



UNIVERSIDAD AMERICANA DE ACAPULCO
"EXCELENCIA PARA EL DESARROLLO"

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE DE INCORPORACIÓN 8852-25

**"PRINCIPALES FACTORES QUE PROPICIAN EL
EMBARAZO DE ADOLESCENTES DE QUINCE A
DIECIOCHO AÑOS DE EDAD EN ACAPULCO"**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA
JORGE VALDÉS MOSSO

DIRECTOR DE TESIS
CARLOS BETANCOURT SÁNCHEZ



ACAPULCO, GUERRERO

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A Dios.

Quien me dió la fé, la fortaleza, la salud y la esperanza para terminar este trabajo.

A mis Padres.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y que me han infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante pero sobre todo, por su amor.

A mi asesor Carlos Betancourt.

Por su gran apoyo y motivación para la elaboración y culminación de esta tesina, por su esfuerzo, dedicación, sus conocimientos y orientación, sin los cuales no hubiese sido posible realizar este proyecto.

A mis Asesores

Por el gran apoyo ofrecido en este trabajo; por el tiempo dedicado, por sus aportaciones, paciencia y por impulsar el desarrollo de esta tesina.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVO GENERAL.....	2
OBJETIVO ESPECÍFICO	2
PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN.....	2
MARCO CONTEXTUAL	3
CAPITULO 1: ADOLESCENCIA	7
1.1 DEFINICIÓN.....	7
1.2 ASPECTOS DE DESARROLLO DEL ADOLESCENTE	8
1.2.1 Aspectos fisiológicos	8
1.2.2 Aspecto cognoscitivo.....	12
1.2.3 Aspecto emocional.....	14
1.2.4 Aspecto social	16
1.2.5 Aspecto psicosexual.....	18
CAPITULO 2: EMBARAZO	20
2.1 DEFINICIÓN.....	20
2.2 PRINCIPALES SIGNOS DEL EMBARAZO	21
2.2.1 Aversión a ciertos alimentos.....	21
2.2.2 Cambios de humor.....	22
2.2.3 Cansancio	22
2.2.4 Cambios mamarios	22
2.2.5 Náuseas.....	23
2.3 DESARROLLO DEL FETO	23

CAPITULO 3: FACTORES QUE PROPICIAN EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	26
3.1 FACTORES PSICOSOCIALES Y CONDUCTA SEXUAL ADOLESCENTE	26
3.1.1 Falta de información sobre métodos anticonceptivos	28
3.1.2 Diferencia de edades en la pareja.....	30
3.1.3 Abuso sexual.....	31
3.1.4 Ambiente en la infancia	32
3.1.5 Factores Sociales y Culturales	34
3.2 TEORIAS PSICOLOGICAS SOBRE EL EMBARAZO ADOLESCENTE.....	35
3.2.1 Teoría psicoanalítica	35
3.2.2 Teoría biológica	35
3.2.3 Teoría sociocultural	36
3.2.4 Teoría familiar	37
3.2.5 Teoría afectiva	38
CONCLUSIÓN	39
PROPUESTAS.....	40
REFERENCIAS	49

INTRODUCCIÓN

Cada año en México, cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, lo que equivale al 27.6 por ciento del total. El embarazo en la adolescencia es un impedimento para mejorar las condiciones educativas, económicas y sociales de los adolescentes ya que tienen rangos de edad predominante de entre 15 y 18 años.¹

En Acapulco el embarazo adolescente es un problema de salud pública muy importante, siendo las condiciones socioculturales las que han determinado su prevalencia, ocurriendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos bajos y marginados.

Las elevadas tasas de embarazo en adolescentes coinciden con los altos índices de marginación y bajos niveles de cobertura educativa en secundaria y bachillerato para este grupo de población.

En 1990, las tasas de natalidad para adolescentes de 15 a 18 años de edad se ha asociado al aumento de la proporción de adolescentes que son sexualmente activas, la cual se ha incrementado de un 36% a un 51%.

El embarazo durante la adolescencia es considerada por la OMS como un embarazo de alto riesgo tanto para la madre como para el producto, debido a las repercusiones que tiene particularmente sobre el proyecto de vida de las madres.²

¹ Núñez-Urquiza RM, Hernández-Prado B, García-Barrios C, González D, Walter D. (2003) **Embarazo no deseado en adolescentes**. Salud Pública México 92-102.

² Rodríguez. Jorge(2011) **Reproducción adolescente y desigualdad: VI encuesta nacional de juventud** , México, año 5, num 8 estado de México 87-113

OBJETIVO GENERAL

Investigar cuáles son las principales causas de embarazo en adolescentes en un rango de entre 15 y 18 años de edad en Acapulco.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- A. Desarrollar una propuesta la cual concientice a los jóvenes acerca del embarazo adolescente.
- B. Determinar cuál es el papel de la familia y de la sociedad en adolescentes embarazadas.
- C. Investigar qué factores de nivel social, económico, psicológico, emocional y familiar afectan a los adolescentes.

PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación da una explicación lógica y propone medidas para disminuir el problema del embarazo en adolescentes. Los beneficiados de esta investigación son los jóvenes ya que son ellos los principales sujetos de esta situación, pero también se beneficiarían muchos padres de los jóvenes ya que así podrán hablar sin miedo al momento de tocar un tema como es el embarazo.

Esta investigación sirve para dar a conocer la situación actual de un tema que muchos padres consideran un tema “tabú”, ya que creen que evitando el tema, sus hijos no tendrán

curiosidad acerca de las relaciones sexuales, pero al contrario solo generan más dudas y dejan la responsabilidad a las escuelas, las cuales no están completamente capacitadas para dar ese tipo de información a los jóvenes.

MARCO CONTEXTUAL

De acuerdo con las estadísticas de natalidad del INEGI, en el año 2011 nacieron en el país 2.58 millones de niñas y niños; de ellos, 473 mil tuvieron como madre a una mujer que al momento del parto tenían entre 15 y 18 años de edad. Esta cifra es equivalente a 18.4%, es decir, prácticamente uno de cada cinco niñas y niños que nacieron en 2011 son hijos e hijas de madres adolescentes.³

Los factores que originan estas cifras son múltiples y revelan la necesidad de construir más y mejores estudios que permitan prevenir de manera adecuada los embarazos no deseados, particularmente a una edad temprana. Durante muchos años se asoció este fenómeno, a la pobreza y la escolaridad. Sin embargo, los datos muestran que aun cuando Chiapas y Guerrero son las dos entidades que presentan mayor tasa de fecundidad para el grupo de mujeres entre los 15 y los 19 años de edad, en tercer y cuarto sitio se encuentran los estados de Aguascalientes y Durango, los cuales superan ampliamente en términos de desarrollo social y humano a los estados del sureste.⁴

Es necesario destacar que a menor edad de la mujer en su primer embarazo, es mayor la probabilidad de que tenga más hijos a lo largo de su vida. La información del INEGI

³ Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. XIII (2010) **Censo General de Población y Vivienda 2010**. México: INEGI.

⁴Grandi, Carlos Trungadi, Mariano; Meritano, Javier. (2009). **Riesgo de parto prematuro: un estudio caso-control**. Revista del hospital materno infantil Ramón Sardá, sin mes, 121-128.

muestra que de los 11,521 partos en mujeres de hasta 15 años de edad registrados en 2011, en 1,038 casos son mujeres que ya tienen 2 hijos; 470 tienen 3 hijos; 212 tienen 4 hijos, 121 tienen 5 hijos, mientras que 66 niñas en esa edad tienen 6 hijos.

Por otra parte, en el grupo de las mujeres de 15 a 19 años de edad, entre quienes se registraron 461,466 partos en 2011, en 354,326 casos fueron madres por primera vez; en 84,375 casos es ya su segundo hijo; en 16,165 casos son mujeres con ya tres hijos; en 3,674 casos se trata de mujeres con ya cuatro hijos; en 1,304 casos con cinco hijos; tan solo en el en 2014, 35.6% de todo los embarazos en el país son adolescentes de 15 a 19 años.⁵

En Acapulco las elevadas tasas de embarazos de niñas y adolescentes coinciden con los altos índices de marginación y bajos niveles de cobertura educativa en secundaria y bachillerato para este grupo de población. Personal de Salud de Guerrero detectó una alarmante proliferación de embarazos en adolescentes indígenas de entre 15 y 18 años de edad en la región de La Montaña, debido a la falta de educación y cultura.⁶

Según el informe preliminar, de la campaña de información y atención que realiza el sector Salud en coordinación con el DIF-Guerrero, el sistema de usos y costumbres de la región es un factor preponderante para que los adolescentes no se informen de los métodos de anticoncepción y de prevención de enfermedades como el VIH.⁷

Por ejemplo en la región de la montaña, en Cochoapa el Grande la cual es considerada la localidad más pobre del país, las mujeres se niegan a conocer el método para evitar un

⁵ Herriot Emans S, J, laufer M, R, (2014) **Embarazo en las adolescentes. Ginecología en pediatría y la Adolescente**. 4ta ed. Mex. 551.

⁶ Grandi, Carlos Trungadi, Mariano; Meritano, Javier. (2009). **Opus citatum**121-128.

⁷ Vargas Trujillo, Elvia Henao, Juanita; González, Constanza. (2007). **Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia**. *Acta Colombiana de Psicología*, Abril, 49-63.

embarazo o lo que es la prevención contra enfermedades de tipo sexual, debido a los usos y costumbres de la región.

Las adolescentes también sienten pena al preguntar por los métodos anticonceptivos, aunque inician su vida sexual cada vez más pequeñas. Guerrero ocupa el cuarto lugar, después del Estado de México, Veracruz y Chiapas, por el número de madres adolescentes.⁸

El Hospital de la Madre y el Niño Indígena Guerrerense recibe con regularidad casos de mujeres menores de edad que quedan embarazadas después de ser violadas y cuyos productos nacen prematuramente, débiles o incluso mueren. La mayoría son púberes que han sido violadas en los municipios de Metlatónoc o Alpoyecá.⁹

Uno de los casos más conocidos es el de una adolescente de 15 años cuyo bebé nació a las 24 semanas de gestación, pesando solo 600 gramos por lo que estuvo en terapia intensiva y requiere constante atención y cuidados.¹⁰

En la ciudad de México la Secretaría de Salud señaló que por temor a comunicarle a sus padres que están embarazadas, más de la mitad de las adolescentes retrasan el control prenatal, lo que provoca complicaciones que ponen en riesgo su vida y la de su hijo. El control prenatal es fundamental para prevenir e identificar alteraciones de cualquier tipo tanto en la madre como en el hijo, consultas que adquieren mayor importancia si se trata de

⁸ Díaz Castro, Alexander. (2009). **Causas del embarazo precoz**. Revista mexicana de obstetricia y ginecología, Marzo, 93-99.

⁹ Atucha Andres (2005) **Sexualidad y adolescencia el papel de los planificadores familiares**, Mecnograma, México 67-72.

