes. Un análisis cualitativo”. Objetivo: Investigar en mayor profundidad los factores sociales que rodearon antes y posterior el proceso de la paternidad en varones adolescentes. Metodología: En un estudio cualitativo, se aplicaron entrevista a profundidad a un grupo de padres adolescentes, de 2 a cuatro años después del nacimiento del hijo. Se tomó una muestra al azar de 9 jóvenes que acudieron al Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo integral del adolescente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Resultados: Antes de su paternidad los padres adolescentes se perciben como cualquier joven de su edad, que realizan acciones propias de un adolescente, salen a fiestas, se juntan con amigos, estudian, trabajan a veces y que son algo irresponsables y locos. Al recibir la noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y económicos, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las urgencias. Sugerencias: El equipo de salud deberá trabajar con el padre adolescente, estimulando su compromiso con la situación o bien, posibilitando una separación que no parezca huida o abandono. (González Electra y Cols. 2003).

1.14 “Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia”. Objetivo: Contribuir a un mejor entendimiento, de la problemática del embarazo en las adolescentes y de sus factores determinantes próximos y socioeconómicos, en dos contextos culturalmente diferentes, las ciudades de Cali y Santa Fe de Bogotá, en Colombia. MÉTODO: De carácter longitudinal, el estudio combina métodos de investigación **cuantitativa** y **cualitativa**. Se basa en la encuesta retrospectiva, cuantitativa y cualitativa de salud

de los adolescentes de 2003. La encuesta cuantitativa tuvo una muestra de 1 100 adolescentes representativas de cada estrato socioeconómico. Para el análisis de los factores determinantes, se utilizaron modelos de riesgo proporcional de tiempo discreto. Para el estudio cualitativo se efectuaron 72 entrevistas a profundidad y cuatro grupos focales. Asimismo, se identificaron las categorías que surgían de pautas y recurrencias en los datos, para generar patrones socioculturales por sexo, estrato y ciudad. Los factores determinantes socioeconómicos y contextuales de los sucesos de la vida sexual. Resultados: El 7 por ciento de las adolescentes de Bogotá y Cali han estado embarazadas alguna vez, las adolescentes utilizan métodos de planificación familiar un año después de iniciarse las relaciones sexuales. Las adolescentes de estrato bajo, establecen uniones estables más temprano y con mayor frecuencia que las del estrato más alto. Conclusiones: Resulta evidente el escaso impacto que ha tenido la educación sexual que se imparte en las escuelas desde 1993, en el comportamiento reproductivo de las adolescentes (Flórez C. 2005).

1.15 “Riesgos en el embarazo adolescente”. El embarazo no deseado en un adolescente, es un problema social cada vez más frecuente a nivel mundial. Los adolescentes inician sus relaciones sexuales cada vez a más temprana edad, trayendo aparejadas diversas consecuencias como lo es un embarazo. Este evento produce riesgos a nivel social, como lo son familias con mayor número de hijos, mayor deserción escolar, desempleos o empleos mal remunerados, alta proporción de hijos ilegítimos. Repercute también en la salud de la madre y el recién nacido, aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad de ambos, y más aún cuando el embarazo se produce en cercanías de la monarquía. Las medidas preventivas están orientadas a tres niveles: a prevenir el embarazo, a prevenir los riesgos cuando la joven ya está embarazada y al control de la evolución del niño y sus jóvenes padres. Conclusión: Se debería poner mayor énfasis en la promoción de la utilización de métodos anticonceptivos, para la prevención del embarazo no deseado, Dicha tarea depende tanto de la esfera social a la cual el joven pertenece, como a su propia familia. Una vez producido el embarazo, es importante realizar un control precoz y adecuado,

a fin de evitar las complicaciones que trae aparejado tanto para la madre como para el hijo. (Ulanowicz M. y Cols. 2006). (Estudio bibliográfico).

1.16 “Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural.” Los últimos análisis de las tendencias migratorias en diversos países de la Unión Europea y en España, alertan sobre la necesidad de desarrollar políticas adecuadas, para hacer frente de forma integra a las nuevas situaciones de colectivos de inmigrantes; que van a necesitar un importante apoyo educativo y sociosanitario, en el que la enfermería debe desempeñar un papel de primer orden. Los profesionales deben ser conscientes de esta realidad demográfica, de tal modo que sean capaces de ocuparse de las futuras necesidades de la asistencia sanitaria de enfermería de la población cambiante. Resulta interesante destacar, los ocho factores que influyeron en la doctora Leininger, a la hora de instaurar lo que hoy denominamos enfermería transcultural.

1. Debido al marcado aumento en las migraciones de gente dentro del país y entre países a nivel mundial, se necesita la enfermería transcultural, ya que esta apareciendo una diversidad creciente, que caracteriza nuestras poblaciones nacionales y globales.
2. Se ha dado un aumento en las identidades multiculturales, con gente que espera que los profesionales de enfermería y de la salud en general entiendan y respeten sus creencias culturales; valores y estilos de vida.
3. El uso excesivo de la tecnología aplicada a los cuidados en salud, a veces entra en conflicto con los valores culturales de los pacientes.
4. En todo el mundo, existen conflictos culturales, choques y violencia que desencadenan un impacto sobre los cuidados en salud, al tiempo que cada vez más culturas interactúan las unas con las otras.
5. Existe un aumento en el número de personas que viajan y trabajan en muy diferentes partes del mundo.
6. Existe un aumento de los temas legales resultantes del conflicto cultural, la negligencia, ignorancia e imposición dentro de las prácticas en cuidados de salud.
7. Se ha dado un aumento en los problemas de género y feminismo, con nuevas

demandas sobre los sistemas sanitarios, con la intención de que se tengan en cuenta las necesidades de mujeres y niños.