¹⁰ Palacios, José Rodolfo. (2008). **El abuso sexual a niñas, niños y adolescentes: un secreto familiar, un problema social**. Revista Electrónica Educare, Sin mes, 99-111.

una adolescente, ya que por la inmadurez de su cuerpo tiene mayor riesgo de presentar complicaciones.¹¹

El principal problema que se tiene con las adolescentes es que al ser un embarazo no planeado, tratan de ocultar al máximo su estado por temor a la reacción de sus padres, y dejan pasar varios meses para dar la noticia o definitivamente porque lo abultado de su vientre hace imposible ocultar la situación.¹²

¹¹ Suárez Linares, Judith. (2011). **Otra mirada al embarazo en la adolescencia**. Revista Habanera de Ciencias Médicas, Marzo, 155-157

¹² Muñoz Faúndez, Javier. (2004). **Educación de la sexualidad y embarazo precoz en la adolescente**. Horizontes educacionales, México, Agosto, 65-78

CAPITULO 1: ADOLESCENCIA

1.1 DEFINICIÓN

La adolescencia se define como el período de vida que se ubica entre la niñez y la adultez, si lo ubicamos temporalmente en una edad determinada, la adolescencia comprendería desde los 10 años hasta los 19 años.

Es en este momento de la vida en la cual el individuo comprende acerca de su capacidad de reproducción, evoluciona su psiquis y es donde comience a planificar y a pensar ciertamente en su futuro.

Así como en la infancia, el período anterior a la adolescencia, nos dábamos cuenta de la importancia de este momento, en el cual se conformaban los elementos afectivos e intelectuales de la persona siendo estos clave en el futuro; la adolescencia también resulta ser clave en el sentido de que es aquí donde se va a producir una metamorfosis de cuerpo y mente que será determinante a la hora de llegar a la adultez.¹³

La adolescencia es un periodo que se caracteriza por su duración, indeterminación, por la carga de conflictos y la asincronía entre la madurez sexual y psicosocial.

Biológicamente el adolescente es prácticamente un adulto, tiene la capacidad de reproducirse, socialmente no es niño, pero aún no tiene un lugar en el mundo de los adultos, y pasará un tiempo antes de que se le permita ser autosuficiente.¹⁴

La adolescencia concluye cuando el joven ha logrado definir una manera de pensar, sentir y actuar establemente y que le permita una autonomía personal y social.

¹³ Adelson J. Green B. (1998) **El desarrollo físico y hormonal en el adolescente** Alianza editorial Madrid.

¹⁴ Silber, T. (2000) **Manual de la Medicina de la Adolescencia**, Publicación de la OPS Instituto Mexicano de la Juventud, Encuesta Nacional de Juventud 2000. Resultados Generales, México, p. 31.

También es muy común que en este momento se den algunos comportamientos rebeldes, como resultado, los padres querrán poner ciertos límites porque el chico no es adulto todavía y este se resiste a tomarlos en cuenta.

1.2 ASPECTOS DE DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

El ser humano a lo largo de la adolescencia tiene varios cambios, no solo físicamente sino también en lo emocional y social. A continuación se enlistaran los cambios más relevantes.

1.2.1 Aspectos fisiológicos

Los cambios fisiológicos aparecen en la adolescencia temprana, teniendo una gran repercusión psicológica tanto para el adolescente como para quienes lo rodean. Estos cambios externos implican cambios en el esquema corporal tales como:

- A. Desarrollo de las características sexuales primarias relacionadas a los órganos de reproducción: crecimiento del pene, testículos, ovario, útero, vagina, clítoris y labios genitales mayores y menores.
- B. Desarrollo de las características sexuales secundarias: aparición del vello pubiano y axilar; en los varones barba y vello en las piernas, brazos y pecho; en las muchachas, aparición del botón mamario y desarrollo de los pechos y posteriormente la menarquia.
- C. Adquisición de la madurez sexual.
- D. Desarrollo de las glándulas sudoríparas y sebáceas.
- E. Aumento en la velocidad de crecimiento, cambio en proporciones corporales, peso, fuerza, coordinación motora.

En la adolescencia una de las tareas más importantes es la adaptación a la nueva imagen corporal, con la cual necesita identificarse y lograr una aceptación física de él. Esto es una parte importante de la imagen que se tiene de él, así como un elemento donde se sustenta y expresa la autoestima.¹⁵

El adolescente tiende a centrarse en sí mismo intentando adaptarse a su nuevo cuerpo que le puede producir sensaciones diferentes. Son frecuentes las dudas acerca de cuán normal es su desarrollo y cuán atractivo puede resultar para los demás. Así como las comparaciones y el interés creciente en la anatomía sexual y fisiológica, incluyendo preguntas acerca de la menstruación, masturbación y orgasmo.

Uno de los rasgos del desarrollo físico puberal es la asincronía física, gestual y motora. El adolescente puede volverse torpe con su cuerpo. Esto aumenta la sensación de estar desubicado y así influir en su cambiante imagen, provocando ansiedad y sentimientos de inferioridad. La aprobación de su cuerpo por parte de las personas más cercanas, padres y amigos.¹⁶

Es en la adolescencia media y tardía donde se podrá integrar esta nueva imagen corporal. Una vez que ya se han ido experimentando la mayoría de los cambios puberales, el adolescente tiende a centrarse en hacer atractivo su cuerpo, pasando largas horas preocupado por su estética. Como parte de la búsqueda de una identidad propia y de su expresión en la imagen corporal, es frecuente que el adolescente experimente con su

¹⁵ Aravena R. Andrea y Heidi Fritz H. (2010) **Sexualidad juvenil y exposición a riesgos en el embarazo y el enfoque social**, revista *observatorio*, Año 7 N27 Septiembre México.

¹⁶ Szasz, Ivonne, (2008) **Estudio de la sexualidad en México: una búsqueda necesaria para abordar problemas de salud reproductiva**, en Enrique Dulanto Gutiérrez , El Adolescente, p. 392.

aparición física buscando diversas formas de vestirse, peinarse, e interesándose por la moda.

Mujeres

Se caracteriza por un agrandamiento en el tejido glandular por debajo de la areola, consecuencia de la acción de los estrógenos producidos por los ovarios. La edad de aparición es después de los 10 años, aunque se conoce que han aparecido a los 8 años de edad; puede ser unilateral y permanecer así por un tiempo, y casi siempre es doloroso al simple roce. El desarrollo mamario, además de aumentar de tamaño la areola se hace más oscura y más grande, y sobresale del tejido circundante, aumenta el tejido glandular, se adquiere la forma definitiva, generalmente cónica, y se desarrollan los canalículos.¹⁷

El vello púbico, bajo la acción de los andrógenos y ováricos, es fino, escaso y aparece inicialmente a lo largo de los labios mayores y luego se va expandiendo. El vello púbico en algunos casos coincide con el desarrollo mamario y en otros puede ser el primer indicio puberal. Con el tiempo el vello pubiano se hace más grueso y menos lacio, denso, rizado y cubre la superficie externa de los labios, y se extiende hasta el monte de Venus. El vello axilar y el vello corporal aparecen más tarde.¹⁸

Los genitales cambian de aspecto y configuración. Los labios mayores aumentan de vascularización y aumenta la cantidad de folículos pilosos, hay estrogenización inicial de la mucosa vaginal, los ovarios y el cuerpo del útero aumentan en tamaño.

¹⁷ Olivia A. Parra A. **Anatomía física durante la adolescencia**. Infancia y aprendizaje 181-196

¹⁸ Díaz Sánchez, Vicente, **“El embarazo de las adolescentes en México”**, Gaceta Médica de México, vol.139, supl. 1, julio-agosto de 2003, p. 24.

Las trompas de Falopio aumentan de tamaño, y aumenta el número de pliegues en su mucosa. La mucosa se torna más gruesa, las células aumentan su contenido de glucógeno y el pH vaginal pasa de neutro a ácido un año antes de la primera menstruación.¹⁹

La menarquia que es la primera menstruación, aparece precedida por un flujo claro, inodoro, transparente y bacteriológicamente puro que, visto al microscopio, tiene aspecto de hojas de helecho. La menarquia tiende a presentarse a los 11 o 12 años.

Varones

Los testículos prepuberianos tienen un diámetro aproximado de 2,5 a 3 cm, el cual aumenta por la proliferación de los túbulos seminíferos. Las vesículas seminales y la próstata coinciden con el crecimiento testicular, pero no es apreciable externamente.

La espermatogénesis, se detecta entre los 11 y 15 años de edad, y la edad para la primera eyaculación es entre los 12 y los 16 años. El pene comienza a crecer en longitud y también a ensancharse aproximadamente un año después de que los testículos aumentan de tamaño.²⁰

El vello púbico aparece y se propaga hasta el pubis, donde se aprecia más grueso y rizado. Puede comenzar a aparecer el vello axilar y, en ocasiones, en el labio superior.

El vello en los brazos y en las piernas se torna más grueso y abundante alrededor de los 14 años. Aumenta la actividad de la secreción de las glándulas suprarrenales con la aparición de humedad y olor axilares, igual que el acné, típico de esta etapa de la vida.

¹⁹ Pérez Palacios, Gregorio y Fernando Beltrán Aguirre, (2005) **“La salud de los adolescentes: un pilar de la salud reproductiva”**, en Enrique Dulanto Gutiérrez El Adolescente, p. 628.

²⁰ Adelson J. Green B. (1998) **El desarrollo físico y hormonal en el adolescente** Alianza editorial Madrid.

1.2.2 Aspecto cognoscitivo

La adolescencia es el período en el cual la capacidad de adquirir y utilizar conocimientos llega a su máxima eficiencia, capacidad que va mejorando desde los 11 -12 años. Según la teoría cognitiva de Piaget el joven pasa desde la etapa de las operaciones concretas a las operaciones formales, que permiten el pensamiento abstracto, donde el grado de sutileza y complejidad de su razonamiento se hace mayor. Se constituye así en un individuo capaz de construir o entender temas y conceptos ideales o abstractos. Esta capacidad se supone que llegará a formar parte de la casi totalidad de los adolescentes entre los 17 -18 años.

Al aparecer las operaciones formales el adolescente adquiere varias capacidades nuevas importantes como:

- A. Tomar como objeto a su propio pensamiento y razonar acerca de sí mismo.
- B. Considerar no sólo una respuesta posible a un problema o explicación a una situación, sino varias posibilidades a la vez.
- C. Agota lógicamente todas las combinaciones posibles.
- D. El pensamiento operativo formal le permite distinguir entre verdad y falsedad, es decir comparar las hipótesis con los hechos.
- E. Tramitar la tensión a través del pensamiento y ya no sólo a través de la actuación. Puede "pensar pensamientos".

Los adolescentes son capaces no sólo de captar el estado de las cosas, sino de entender los posibles estados que éstas podrían asumir. La conciencia entre lo real y lo posible,

contribuye a convertir al adolescente en un “rebelde”. Todo esto lo hace ser crítico y puede ser conflictivo ante los adultos.

La aparición del pensamiento operativo formal afecta también al adolescente en la idea que se forma de sí mismo. Comienza a dirigir sus nuevas facultades de pensamiento hacia adentro y se vuelve introspectivo, analítico y autocrítico.

Existe una incapacidad para diferenciar los intereses y motivos propios de los ajenos y como está preocupado de sí mismo, cree que todos los que lo rodean están pendientes de su conducta y apariencia. También como consecuencia del egocentrismo se cree único y especial.²¹

Los jóvenes tienden a la ensoñación, a fantasear, pasando largas horas dedicado a esto. El fantasear constituye un espacio intermedio entre el jugar y el pensar racional simbólico. Aunque supone experimentar con las nuevas posibilidades que le da la evolución en su pensamiento, para el adolescente el "soñar despierto" ocupa un lugar distinto en su campo de conciencia que el pensar racional. Existe, en la mayoría de los jóvenes, la clara diferenciación entre los contenidos de las fantasías, la acción de fantasear y los contenidos del pensar racional y el contacto con la realidad externa que éste exige.²²

El fantasear tiene también una connotación de realización de deseos que puede ser altamente placentera y exige reducción de la sensorialidad dado el grado de invasión de imaginación visual-auditiva en el campo de la conciencia. Es una mezcla entre sueño y

²¹ Muzzo B., Santiago. (2007). **Influencia de los factores ambientales en el tiempo de la pubertad**. *Revista Chilena de Nutrición*, Junio.

²² Hernández Ramírez, Jesús Alejandro, (2004) **Descubriendo la Salud y la Sexualidad en los Medios**. Medios de Comunicación y Salud Pública. La Voz de los Adolescentes, San Luis Potosí, p. 219.

vigilia, acción y simbolización, juego y pensamiento. Los adolescentes fantaseando son sujetos que están en estado de trance. Esto puede realizarse en un espacio privado y ser parte de la intimidad, por ejemplo, encerrado en su pieza recostado en su cama, como también puede hacerlo en sus tareas cotidianas.²³

1.2.3 Aspecto emocional

En esta etapa se producen grandes transformaciones psicológicas. La estabilidad emocional del adolescente sufre un cambio, lo que permite una reconstrucción durante la adolescencia. El desarrollo emocional estará vinculado a la evolución previa que trae el niño y al contexto.

Es común en el adolescente una marcada labilidad emocional que se expresa en comportamientos incoherentes e imprevisibles, explosiones afectivas intensas, pero superficiales. El adolescente se caracteriza por tener hiperreactividad emocional. Estas conductas se relacionan con la intensificación de los impulsos sexuales y agresivos propios de la etapa, los cuales generan ansiedad.²⁴

Son consideradas como una de las tareas evolutivas importantes de esta etapa el aprender a percibir, modular y controlar la expresión de las emociones. En la adolescencia temprana tiende a haber mayor labilidad emocional y descontrol de impulsos, en la adolescencia media es la etapa en la que los sentimientos experimentan su mayor intensidad y en la etapa posterior el adolescente irá experimentando una mayor profundidad y duración de sus sentimientos.

²³ Escobar & Muñoz (2005) **Estudio Cualitativo de la Experiencia de padres adolescentes**. Molina, R. Luengo, X. Guarda, P. González, E. & Jara, G., Adolescencia, Sexualidad y Embarazo, Serie Científica de Medicina. P. 25-26

²⁴ Pérez Palacios, Gregorio y Fernando Beltrán Aguirre, opus citatum, p. 635.

La adolescencia es una etapa de separación e individuación. Esto supone la configuración de una identidad propia, la búsqueda del concepto de sí mismo, así como dejar los lazos de dependencia infantil.

Los adolescentes intentan separarse de las figuras parentales, lo cual se expresa en conductas cuestionadoras de los padres, oposición y negativismo. Se desintegran las figuras de autoridad adultas y el adolescente pareciera que se fija en los defectos, lo que suele ser un proceso difícil de aceptar para los padres. Además, esta rebeldía opositora hacia los padres es contradictoria con un verdadero sometimiento a las normas de su grupo de pares a las que el adolescente no se atreve a oponerse. No todos los adolescentes desarrollan conductas opositoras, muchos logran consolidar una adecuada individuación sin que medien conductas rebeldes o impulsivas, es importante diferenciar estas conductas cuando son propias de un desarrollo normal, de las que corresponden a los trastornos conductuales.²⁵

En el adolescente predomina un fuerte sentimiento de omnipotencia e inmortalidad, lo que junto a la tendencia a actuar los impulsos, los puede llevar a conductas de riesgo donde no se detienen a evaluar las consecuencias.

La etapa de la adolescencia se caracteriza por una gran riqueza y profundidad de la vida emocional. La fantasía y la creatividad están al máximo en este período, como una forma de sublimar los intensos afectos que se vivencian. Estas aptitudes artísticas tienden a

²⁵ Virella Trujillo, María Elena González Osorio, Adis; Chávez Roque, Mavel; Santana Serrano, Caridad. (2009). **Intervención educativa sobre el conocimiento de factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.** Archivo Médico de Camagüey.

desaparecer al final de la adolescencia. Finalmente, el logro de la identidad significa la interpretación exitosa de la imagen personal en la sociedad.²⁶

1.2.4 Aspecto social

En la adolescencia uno de los cambios más significativos de esta etapa, es el paso desde la vida familiar a la vida social.

Se espera del adolescente una inserción autónoma en el medio social y que alcance el estatus primario: asumir una independencia que lo exprese personalmente y dirigirse hacia roles y metas que tengan consonancia con sus habilidades y que estén de acuerdo con las probabilidades ambientales. Los jóvenes procuran que sus sentimientos de adecuación y seguridad provengan de sus propias realizaciones, las que confronta frecuentemente con su grupo de pares o compañeros de edad similar.²⁷

En la adolescencia temprana se tiende a establecer una relación cercana de amistad con uno o más amigos del mismo sexo. Este vínculo es estrecho y el contacto con miembros del otro sexo suele hacerse en grupo. Hay una repulsión de las figuras de autoridad, tendiendo al distanciamiento, desobediencia y evitación.

En la adolescencia media, el grupo de pares como tal comienza a tener mayor relevancia. Es aquí donde cobra importancia la pertenencia, ya sea al grupo del barrio, grupos deportivos, grupos de amigos, etc. Estas pertenencias desempeñan funciones como:

²⁶ Díaz Sánchez, Vicente, opus citatum, p. 27

²⁷ Cueva-Arana V, Olvera-Guerra JF, Chumacera-López RM. (2005) **Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo**. Rev Med IMSS 2005; 267-271.

- A. Proporcionarle al individuo la oportunidad de aprender a relacionarse con sus compañeros de edad.
- B. Aprender a controlar su conducta social.
- C. Adquirir destrezas e intereses propios de la edad.
- D. Compartir problemas y sentimientos comunes.

En la adolescencia tardía los valores del grupo dejan de tener tanta importancia, siendo los propios valores acordes a la identidad los que se privilegian. Con las figuras de autoridad, se comienza a producir una reconciliación y reparación.

Estos vínculos tardíos suponen menos experimentación que en la adolescencia media, ya no está todo centrado en la aceptación del grupo de pares sino que se puede compartir con los amigos de un modo más íntimo y diferenciado. Lo óptimo es que se desarrolle una independencia. Esto va a depender de la solidez previamente lograda en el proceso de socialización. Si el adolescente fracasa en ser aceptado en un grupo, pueden aparecer conductas de aislamiento o dependencia a los pares o grupos.²⁸

Las relaciones con iguales del mismo sexo y del sexo opuesto durante la adolescencia, sirven para las relaciones adultas en las interacciones con los miembros del mismo sexo y del sexo opuesto.

Los padres tienden a enjuiciar al adolescente y comparan su comportamiento anterior con el actual, atribuyendo los cambios a la influencia del grupo de iguales. Así, es frecuente por ejemplo, la frase "a mi hijo me lo cambiaron los amigos", lo que denota la falta de

²⁸ Vargas E. Barrera F. Adolescencia, (2004) **relaciones románticas, y actividad sexual: una revisión**, *Revista colombiana de psicología*. Colombia 115-134

comprensión en dichos padres respecto a que muchos de los cambios experimentados por su hijo son parte del desarrollo.

1.2.5 Aspecto psicosexual

La sexualidad en la adolescencia se desarrolla en tres áreas:

- A. **FISICA:** aparición de los caracteres sexuales secundarios que preparan al individuo para participar en el acto sexual.
- B. **PSICOLOGICA:** Se manifiesta en el conocimiento, la curiosidad y las intenciones acerca de la sexualidad. El pensamiento proposicional le permite al adolescente imaginarse como persona sexual y elaborar planes. La mayoría de estas actividades ocurren en la imaginación del adolescente.
- C. **SOCIAL:** Comprende la involucración sexual efectiva con otras personas la que se refleja en sus elecciones de objetos sexuales siendo cada expresión un reflejo de la experiencia contextual del adolescente, donde la familia es su ámbito más inmediato.

Como ya se mencionó, una de las tareas más importantes del adolescente es consolidar su identidad. Esta supone plantear sus objetivos, con sus ambiciones relativas a la sexualidad, con el tipo de relaciones que establece con los otros.²⁹

La identidad sexual es parte fundamental de la identidad del yo y normalmente es más conocida como identidad del género. Durante la adolescencia, el joven se identifica con su propio sexo, asume los rasgos, actitudes, conducta verbal, gestual y motivaciones propias de su género. Este sexo identificado necesita ser reconfirmado por los otros (relaciones con

²⁹ Valdivia P., Maruzzella Molina S., Marta. (2003). **Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 16 años.** *Revista de Psicología*, 85-109

pares de su mismo sexo, relaciones eróticas con el otro sexo y por el propio adolescente, para asegurarse de su aceptación y lograr la adaptación social.³⁰

La falta de experiencia en el trato con el sexo opuesto, la timidez, las bromas groseras respecto al sexo, la falta de información, las vivencias desagradables o inesperadas con el otro, pueden afectar la identidad sexual.

³⁰ Cruz M, Pérez Molero J, (2003) **Análisis correlacional de factores conductuales, cognitivos y emocionales de la personalidad durante la adolescencia.** Estudios de psicología, 113-134

CAPITULO 2: EMBARAZO

2.1 DEFINICIÓN

Período de tiempo que transcurre entre la fecundación del ovulo y el parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos y morfológicos que ocurren en la mujer para proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, tal como la interrupción de los ciclos menstruales y el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En teoría, la gestación es del feto y el embarazo es de la mujer, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimos.³¹

El embarazo dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 semanas desde la fecundación. El primer trimestre es el periodo de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto que el feto es estable.

El embarazo se produce cuando un espermatozoide atraviesa la membrana celular del óvulo, fusionando los núcleos y compartiendo la dotación genética para dar lugar a un cigoto, en un proceso llamado fecundación. La multiplicación celular del cigoto dará lugar al embrión de cuyo desarrollo deriva el bebé.³²

Dentro del útero, el feto está flotando en el líquido amniótico, y a su vez el líquido y el feto están envueltos en el saco amniótico, que se encuentra en el útero. En el cuello del útero, se forma un tapón de mucosidad densa durante el embarazo para dificultar el ingreso de

³¹ Cunningham F, MacDonald P. **Adaptación maternal al embarazo**. Masson SA. 4ª ed, Barcelona, 1996, 201-237

³² Dapena MJ. (2003) **Metabolismo en el embarazo**. Modificaciones endocrinas. Modificaciones psíquicas. Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Editorial Médica Panamericana; 249-258

microorganismos que provoquen infección intrauterina. Este tapón será expulsado durante el trabajo de parto.³³

Mientras permanece dentro, el feto obtiene nutrientes y oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta. La placenta está anclada a la pared interna del útero y está unida al feto por el cordón umbilical.