8. Se ha dado un aumento de la necesidad por parte de la comunidad y los servicios de cuidados en salud.

1.17 “Cultura y cuidados de enfermería”. ¿Por qué el tópico de la cultura es importante en enfermería? **Primero** porque cada país se está volviendo más diverso a través de la migración global. **Segundo**, porque la cultura es parte importante de la identidad de cada persona y debe ser reconocida en el cuidado enfermería. **Tercero**, porque el hecho de suministrar cuidado de la salud a través de las diversas culturas constituye un enorme desafío -si el cuidado de enfermería no se realiza de una manera sensible y competente, puede ser inefectivo o hasta dañino. El cuidado de las personas de origen cultural mixto, es igual o más desafiante que el cuidado a quienes comparten unas mismas raíces culturales. La mayoría de estas investigaciones han sido con inmigrantes y refugiados que viven en California, y proceden de Irán, de los países árabes, de Afganistán, y más recientemente de Bosnia y de lo que fue la Unión Soviética. La cultura es parte de la identidad de cada persona. Nadie crece sin cultura, los niños absorben su cultura naturalmente, primero de sus padres y de los miembros de la familia, y después en el colegio. "la cultura es un sistema de símbolos que son compartidos, aprendidos y transmitidos a través de las generaciones en un grupo social". Leininger comenta. Si la creencia o práctica de salud es benéfica o por lo menos neutral,. Tal vez la enfermera puede apoyar la creencia, pero a la vez sugerir una práctica más benéfica, al sustituirla por una práctica más sana. Por supuesto deberá reconocer que la última decisión le corresponde al paciente, familias, y comunidades en lugar de dictar el cuidado. Estos postulados dependen mucho del auto-conocimiento y reconocimiento del ambiente socio-económico y político. (Lipson J. 2000).

1.18 “Competencia Cultural”. Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. La preservación o mantenimiento del cuidado cultural es crucial, pues hoy existen múltiples fuerzas capaces de devaluar la vida humana. La sociedad de

consumo, la alta tecnología y la falta de sensibilidad, son algunas de las presiones que inciden ávidamente en la pérdida de algunos de los valores autóctonos, perdiéndose ricas posibilidades de cuidado que se han engendrado en la diversidad misma del ser humano. La enfermería debe identificar, en los sujetos que cuida, aquellas prácticas y valores dignos de mantener, pues promueven el bienestar y condiciones de vida adecuadas para la conservación de la salud. El futuro del cuidado de la salud depende mucho del rol que jueguen las enfermeras. La enfermería ha obtenido grandes logros en los últimos 20 años, sin embargo, los problemas tradicionales y los emergentes de la era de la globalización, configuran un complejo panorama el que podría mejorarse, trabajando los siguientes para hacer de la enfermería una profesión que ofrezca cuidados culturalmente competentes: La revisión de modelos educativos y reorientación de los planes de estudio, hacia modelos sociales complejos. Orientación de la educación de enfermería, hacia las necesidades de salud de la población y los nuevos modelos integrales de atención, basados en conceptos y prácticas de salud pública y atención primaria de salud. Promoción del pensamiento “crítico”. Análisis permanente del impacto de la globalización. (Ibarra Mendoza T. Siles González 2006).

1.19 Análisis de investigaciones brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería, años 2001-2003”· El conocimiento teórico del cuidar empezó en enfermería en la década de los '50 con Madeleine Leininger, quien defendió la concepción de que el cuidado es una necesidad humana esencial, y el cuidar es la esencia de enfermería y es un modo de lograr salud, bienestar y la conservación de las culturas y de la civilización. Los conocimientos sobre la antropología de la salud apuntan hacia la importancia del cuidado congruente entre las creencias y valores, hábitos y costumbres de los diferentes grupos sociales. La diversidad cultural en nuestro país, sea a través de la influencia traída por los inmigrantes o a través de los pueblos nativos, constituye una riqueza de prácticas en salud, importantes y necesarias para el conocimiento científico, acercando creencias y saberes a los quehaceres más particulares y adecuados a las necesidades de los grupos poblacionales. Las relaciones de poder en el cuidado son importantes para una

práctica más socializada y de mayor consenso entre los sujetos involucrados. El ejercicio del cuidado se identifica como un ejercicio de poder, de dependencia o de autonomía, mediado por relaciones facilitadoras o dificultadoras de este proceso, sustentadas por dominios de conocimientos, dominios de fuerzas articuladas, o creencias y prácticas habituales, entre otros aspectos, los cuales carecen de mayor conocimiento para una convivencia más civilizada entre los seres humanos. El imaginario social, las imágenes sobre sí y sobre el mundo dan sentido al cuidado y a la vida. (Alacoque Lorenzini y Cols. 2005).