Al haber pasado 42 semanas aproximadamente se estará entrando en trabajo de parto. A veces comienza con un flujo abundante o con goteo de líquido amniótico. La mayoría de las mujeres que rompen aguas empiezan el trabajo de parto dentro de 24 horas. A menudo se provoca el parto proceso denominado cesárea, es una intervención quirúrgica para el nacimiento de un bebé.

El bebé se saca a través de una incisión en el abdomen de la madre, la cual sirve para prevenir infecciones y complicaciones en el parto. Anteriormente era una operación riesgosa y que solo en última instancia se recurría, en la actualidad ante la menor señal de riesgo la medicina obstétrica prefiere la cesárea pues los riesgos se han reducido un mínimo.

2.2 PRINCIPALES SIGNOS DEL EMBARAZO

2.2.1 Aversión a ciertos alimentos

En esta etapa, es común que simples olores como el café, carnes, e incluso el olor de un sándwich de jamón, provoquen náuseas. Aunque no se sabe con seguridad, esto podría ser uno de los efectos colaterales del rápido aumento en los niveles de estrógeno en el cuerpo. También podría suceder que algunas comidas que antes se disfrutaban, ahora causen repulsión.

³³Dapena MJ. Opus Citatus p. 253-254

2.2.2 Cambios de humor

Tener cambios de humor durante el embarazo es algo muy normal. Esto debido a que los cambios hormonales por los que pasa el cuerpo afectan el nivel de los neurotransmisores. Cada persona responde de diferente manera a estos cambios. Hay mamás que experimentan emociones exageradas, algunas buenas y otras no. Otras se sienten más bien deprimidas o ansiosas.³⁴

El motivo principal es que durante el embarazo aumenta la cantidad de sangre y otros líquidos que circulan por el cuerpo, lo que significa que los riñones están trabajando mucho más, y más fluidos se están acumulando en la vejiga. Podrían empezar a sentir este síntoma a partir de la semana seis del embarazo.³⁵

2.2.3 Cansancio

Tener mucho sueño y estar cansada la mayor parte del día, es un signo muy común. El cuerpo se prepara e inicia un cambio para poder alimentar al bebé que va a crecer dentro, las mujeres sienten una sensación de cansancio anormal, con sueño y falta de energía.

2.2.4 Cambios mamarios

Debido al estrógeno y la progesterona, los pechos se volverán más grandes, pesados y serán más sensibles al tacto desde el inicio del embarazo. Los depósitos de grasa aumentan y se desarrollan nuevos conductos para la leche. La areola que rodea los pezones se torna oscura y allí aparecen los nódulos llamados tubérculos de Montgomery. Por debajo de la

³⁴ Arribas Mir I, Bailon Muñoz E, De la Iglesia López B. (2002) **El médico de familia y el control del embarazo en las distintas etapas**. Atención Primaria, 233-236.

³⁵ García D, Gómez M, Ramos E, Orobón M. (1999) **Control del embarazo en Atención Primaria**. 40-48.

piel, también se notará que aparece una red de líneas azuladas, ya que aumenta la afluencia de sangre a las glándulas mamarias.³⁶

2.2.5 Náuseas

Algunas mujeres comienzan a sentir náuseas un mes después de haberse embarazado. Pero otras comienzan a sentir estas molestias antes. Las náuseas y el vómito típico del embarazo pueden ocurrir durante cualquier hora del día: en la mañana, durante la tarde e incluso durante la noche. Cerca de la mitad de las mujeres que padecen náuseas dejan de tener estos síntomas al empezar el segundo trimestre de embarazo. Para la mayoría de las demás mujeres, las náuseas tardarán más o menos otro mes en aliviarse. En algunos casos las mujeres nunca tienen náuseas.³⁷

2.3 DESARROLLO DEL FETO

Durante el primer mes del embrión comienza a formarse el cerebro, la columna vertebral, los riñones, el hígado, el aparato digestivo y lo que más adelante serán brazos y piernas, al final de este mes él bebé mide medio centímetro y el embrión ha aumentado un peso 10.000 veces mayor al del huevo que lo originó.

En el segundo mes el embrión mide unos 2.5 cm. La cabeza está bien definida y en ella se distinguen la nariz, boca, ojos y orejas. También se diferencian los brazos y las piernas en sus distintos segmentos. Los principales órganos se han formado y el corazón comienza a latir. Se desarrollan principalmente el cerebro y la médula espinal, a partir de la capa

³⁶ Paraño M. W. Narvadez P.V. (2004) **Repercusión biológica, psicológica y social durante el embarazo en adolescentes.** Rev Cubana Ginecol y Obstet. 53-63.

³⁷ David Jewell. (2002) **Nausea y vomito el embarazo temprano.** Evidencia clínica. Grupo editorial Legis S.A., Bogota, Colombia, Mayo. 135-138

externa de células que forman el denominado tubo neural. Al final de este mes el embrión mide 4 cm y se denomina feto.³⁸

Al tercer mes el feto empieza a tomar forma humanoide. Es capaz de realizar movimientos por sí solo. Ahora mide de 8 a 10 cm. Tiene una cabeza grande con relación a su cuerpo. En este momento su cuerpo se encuentra básicamente formado. Ahora es capaz de deglutir y el aparato digestivo se acumula una sustancia llamada meconio que se ira expulsando durante los primeros días de vida. Sus nervios, sus músculos y las conexiones entre ellos se desarrollan rápidamente y empiezan a trabajar: una gran parte del cuerpo del embrión se vuelve sensible al tacto.³⁹

Hacia el cuarto mes, los genitales externos están bien formados. La piel se va desarrollando y produce una sustancia blanquecina que se denomina “vermix”, que recubre al feto y contiene gran cantidad de grasa. Esta sustancia protege su piel del continuo contacto con el líquido amniótico en el que está inmerso y suele recubrir al feto hasta el nacimiento.

Entre los cuatro y cinco meses de embarazo la madre empezará a notar cómo se mueve el bebé. Al principio se mueve muy suavemente, pero más adelante, cuando se mueva con mayor fuerza, se sentirá perfectamente. En estos meses es capaz de llevarse la mano a la boca, puede tener tos, hipo y suele dormir y despertarse.

Aproximadamente a los seis meses aparece el pelo en la cabeza. Crecen las cejas y las pestañas y todo su cuerpo se cubre de un vello muy fino que se denomina lanugo. En esta fase pesa algo más de 1.000 gr. y mide unos 35 cm.

³⁸ De la Garza Quintanilla C. (2006) **Primigesta adolescente**. Ginecol Obst Mex. 533-537

³⁹ Cunningham F, MacDonald P. opus citatum 201-237

En el séptimo mes se va completando la maduración de sus órganos tales como pulmón, aparato digestivo. A partir de ahora el feto empezara a engordar ya que su cuerpo está acumulando grasa.

Durante el octavo y noveno mes el feto seguirá creciendo hasta alcanzar el peso que tendrá a la hora del nacimiento, alrededor de 3 a 3.5 kilogramos. Su longitud será de 50 cm aproximadamente. Durante estos meses le crece el pelo y las uñas, sus movimientos serán un poco bruscos, el feto se empezará a colocar cabeza abajo es decir hacia la pelvis en dirección al cuello uterino.⁴⁰

⁴⁰ De la Garza Quintanilla C. opus citatum 536-537

CAPITULO 3: FACTORES QUE PROPICIAN EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

3.1 FACTORES PSICOSOCIALES Y CONDUCTA SEXUAL ADOLESCENTE

El adelanto de la menarquia es un factor biológico que se acompaña de actitudes y de comportamientos hacia el sexo opuesto, que pueden conducir a un inicio temprano de la sexualidad. Los factores psicosociales, la influencia en los roles personales y familiares son también importantes, la sociedad retarda la edad en que se considera adulto con todos los derechos y deberes. Este conjunto de elementos hace que aumente el período de exposición al riesgo de embarazo fuera del marco, socioculturalmente aceptado, del matrimonio estableciéndose expectativas poco realistas sobre el comportamiento sexual de los adolescentes.⁴¹

En México existe escasa información respecto a la sexualidad de los adolescentes, aunque algunos estudios estiman que el 50% de los adolescentes menores de 17 años es sexualmente activo. En algunos estados participantes de las encuestas de demografía y salud se encontró que entre 68% y 71% de las mujeres tuvieron relaciones antes de los 20 años de edad.⁴²

Datos obtenidos de encuestas, indican que la relación sexual precoz es común en comunidades campesinas, algunas zonas suburbanas y en las clases sociales bajas de las

⁴¹ Quesada Miranda, Mario M.; Romero Sánchez, María del Carmen; Prieto Herrera, María E.; Rodríguez Delgado, Carlos R. (2010). **Caracterización social del embarazo en la adolescencia**. Archivo Médico de Camagüey, Mayo-Junio,

⁴² Ayala Aguilar, María I. García Posada, Lucero D. (2001). **Factores socioeconómicos y culturales relacionados con el embarazo en adolescentes de una comunidad rural**. Salud en Tabasco, Junio, 395-397.

grandes ciudades. El aumento de la población juvenil sexualmente activa no se ha acompañado de suficiente educación sexual.⁴³

Tener prácticas sexuales a los 20 años se considera un hábito normal en todo el mundo. En los países con bajos niveles de embarazo en la adolescencia (Corea, Canadá) no se considera adecuada la maternidad prematura pero sí las relaciones sexuales entre los adolescentes por lo que en estas sociedades se proporciona información completa y equilibrada sobre la sexualidad y se facilita la accesibilidad a los métodos anticonceptivos.⁴⁴

Además de la práctica sexual deseada y consentida pero practicada sin métodos anticonceptivos también existen comportamientos sexuales no deseados por los adolescentes que pueden contribuir a incrementar los embarazos no deseados. Así, un estudio en adolescentes del Estado de México concluyó que el 29% de las adolescentes se sintieron presionados a tener relaciones sexuales con sus parejas, el 33% de los adolescentes sexualmente activos creían que mantenían una relación en las que "las cosas se movían demasiado rápido en el aspecto sexual" y el 24% declaraba que había "hecho algo sexual que realmente no quieren hacer".⁴⁵

Asimismo el consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas producen una reducción en la inhibición que también puede estimular la actividad sexual no deseada. Aunque esto fuera así, no se sabe si las drogas mismas influyen directamente en los adolescentes en

⁴³ Amaro Hernández, Francisco Reyes Guzmán, Gelson; Palacios Martínez de Santelices, Lesbia; Cardoso Núñez, Oscarlyns Opus Citatus p. 28

⁴⁴ Soto M, Franco A, Medina L (2003) **Embarazo en la adolescencia y conocimiento en la sexualidad**. Rev. Cubana med. Gen, 6-24.

⁴⁵ Vázquez-Morales, Ma. Sobeida L.; Torres-Férman, Irma Aída; Pavón-León, Patricia; Gogeoascoechea-Trejo, Ma. del Carmen; Blázquez-Domínguez, Carlos R. (2010). **Estilos de vida en embarazadas adolescentes**. Salud en Tabasco, Enero-Abril, 883-890.

comportamientos sexuales más arriesgados, o si los adolescentes que habitualmente consumen drogas son más propensos a tener relaciones sexuales.⁴⁶

El consumo de drogas y medicamentos que han mostrado evidencias en su vinculación con el embarazo de adolescentes son: alcohol, y anfetaminas. Otras drogas y medicamentos que no tienen correlación son los opiáceos, como heroína, morfina, y oxicodona, ya que es conocido el efecto directo en la reducción significativa de la libido.⁴⁷

Parece que en la adolescencia el consumo de algunas de éstas últimas ha reducido significativamente las tasas de concepción frente a las drogas como el alcohol y las anfetaminas. Los países con las tasas más altas de prescripción de las anfetaminas a los adolescentes también tienen las tasas más altas de embarazo en la adolescencia.⁴⁸

3.1.1 Falta de información sobre métodos anticonceptivos

Los adolescentes carecen de información y conocimientos sobre los métodos anticonceptivos o no tienen un fácil acceso a esta. También pueden sentirse avergonzados tanto para preguntar como para comprar anticonceptivos. Las mujeres adolescentes sexualmente activas que desean evitar el embarazo tienen menos posibilidades que las de otras edades para el uso de anticonceptivos, un 18% de las adolescentes entre 15 y 18 años no utilizan métodos anticonceptivos.⁴⁹

⁴⁶ Galindo Pardo, Camila. (2012). **Análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconómicas.** Desarrollo y Sociedad, Junio-Sin mes, 133-185.

⁴⁷ Stern, Claudio. (1997). **El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica.** Salud Pública de México, Marzo-Abril, 137-143.

⁴⁸ Stern Claudio (2008) **Adolescentes en México, investigación y experiencias para mejorar su salud sexual y reproductiva.** Colegio de México.

⁴⁹ Stern Claudio. (2004). **Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México.** Papeles de Población, enero-marzo, 129-158.

En los adolescentes más del 80% de los embarazos no son deseados. Y más de la mitad de los embarazos no deseados se producen en mujeres que no usan anticonceptivos y la mayor parte del resto de embarazos no deseados se deben al uso incorrecto de los anticonceptivos. El 23% de las mujeres jóvenes sexualmente activas ha tenido relaciones sexuales sin protección con una pareja que no utilizó un preservativo, mientras que el 70% de las adolescentes les daba vergüenza comprar preservativos o cualquier otro anticonceptivo y también solicitar información a un médico.⁵⁰

En muchos casos se usan métodos anticonceptivos pero de modo inadecuado. Muchos adolescentes sin experiencia pueden usar el condón incorrectamente y las adolescentes se olvidan de tomar con cierta frecuencia los anticonceptivos orales. Las tasas de fracaso anticonceptivo son mayores en los adolescentes, especialmente en los pobres.⁵¹

Los métodos reversibles a largo plazo, tales como el dispositivo intrauterino (DIU), el anticonceptivo subdérmico, el parche anticonceptivo o inyecciones de anticonceptivos, requieren la intervención del usuario con menos frecuencia y puede prevenir el embarazo con mayor eficacia en mujeres que tienen problemas para seguir las rutinas, incluidas las jóvenes. El uso simultáneo de más de un método anticonceptivo disminuye el riesgo de embarazos no deseados, y si uno de los métodos es de barrera la transmisión de enfermedades de transmisión sexual también se reduce.⁵²

Los anticonceptivos de emergencia tales como la píldora del día siguiente, incide de manera significativa en la reducción de las tasas de embarazos en adolescentes. Estas píldoras

⁵⁰ Amaro Hernández, Francisco Reyes Guzmán, Gelson; Palacios Martínez de Santelices, Lesbia; Cardoso Núñez, Oscarlyns. (2010). **Intervención educativa sobre conocimientos de anticoncepción en adolescentes.** Archivo Médico de Camagüey, Mayo-Junio. 26-29

⁵¹ Pastor Y, García Merita L. Opus Citatus. 145-148

⁵² Peláez M, J, (2007) **El problema de la fecundidad adolescente.** ginecología pediátrica y de la adolescente. Cap. XVIII la habana editorial científico técnica, 91-95

anticonceptivas de uso de emergencia, que pueden requerir o no receta médica, no deben confundirse con la denominada píldora abortiva, para la que se requiere prescripción y receta médica y solamente puede usarse dentro de los 49 días siguientes a la concepción.⁵³

Cabe mencionar que los padres no deben temer al hablarles de sexualidad a sus hijos ya que es la mejor manera de prevenirlos y apoyarlos, porque si ellos ya han comenzado una vida sexual con su pareja, la escuela o medios fuera de casa alteran la información y no hay nada como que alguien cercano y de confianza les hable sobre esto; no solo de los métodos anticonceptivos también de todas las ventajas y desventajas de embarazarse a corta edad.⁵⁴

Cuando un adolescente ya ha comenzado su vida sexual intenta recabar información de todos lados, informarse ya que en muchos casos sus padres no le han hablado de esto, por este motivo muchos jóvenes están mal informados, y les da vergüenza o miedo preguntarles a sus padres.⁵⁵

3.1.2 Diferencia de edades en la pareja

Estudios realizados por la UNFPA, (Fondo de Población de las Naciones Unidas) en México indican que la diferencia de edad entre las adolescentes y los hombres que las embarazan es un factor a tener en cuenta. Las adolescentes que tienen relaciones con chicos mayores que ellas, y en particular con hombres adultos, tienen más probabilidades de quedarse embarazadas que las adolescentes que tienen relaciones sexuales con chicos de su

⁵³ Geldstein, Rosa N y Edith A. Pantelides **Consentimiento y deseo en las relaciones sexuales, genero, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia**, Buenos Aires Argentina. 2005. 103-137.

⁵⁴ Álvarez Gayou, Juan Luis; Del Rio, Carlos. (2004) **Sexualidad Humana** Prentice Hall México. 23

⁵⁵ Ruiz L. J. Romero G.E. (2004) **Factores de riesgo de salud materno infantil en madres adolescentes en México** Rev. Panam. salud pública; 80-86

edad quienes son también más proclives a llevar el embarazo a término en lugar de tener un aborto.⁵⁶

Un estudio hecho en 1992 de 535 madres adolescentes encontró que el 62 por ciento de las madres habían sufrido abusos o habían sido violadas por hombres de una edad promedio de 27 años. Este estudio encontró que las madres adolescentes habían sufrido abusos incluso antes del inicio de la actividad sexual y habían tenido relaciones sexuales con numerosas parejas de más edad, por lo que habían estado expuestas a más riesgos y de forma más frecuente.⁵⁷

3.1.3 Abuso sexual

Diversos estudios han encontrado que entre el 11 y el 20 por ciento de los embarazos en adolescentes son resultado directo de la violación, mientras que un 60 por ciento de las madres adolescentes tenían experiencias sexuales no deseadas anteriores a su embarazo. Antes de los 15 años, la mayoría de las experiencias de la primera relación sexual en mujeres son de carácter no voluntario, se encontró que el 60 por ciento de las muchachas que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años fueron obligadas por hombres que en promedio fueron seis años mayores que ellas. Uno de cada cinco padres de hijos de madres adolescentes admite que ha forzado a las chicas adolescentes a tener relaciones sexuales con ellos.⁵⁸

⁵⁶ Ana María Gutiérrez Marín, Raquel. (2007). **Antecedentes Psicosociales que Influyen en la Ocurrencia del Embarazo en las Adolescentes**. Acta Universitaria, Septiembre-Diciembre, 48-56

⁵⁷ Vives J, Largitue T. (1992) **Factores psicológicos del periodo perinatal: bases teóricas. Salud Comunitaria: una visión panamericana**. México, D.F. Universidad Iberoamericana. Pag 14-17.

⁵⁸ Flores C. E. y Soto V. E. (2006) **La fecundidad y el acceso a los servicios de salud reproductiva en el contexto económico en América Latina**. Universidad de Colombia, 273-278

Numerosos estudios en países industrializados indican un fuerte vínculo entre abusos sexuales en la infancia y embarazos en la adolescencia. Hasta el 70 por ciento de las mujeres que dieron a luz en su adolescencia sufrieron abusos siendo niñas; por el contrario, solamente el 25 por ciento de las mujeres que no dan a luz sufrieron abusos siendo niñas.⁵⁹

Una vez que los adolescentes han llegado a la edad de consentimiento sexual, él o ella puede legalmente tener relaciones sexuales con adultos, porque se sostiene que puede mantener relaciones sexuales con cualquier pareja que como mínimo tiene la edad de consentimiento y voluntariamente.

La definición de violación de menores se limita a las relaciones sexuales con una persona con edad inferior a la edad mínima de consentimiento, lo que constituye violación de menores en última instancia, difiere según la jurisdicción de cada país.⁶⁰

3.1.4 Ambiente en la infancia

Las mujeres expuestas al abuso, la violencia doméstica y los conflictos familiares en la infancia tienen más probabilidades de quedar embarazadas en la adolescencia, y el riesgo de quedar embarazada aumenta con el número de experiencias adversas en la infancia.

En una encuesta realizada en el 2004 se argumenta que, un tercio de los embarazos de adolescentes se podrían evitar mediante la eliminación de la exposición al abuso, la violencia y los conflictos familiares. Los investigadores señalan que la disfunción familiar

⁵⁹ Márquez, Barradas, María Luz; Pérez, Rosiles, Lourdes; Sibaja, Terán, Beatriz. (2004). **Ser Hombre, Ser Mujer en la Sexualidad Adolescente**. *Revista de Psicología*, XIII. 43-49.

⁶⁰ Palacios, José Rodolfo. (2008). **El abuso sexual a niñas, niños y adolescentes: un secreto familiar, un problema social**. *Revista Electrónica Educare*, Sin mes, 99-111.

tiene consecuencias duraderas y desfavorables para la salud de las mujeres durante la adolescencia, la edad fértil, y más allá.⁶¹

Diversos estudios también han encontrado que aquellos niños criados en hogares con una madre que había sido maltratada o que había sufrido violencia física directa, eran más propensos a dejar embarazada a una chica.⁶²

También se sabe que las niñas cuyos padres abandonaron a la familia cuando ellas eran pequeñas tuvieron mayor tasa de actividad sexual temprana y de embarazo adolescente. Las niñas cuyos padres abandonaron a la familia más tarde tuvieron menor tasa de actividad sexual temprana. Las tasas más bajas de actividad sexual y embarazo se encuentran en las niñas cuyos padres estuvieron presentes durante toda su infancia.⁶³

Las niñas tuteladas, criadas en orfanatos, hospicios y centros de acogida son más propensas a quedar embarazadas en la adolescencia que los criados en núcleos familiares. El estudio nacional de Alumnos Casey, en el que se entrevistó a alumnos de orfanatos de 23 comunidades en todo Estados Unidos, encontró que la tasa de natalidad de las niñas en orfanatos es más del doble que la tasa de sus compañeros fuera del sistema de estos centros.⁶⁴

Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una actividad sexual prematura, y un embarazo puede ser visto como la posibilidad de huir de un hogar patológico donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto.

⁶¹ Vives J. (2006) **El deseo de tener un hijo**. Lartigue T, Avila H, ed. Sexualidad y reproducción humana en México, D.F. México; Capítulo II 99-112.

⁶² Luengo C. (2004) **Definición y características de la adolescencia. Embarazo en adolescentes**. Diagnostico 2004 Santiago de Chile, 22-29

⁶³ Chávez-Hernández, Ana María Gutiérrez-Marín, Raquel Opus Citatus, 52

⁶⁴ Vázquez-Morales, Ma. Sobeida L.; Torres-Férman, Irma Aída; Pavón-León, Patricia; Gogeoascoechea-Trejo, Ma. del Carmen; Blázquez-Domínguez, Carlos R. (2010). **Estilos de vida en embarazadas adolescentes**. Salud en Tabasco, Enero-Abril, 883-890.

Como factores de riesgo asociados a la familia se han descrito también la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres.⁶⁵

3.1.5 Factores Sociales y Culturales

Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación precoz de la actividad sexual. En la adolescencia media, la etapa del egocentrismo las hace asumir que a ellas "eso no les va a pasar". La necesidad de probar su fecundidad, estando afligidas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia.⁶⁶

En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo. El "machismo" y la necesidad del varón de probarse, así como la existencia de carencias afectivas y necesidades no satisfechas son factores del comportamiento que también contribuyen al fenómeno. Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.⁶⁷

⁶⁵ Cabrera Pivaral, Carlos Enrique; Rodríguez Pérez, Imma; González Pérez, Guillermo; Ocampo Barrios, Patricia; Amaya López, Carlos. (2006). **Aptitud clínica de los médicos familiares en la identificación de la disfunción familiar, en unidades de medicina familiar de Guadalajara**, México. Salud Mental, julio-agosto, 40-46.

⁶⁶ Climent, Graciela Irma. (2009). **Representaciones sociales sobre el embarazo y el aborto en la adolescencia: perspectiva de las adolescentes embarazadas**. Universidad nacional de jujuy, sin mes, 221-242.

⁶⁷ Rosas, Carolina. (2006). Reseña de "**Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas**" de Mónica Gogna (coord.). Población de Buenos Aires, abril, 47-49.

3.2 TEORIAS PSICOLOGICAS SOBRE EL EMBARAZO ADOLESCENTE

3.2.1 Teoría psicoanalítica

A medida de que las niñas empiezan a experimentar los profundos cambios biológicos y de su cuerpo se tornan inseguras y se aferran a la dependencia que en su desarrollo infantil significaba una fuente de seguridad. La niña quiere tratar de seguir siendo una criatura que encuentra seguridad en su dependencia con la madre y el padre pero ya no puede.

Encuentra nuevas identificaciones fuera de la familia y se ve arrastrada a la lucha que libran sus contemporáneos por alcanzar cada vez mayor dependencia.

Si en la infancia la niña se sintió rechazada y no querida, cabe esperar una adolescente perturbada, los sentimientos de ansiedad soledad, hostilidad y frustración pueden intensificar urgencias sexuales, así mismo a las necesidades no gratificadas de dependencia, el afecto y la aceptación se buscan fuera del hogar.⁶⁸

La adolescente que no ha experimentado con sus padres el dar y recibir afecto o que sólo ha sido objeto de interés circunstancial por parte de estos, tiende a confundir el interés sexual de los muchachos con amor.⁶⁹

3.2.2 Teoría biológica

La aparición de la menarquia a edades cada vez más tempranas reportada en todo el mundo Puede ser un elemento de suma importancia para que se dé el embarazo en las adolescentes

⁶⁸ Cruz M, Pérez Molero J, opus citatum 113-134

⁶⁹ Chávez-Hernández, Ana-María Gutiérrez-Marín, Raquel. Opus citatum 48-56.

sobre todo si se considera que los cambios fisiológicos en el organismo femenino y la capacidad de concebir puede predisponer a la adolescente a convertirse en un ser sexualmente activo⁷⁰

Así tenemos que en zonas urbanas de México la edad promedio de la aparición de la menarquia suele pasar entre 11 y 12 años y en zonas rurales y de desarrollo entre los 14 y 15 años. Hace 100 años por ejemplo en 1886 la edad promedio era de 15 a 16 y en el campo de 17 a 18 años estas cifras representan un descenso en la edad de presentación de la menarquia cuatro meses por década⁷¹

3.2.3 Teoría sociocultural

Durante los años adolescentes los muchachos y muchachas pasan por cambios físicos y emocionales además de que se encuentran expuestos a presiones sociales que alientan la actividad sexual. La publicidad, la música, la televisión y las películas frecuentemente transmiten el mensaje sutil de que las relaciones sexuales son aceptables. Los adolescentes sienten presión de no ser más conocedores o experimentados que sus compañeros⁷²

Ricardo Simón Escalante, director del INSUSEXH (Instituto Superior de Sexualidad Humanista) comenta que, la soledad ofrece un modelo del amor dividido, uno puro, deseable, sin sexo y el otro impuro donde el sexo contamina daña.

Mientras los medios masivos de comunicación bombardean con mensajes dirigidos a la sexualidad se exige por una abstinencia y virginidad a la mujer y desenfreno al hombre.

⁷⁰ Dapena MJ. Opus citatum 249-258

⁷¹ Núñez R, Hernández B, García C, González D, (2006) **Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto**. Salud pública mexicana; 92-102

⁷² Álvarez Gayou, Juan Luis; Millán Álvarez Paulina. (2006) **Sexualidad, los jóvenes preguntan**. Paidós Iberica México. 86.

Toda esta confusión provoca desinformación y ambigüedad en las decisiones, lo que acerca más al adolescente a varias conductas de alto riesgo físicas y emocionales. Es importante tomar en cuenta el ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa y las oportunidades de salir de ella bajas.

3.2.4 Teoría familiar

La falta de interés de los padres provoca la desorganización familiar, la alteración padre-hijo y las necesidades emocionales de los miembros de la familia tienen como consecuencia una serie de experiencias que implican una transición en la vida del adolescente llevando a un desequilibrio que lleva a múltiples tensiones.

A raíz de lo anterior hay adolescentes que recurren a las siguientes conductas:

- A. Se casan para huir de casa.
- B. Provocan un embarazo.
- C. Se van con su pareja.

Algunos de los factores relacionados con el embarazo en los adolescentes son: conflictos familiares, violencia intrafamiliar, falta de comunicación, desafecto y el autoritarismo. Estos factores generan en el adolescente una necesidad desmedida e incontenible de afecto que buscan canalizar neuróticamente en la relación de pareja de donde la gratificación sexual apunta a una entrega sumisa, incondicional, de baja autoestima.⁷³

Se trata de un arranque momentáneo bajo la presión de una situación emocional tensa. A menudo se producen a continuación de una disputa grave con la madre, relaciones

⁷³ Llanes Rodríguez, Alberto A. Quevedo Arnaiz, Nurys V.; Ferrer Herrera, Ismael; de la Paz Carmona, Alina; Sardiñas Montes de Oca, Odalys. (2009). **Embarazo en la adolescencia: intervención educativa**. Archivo Médico de Camagüey, Noviembre.

deficientes, falta de amabilidad, e infelicidad, tales parecen constituir en muchos casos la motivación

Se refiere que la falta de integración al grupo de origen, la falta de expresión de afecto los cuales pueden estar condicionados por patrones de conducta rígidos, lo que impide que la comunicación no se de en forma clara. Estas condiciones favorecen que la adolescente busque fuera la expresión de afecto, de comunicación de pertenencia a un grupo estable.⁷⁴

3.2.5 Teoría Afectiva

En la etapa adolescente el sentimiento de soledad se intensifica dando lugar algunas veces a la depresión y a un sentimiento de vacío, las muchachas buscan refugio de esto en la vida, en la fuga y excitación de falsos placeres.

Especialmente en las muchachas cuyos sentimientos de soledad se exageran por falta de ternura en el medio están dispuestos a tener relaciones sexuales no controladas que conducen a la maternidad con sus maravillosas oportunidades para satisfacer el más tierno de todos los sentimientos el amor. Asimismo un yo débil, baja autoestima, falta de asertividad e inseguridad son otros factores que son causales directos del embarazo en adolescente.⁷⁵

⁷⁴ Alonso Varea, José Manuel; Castellanos Delgado, José Luis. (2006). **Por un enfoque integral de la violencia familiar**. Psychosocial Intervention, Sin mes, 253-274.

⁷⁵ Lillo Espinosa, José Luis. Opus Citatus 59- 60

CONCLUSIÓN

Para concluir, se ha cumplido con el propósito de esta investigación, ya que se han desarrollado propuestas para concientizar a los jóvenes y a los padre de estos, también se ha determinado cuál es el papel de la familia y de la sociedad, y se investigaron los factores predominantes tales como nivel social, psicológico y emocional en los adolescentes.

Se puede concluir en el presente trabajo que entre las principales causas de embarazos prematuros encontramos factores psicológicos y sociales como:

- A. La falta de información, educación sexual y de servicios: los adolescentes por lo general cuentan con poca información sobre los temas de reproducción, sexualidad y poco acceso a los servicios de salud reproductiva y planificación familiar.
- B. Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, con frecuencia por rebeldía, y a la vez como una forma de negarse a sí mismos que tienen relaciones, no implementan medidas anticonceptivas.
- C. Fantasía de alcanzar la madurez y la adultez: muchos jóvenes tienen la creencia de que tener relaciones sexuales implica inmediatamente ser adulto y que por ende se logra el respeto de los demás, ganando libertad e independencia.
- D. Necesidad de afecto: la idea de que el sexo y afecto siempre van juntos, provoca en el adolescente la ilusión de obtener afecto a través del ejercicio de la sexualidad.

- E. Sentimiento de soledad y baja autoestima: el deseo de satisfacer necesidad de reconocimiento y adaptación grupal puede llevar a los adolescentes a iniciarse sexualmente, demostrando poco afecto hacia sí mismo (baja autoestima) y poca capacidad de tomar decisiones.

- F. Conductas y actitudes propias del adolescente: sentimientos de omnipotencia, rechazo, cuestionamiento de valores y normas establecidas, impulsividad y van olvidando las futuras consecuencias de sus acciones.

PROPUESTAS

- A. Talleres de sexualidad para adolescentes los cuales tratarán acerca de la prevención de embarazos y ayudaran a los jóvenes estudiantes a conocer los nuevos métodos anticonceptivos, su modo de empleo, cuando se usan, sus pros y sus contras. Estos serán dados en las preparatorias dentro del horario de clases. Estos talleres se darán una vez a la semana dentro del horario de 9:00 am a 10:30 am, al finalizar la exposición se harán preguntas abiertas para aclarar las dudas de los jóvenes.

- B. Talleres para padres, los cuales servirán para aclarar mitos de la sexualidad como dejar la educación sexual sólo a las escuelas y que es mejor no hablar del tema. ya que se necesita la ayuda de los padres en casa para platicar con sus hijos, los cuales son los pilares de la familia.

- C. Llevar a cabo el programa llamado “bebé, piénsalo bien” el cual ha tenido gran aceptación en países como Colombia y Venezuela. Se trata de un robot Bebé Real

Care, el cual llora de acuerdo a horarios de bebés reales. Él bebé permite al joven recrear una experiencia de 24 horas. Los adolescentes se llevaran al bebé todo un fin de semana, el robot está diseñado para llorar tanto de día como de noche, si el bebé no es atendido a tiempo el llanto se hará más fuerte hasta que sea atendido por el adolescente.

El Programa “Bebé Piénsalo Bien”, se hace más llamativo para los jóvenes al utilizar tecnología, incorporando un simulador de Bebés computarizado llamado RealCare 3. Este es una estrategia educativa que va más allá del aula, vida diaria de los jóvenes y su entorno. El adolescente en la mayoría de los casos maneja un concepto irreal del esfuerzo y tiempo que un bebé requiere para un cuidado apropiado, pero de igual forma le permite tener conocimiento y destrezas para ser un mejor cuidador.

El programa, que se ha utilizado en varios estados del país como: Puebla, Torreón, y el Distrito Federal, ha facilitado la comunicación entre padres e hijos, ya que involucra a toda la familia, promoviendo también el aprendizaje de hermanos y amistades.

Los participantes deberán asumir un período de tiempo de una semana para conocer la tarea del cuidado de un recién nacido. Esta simulación de paternidad o maternidad se asume interpretando casi todos los cuidados que necesita un recién nacido tales como: alimentación, eructos, cambio del pañal, cambios de posición, trato delicado y protección.

Son solo algunos de los cuidados que tendrán que brindar a su bebé. Se incorporan otros recursos didácticos como el trío pro salud el cual nos muestra como es cuidar a un bebé recién nacido afectado por alcohol, un bebé afectado por drogas y un bebé con síndrome de sacudida.

PROPUESTA

TALLER DE PREVENCIÓN

TALLER: PREVENCIÓN DEL EMBARAZO

- ✓ Talleres de sexualidad para adolescentes los cuales tratarán acerca de la prevención de embarazos y ayudarán a los jóvenes estudiantes. Los nuevos métodos anticonceptivos, su modo de empleo, cuando se usan, sus pros y sus contras. Estos serán dados en las preparatorias dentro del horario de clases. Estos talleres se aplicarán una vez a la semana dentro del horario de 9:00 am a 10:30 am, al finalizar la exposición se permitirán preguntas abiertas para aclarar las dudas de los jóvenes.

SESION	HORARIO	TEMA	OBJETIVO PARTICULAR	TIEMPO
1	9:00- 10:30	Qué es la adolescencia	Se definirá el concepto, así como los cambios físicos y emocionales que tiene el adolescente en este periodo.	1 hora 30 min
2	9:00- 10:30	El Noviazgo	Se hablará acerca de la definición de noviazgo, los tipos de noviazgo que existen y se identificara el tipo de noviazgo que se tiene.	1 hora 30 min
3	9:00- 10:30	Los Métodos anticonceptivos y yo	Se dará información básica acerca de los métodos anticonceptivos, así como su confiabilidad y el uso correcto de ellos, sus mitos y verdades.	1 hora 30 min
4	9:00- 10:30	Embarazo en la adolescencia, en México	Este tema aportará la definición del embarazo adolescente, así como datos importantes acerca del mismo, tales como el porcentaje de embarazos en México, pero sobre todo en el estado de Guerrero.	1 hora 30 min
5	9:00- 10:30	La autoestima	Desarrollar valores y autoestima; es importante para evitar embarazos y sobre todo realizar metas. Se tendrá una escala de autoestima para medirla en los adolescentes.	1 hora 30 min

1. QUÉ ES LA ADOLESCENCIA

TEMA	TIEMPO	OBJETIVO PARTICULAR	MATERIAL	ACTIVIDAD
Definición de adolescencia	20 min	Llegar a una definición del concepto y dar la información básica de la adolescencia	Folletos, pantalla para proyector, proyector laptop	Se realizara una lluvia de ideas para verificar la comprensión del tema.
Cambio físicos en la adolescencia	30 min	Que manejen los cambios morfológicos que se presentan en esta etapa	Folletos, pantalla para proyector, proyector laptop	Se hará una lista de los cambios en la adolescencia más importantes según los participantes.
Desarrollo psicosexual	40 min	Que conozcan los cambios psicológicos y sexuales del adolescente	Folletos, pantalla para proyector, proyector laptop	Cada participante hablara de su experiencia en los cambios emocionales que tuvieron en la adolescencia.
<p>Retroalimentación: en esta etapa se jugará “la papa se quema” a la persona que tenga en sus manos la papa, se le hará una pregunta que tiene que ver con el tema que se tocó en esta sesión, al cual si acierta se le dará un incentivo, en caso de que falle se le permitirá a otro responder</p>				

2. EL NOVIAZGO

TEMA	TIEMPO	OBJETIVO PARTICULAR	MATERIAL	ACTIVIDAD
El noviazgo hoy	20 min	Se hablará acerca del concepto de noviazgo	Folletos, pantalla para proyector, proyector laptop	Al inicio cada participante dará su definición de noviazgo y al terminar hablará de cómo cambió su definición.
Noviazgo constructivo y destructivo	45 min	Se hablará acerca de los tipos de noviazgo, como diferenciarlos y qué medidas tomar en caso de un noviazgo destructivo	Folletos, pantalla para proyector, proyector laptop	Será hará una lista de las actitudes que nos daremos cuenta de cómo diferenciar entre estos tipos de noviazgo.
Idealización del noviazgo	25 min	Tratará acerca de dos errores en el noviazgo la idealización de éste y la premura pasional	Folletos, pantalla para proyector, proyector laptop	Se hará una mesa redonda para hablar acerca de los errores más comunes en el noviazgo.
<p>Retroalimentación: en esta parte se jugara “la silla musical” a la persona que al final de la canción se queda sin silla, se le hará una pregunta la cual se relaciona con el tema que se habló en esta sesión, si responde correctamente a la pregunta se le dará un incentivo, en caso de que falle se le permitirá a otro responder</p>				

3. LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS Y YO

TEMA	TIEMPO	OBJETIVO PARTICULAR	MATERIAL	ACTIVIDAD
Definición de métodos anticonceptivos	20 min	Se dará información acerca de los métodos para prevenir embarazo.	Folletos, pantalla para proyector, proyector laptop	Por equipos se hará una lista de los métodos anticonceptivos más conocidos hasta los no tanto y se hablará de por qué la gente desconoce estos métodos para prevenir embarazo.
Tipos de métodos anticonceptivos	40 min	Tratará acerca de la variedad de métodos para prevenir embarazo y sus características.	Folletos, pantalla para proyector, proyector laptop	Se hará una mesa redonda para saber con la opinión de los participantes cuáles son los mejores métodos anticonceptivos.
Dudas sobre métodos anticonceptivos	30 min	Se hablará acerca de las dudas más frecuentes sobre los métodos de prevención.	Folletos, pantalla para proyector, proyector laptop	Se hablara acerca de los mitos más comunes que han escuchado los participantes acerca de los métodos anticonceptivos y se resolverán la dudas.
<p>Retroalimentación: ahora se jugara “la barca se hunde”; a las personas las cuales no tengan grupo se le hará una pregunta sobre el tema que se tocó en esta sesión, si acierta a la pregunta se le dará un incentivo, en caso de que falle se le permitirá a otro responder.</p>				

4. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA, EN MEXICO

TEMA	TIEMPO	OBJETIVO PARTICULAR	MATERIAL	ACTIVIDAD
Antecedentes y datos	30 min	Se dará información acerca de los embarazos prematuros y cómo ha ido cambiando en años anteriores a la actualidad.	Folletos, pantalla para proyector, proyector laptop	Se hablará acerca del dato que más impacto y dar una solución de como disminuir esas cifras.
Factores que influyen en el embarazo adolescente	30 min	Tratará acerca de las situaciones las cuales aumentan la probabilidad de embarazos a temprana edad.	Folletos, pantalla para proyector, proyector laptop	En equipos se hará un mapa mental, el cual tratará de las situaciones que más influyen en el embarazo.
Complicaciones en el embarazo adolescente	30 min	Se hablará acerca de las dificultades y peligros que hay en el embarazo siendo menor de edad.	Folletos, pantalla para proyector, proyector laptop	Se hablará de las consecuencias que podría haber para las madres que tengan riesgo en el embarazo.
<p>Retroalimentación: en esta etapa se jugará “coctel de fruta” así, la persona que al formar el grupo se quede sin silla, se le hará una pregunta la cual tiene que ver con el tema que se tocó en esta sesión, si acierta a la pregunta se le dará un incentivo, en caso de que falle se le permitirá a otro responder .</p>				

5. LA AUTOESTIMA

TEMA	TIEMPO	OBJETIVO PARTICULAR	MATERIAL	ACTIVIDAD
Definición de autoestima	20 min	Entender el concepto y función de la palabra autoestima.	Folletos, pantalla para proyector, proyector laptop	Cada uno de los participantes dará su definición de autoestima. Al final se hablará de las diferencias que hubo en sus definiciones y sus similitudes.
Mi autoestima	40 min	Aplicar una prueba para saber de la autoestima de los alumnos y medir su resultado.	Folletos, pantalla para proyector, proyector laptop y prueba.	Se comentará acerca de los resultados de la prueba realizada.
Como mejorar el autoestima	30 min	Se darán tips para mejorar la vida del adolescente sus características positivas las cuales les ayudarán en el futuro.	Folletos, pantalla para proyector, proyector laptop	Se realizará la técnica llamada “el árbol de los logros” la cual se centra en reconocer los logros y mejorar la autoestima de los participantes.
<p>Retroalimentación: en esta parte se harán preguntas al azar por medio de una tómbola, dando un número a cada persona que tendrá que responder una pregunta acerca del tema expuesto si su número fue sacado de la tómbola, si acierta a la pregunta se le dará un incentivo, en caso de que falle se le permitirá a otro responder.</p>				

REFERENCIAS

1. Adelson J. Green B. (1998) **El desarrollo físico y hormonal en el adolescente** Alianza editorial Madrid.
2. Alonso Varea, José Manuel; Castellanos Delgado, José Luis. (2006). **Por un enfoque integral de la violencia familiar**. Psychosocial Intervention, Sin mes, 253-274.
3. Álvarez Gayou, Juan Luis; Millán Álvarez Paulina. (2006) **Sexualidad, los jóvenes preguntan**. Paidós Iberica México. 86.
4. Álvarez Gayou, Juan Luis; Del Rio, Carlos. (2004) **Sexualidad Humana** Prentice Hall México. 23
5. Amaro Hernández, Francisco Reyes Guzmán, Gelson; Palacios Martínez de Santelices, Lesbia; Cardoso Núñez, Oscarlyns. (2010). **Intervención educativa sobre conocimientos de anticoncepción en adolescentes**. *Archivo Médico de Camagüey*, Mayo-Junio.
6. Aravena R. Andrea y Heidi Fritz H. (2010) **Sexualidad juvenil y exposición a riesgos en el embarazo y el enfoque social**, revista observatorio, Año 7 N27 México
7. Arribas Mir I, Bailon Muñoz E, De la Iglesia López B. (2002) **El médico de familia y el control del embarazo en las distintas comunidades autónomas**. *Atención Primaria*; 29, 233-236.
8. Atucha Andrés (2005) **Sexualidad anticoncepción y adolescencia el papel de los planificadores familiares**, Mecnograma, México, 67-72
9. Ayala Aguilar, María I. García Posada, Lucero D. (2001). **Factores socioeconómicos y culturales relacionados con el embarazo en adolescentes de una comunidad rural**. *Salud en Tabasco*, Junio, 395-397.
10. Cabrera Pivaral, Carlos Enrique; Rodríguez Pérez, Imma; González Pérez, Guillermo; Ocampo Barrios, Patricia; Amaya López, Carlos. (2006). **Aptitud clínica de los médicos familiares en la identificación de la disfunción familiar, en unidades de medicina familiar**. *Salud Mental*, Julio-Agosto, 40-46.

11. Chávez-Hernández, Ana-María Gutiérrez-Marín, Raquel. (2007). **Antecedentes Psicosociales que Influyen en la Ocurrencia del Embarazo en las Adolescentes.** *Acta Universitaria*, Septiembre-Diciembre, 48-56.
12. Climent, Graciela Irma. (2009). **Representaciones sociales sobre el embarazo y el aborto en la adolescencia: perspectiva de las adolescentes embarazadas.** *Universidad nacional de jujuy*, sin mes, 221-242.
13. Cruz M, Pérez Molero J, (2003) **Análisis correlacionar de factores conductuales, cognitivos y emocionales de la personalidad durante la adolescencia.** *Estudios de psicología*, 113-134
14. Cueva-Arana V, Olvera-Guerra JF, Chumacera-López RM. (2005) **Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo.** *Rev Med IMSS*; 267-271.
15. Cunningham F, MacDonald P. (1996) **Adaptación maternal al embarazo.** Masson SA. 4ª ed, Barcelona, 201-237
16. Dapena MJ. Metabolismo en el embarazo. (2003) **Modificaciones endocrinas. Modificaciones psíquicas.** *Obstetricia y Medicina de la Reproducción.* Editorial Médica Panamericana; 249-258
17. David Jewell. (2002) **Nausea y vomito el embarazo temprano.** Evidencia clínica. Grupo editorial Legis S.A., Bogotá, Colombia Mayo. 135-138
18. De la Garza Quintanilla C. (2006) **Primigesta adolescente.** *Ginecol Obst Mex.* 533-537
19. Díaz-castro, Alexander. (2009). **Causas del embarazo precoz.** *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, Marzo, 93-99.
20. Díaz Sánchez, Vicente, **“El embarazo de las adolescentes en México”**, *Gaceta Médica de México*, vol.139, supl. 1, julio-agosto de 2003, p. 24.
21. Escobar & Muñoz (2005) **Estudio Cualitativo de la Experiencia de padres adolescentes.** Molina, R. Luengo, X. Guarda, P. González, E. & Jara, G., *Adolescencia, Sexualidad y Embarazo*, Serie Científica de Medicina. P. 25-26

22. Fernández Paredes F. (2009) **Características Sociofamiliares y del embarazo en edad precoz.** Hosp inf mex México, 84-88
23. Flores C. E. y Soto V. E. (2006) **La fecundidad y el acceso a los servicios de salud reproductiva en el contexto económico en América Latina.** Universidad de los andes Colombia, 273-278
24. Galindo Pardo, Camila. (2012). **Análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconómicas.** Desarrollo y Sociedad, Junio-Sin mes, 133-185.
25. García D, Gómez M, Ramos E, Orobón M. (1999) **Control del embarazo en Atención Primaria.** P.40-48.
26. Geldstein, Rosa N y Edith A. Pantelides. (2005) **Consentimiento y deseo en las relaciones sexuales, genero, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia,** Buenos aires Argentina. 103-137
27. Grandi, Carlos Trungadi, Mariano; Meritano, Javier. (2009). **Riesgo de parto prematuro: un estudio caso-control.** *Revista del hospital materno infantil Ramón Sardá*, sin mes, 121-128.
28. Guerra, Oscar. (2011). **Prácticas de educación sexual: un análisis en escuelas municipales del sur de México.** *Education Policy Analysis Archives/Archivos Analíticos de Políticas Educativas*, Enero, 1-23.
29. Hernández Ramírez, Jesús Alejandro, (2004) **Descubriendo la Salud y la Sexualidad en los Medios.** Medios de Comunicación y Salud Pública. La Voz de los Adolescentes, San Luis Potosí, p. 219.
30. Herriot Emans S, J, laufer M, R, (2014) **Embarazo en las adolescentes.** Ginecología en pediatría y la Adolescente. 4ta ed. Mex. 551
31. Ibarra Martínez Laura (2003) **Adolescencia y maternidad.** Impacto psicológico en la mujer rev. Cub. Psic. Cuba. 48-51
32. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2010) **XIII Censo General de Población y Vivienda 2010.** México: INEGI.
33. Vázquez-Morales, Ma. Sobeida L.; Torres-Férman, Irma Aída; Pavón-León, Patricia; Gogeoascoechea-Trejo, Ma. del Carmen; Blázquez-Domínguez, Carlos R. (2010). **Estilos de vida en embarazadas adolescentes.** Salud en Tabasco, Enero-Abril, 883-890.

34. Lillo Espinosa, José Luis. (2004). **Crecimiento y comportamiento en la adolescencia.** *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Junio-Sin mes, 57-71.
35. Llanes Rodríguez, Alberto A. Quevedo Arnaiz, Nurys V.; Ferrer Herrera, Ismael; de la Paz Carmona, Alina; Sardiñas Montes de Oca, Odalys. (2009). **Embarazo en la adolescencia: intervención educativa.** *Archivo Médico de Camagüey*, Noviembre.
36. Luengo C. (2004) **Definición y características de la adolescencia.** Embarazo en adolescentes. *Diagnostico 2004 Santiago de Chile*, 22-29.
37. Márquez, Barradas, María Luz; Pérez, Rosiles, Lourdes; Sibaja, Terán, Beatriz. (2004). **Ser Hombre, Ser Mujer en la Sexualidad Adolescente.** *Revista de Psicología*, XIII. 43-49.
38. Menkes, Bancet, Catherine; Suárez, López, Leticia. (2003). **Sexualidad y embarazo adolescente en México.** *Papeles de Población*, enero-marzo,
39. Morales, Juan Gutiérrez, César; Mitma, Casilda; Siancas, Tania; Palomino, Haydee. (2008). **Características del embarazo en adolescentes de la sierra rural del sur de Ayacucho, 2004-2008.** *Revista Peruana de Epidemiología*, Diciembre-Sin mes.
40. Muñoz Faúndez, Javier. (2004). **Educación de la sexualidad y embarazo precoz en la adolescente.** *Horizontes educacionales*, Agosto, 65-78
41. Muzzo B., Santiago. (2007). **Influencia de los factores ambientales en el tempo de la pubertad.** *Revista Chilena de Nutrición*, Junio,
42. Núñez Guillermo (2008) **Madres adolescentes en zonas rurales.** Políticas de género y globalización. *Estudios sociales num. 16*, 11-43 Julio-Diciembre.
43. Núñez R, Hernández B, García C, González D, (2006) **Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto.** *Salud pública mexicana*. 92-102
44. Núñez-Urquiza R, Hernández-Prado B, García-Barrios C, González D, Walter D.(2003) **Embarazo no deseado en adolescentes.** *Salud Pública Mex.* 92-102.
45. Olivia A. Parra A. **Anatomía física durante la adolescencia.** *Infancia y aprendizaje* 181-196

46. Palacios, José Rodolfo. (2008). **El abuso sexual a niñas, niños y adolescentes: un secreto familiar, un problema social.** Revista Electrónica Educare, Sin mes, 99-111.
47. Paraño M. W. Narvadez P.V. (2004) **Repercusión biológica, psicológica y social durante el embarazo en adolescentes.** Rev Cubana Ginecol y Obstet. 53-63.
48. Pastor Y, García Merita L, (2003) **El autoconcepto y la autoestima en la adolescencia,** Revista de psicología social. 141-162.
49. Peláez M, J,(2007) **El problema de la fecundidad adolescente.** ginecología pediátrica y de la adolescente. Cap. XVIII la habana editorial científico técnica, 91-95.
50. Pérez Palacios, Gregorio y Fernando Beltrán Aguirre, (2005) **“La salud de los adolescentes: un pilar de la salud reproductiva”**, en Enrique Dulanto Gutiérrez El Adolescente, p. 628.
51. Quesada Miranda, Mario M.; Romero Sánchez, María del Carmen; Prieto Herrera, María E.; Rodríguez Delgado, Carlos R. (2010). **Caracterización social del embarazo en la adolescencia.** Archivo Médico de Camagüey, Mayo-Junio,
52. Rosas, Carolina. (2006). **Embarazo y maternidad en la adolescencia.** Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas" de Mónica Gogna (coord.). *Población de Buenos Aires*, abril, 47-49.
53. Rodríguez. Jorge (2011) **Reproducción adolescente y desigualdad: VI encuesta nacional de juventud, MEXICO**, año 5, num. 8 estado de México 2011 pag 87-113
54. Ruiz L. J. Romero G.E. (2004) **Factores de riesgo de salud materno infantil en madres adolescentes en México** Rev. Panam. salud pública; 80-86
55. Silber, T. (2000) Manual de la Medicina de la Adolescencia, Publicación de la OPS, Instituto Mexicano de la Juventud, Encuesta Nacional de Juventud 2000. Resultados Generales, México, p. 31.
56. Soto M, Franco A, Medina (2003) **L Embarazo en la adolescencia y conocimiento en la sexualidad.** Rev. Cubana med. Gen. 6-24

57. Stern C. (2004) **Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México.** Papeles de población, universidad autónoma del estado de México 129-158.
58. Stern Claudio (2008) **Adolescentes en México, investigación y experiencias para mejorar su salud sexual y reproductiva.** Colegio de México.
59. Stern, Claudio. (1997). **El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica.** *Salud Pública de México*, Marzo-Abril, 137-143.
60. Suárez Linares, Judith. (2011). **Otra mirada al embarazo en la adolescencia.** *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, Marzo, 155-157
61. Szasz, Ivonne, (2008) **Estudio de la sexualidad en México: una búsqueda necesaria para abordar problemas de salud reproductiva,** en Enrique Dulanto Gutiérrez , *El Adolescente*, p. 392.
62. Valdivia P., Maruzzella Molina S., Marta. (2003). **Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años.** *Revista de Psicología*, 85-109
63. Vargas E. Barrera F. (2004) **Adolescencia, relaciones románticas, y actividad sexual: una revisión,** *Revista colombiana de psicología.* Colombia 115-134
64. Vargas Trujillo, Elvia Henao, Juanita; González, Constanza. (2007). **Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia.** *Acta Colombiana de Psicología*, Abril, 49-63.
65. Virella Trujillo, María Elena González Osorio, Adis; Chávez Roque, Mavel; Santana Serrano, Caridad. (2009). **Intervención educativa sobre el conocimiento de factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.** *Archivo Médico de Camagüey.*
66. Vives J, Lartigue T. (1992) **Factores psicológicos del periodo perinatal: bases teóricas.** *Salud Comunitaria: una visión panamericana.* México, D.F. Universidad Iberoamericana. Pag 14-17.
67. Vives J. (2006) **El deseo de tener un hijo.** Lartigue T, Avila H, ed. *Sexualidad y reproducción humana en México*, D.F. México, Capítulo II 99-112.