



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE
HIDALGO**



**INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y
HUMANIDADES**

ÁREA ACADÉMICA DE TRABAJO SOCIAL

“EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA”

MONOGRAFÍA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

TRABAJADOR SOCIAL

PRESENTA:

ALEJANDRA VALDEZ PELCASTRE

ASESOR

LIC. CLAUDIA DUEÑAS SOTO

NOVIEMBRE DEL 2010

AGRADECIMIENTOS

A Dios Gracias y a la Virgen de Guadalupe por sus bendiciones y su ayuda para poder realizar éste sueño, que durante tantos años espero.

+ *Papito*

Gracias por todo lo bueno que me diste, el tiempo que estuviste conmigo, siempre vivirás en mi corazón, espero que desde el cielo nos sigas cuidando, por fin, MISIÓN CUMPLIDA.

Mamita

Mil gracias porque nunca me has dejado sola siempre estás cuando te necesito y mis alegrías y tristezas siempre las haces tuyas. Que Dios y la Virgen te cuiden y te bendigan para que permanezcas muchos años más conmigo.

Adrián

Para ti sólo tengo palabras de gratitud, porque lo único que he recibido de ti desde que te conocí es amor, apoyo, confianza y los dos regalos más grandes. Y sobre todo por tu ayuda para cumplir éste sueño. Que Diosito y la Virgen te llenen de bendiciones. Te amo.

Ady y Wendy

A ustedes princesas, gracias por existir; ya que desde su llegada han llenado mi vida de alegría, que Dios y la Virgen me las cuiden siempre. Saben que en mi tienen un amiga. Las amo mis niñas.

Noé, Nico y Gari

Queridos hermanos, gracias porque siempre están al pendiente de mi y por compartir sus penas y alegrías conmigo.

Edgar, Fer, Atziri, Nico y Adoniram

Gracias queridos sobrinos porque con su alegría complementan mi vida, reciban las más grandes bendiciones.

Lic. Claudia Dueñas Soto

Mi más sincero agradecimiento por su apoyo, su tiempo y su comprensión para realizar mi trabajo y por compartir sus conocimientos, de usted aprendí mucho. Que Dios la bendiga, a usted y a toda su familia.

Lic. Claudia Sandoval Cervantes

Gracias por su apoyo. Personas como usted hacen falta, que con sus palabras y buen trato nos alientan para echarle ganas y concluir nuestro trabajo.

Gracias al Hospital Gral. Huayacocotla, en especial a mis compañeras por permitirme realizar mi trabajo en la Institución.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
OBJETIVO GENERAL.....	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	7
CAPÍTULO I “ADOLESCENCIA, EMBARAZO Y SUS DIFERENTES DEFINICIONES”	
1.1Adolescencia.....	10
1.1.1 Edades cronológicas según las distintas disciplinas.....	11
1.1.2 Características del crecimiento normal en el Adolescente.....	12
1.2 Conceptualización de la Adolescencia.....	14
1.3 Etapas de la Adolescencia.....	16
1.3.1 Cambios físicos.....	16
1.3.2 Maduración sexual.....	18
1.3.3 Las tres etapas de la Adolescencia.....	20
1.3.4 Etapas de la Adolescencia como parte del desarrollo de personalidad y concepciones en torno a la determinación de sus límites y regularidades.....	21
1.4 Etapas del crecimiento, desafío de la Adolescencia o Pubertad.....	24
1.4.1 La primera Adolescencia o Pubertad (Preadolescencia).....	25
1.4.2 Cambios psicológicos y sociales.....	25

1.5 Definiciones de Embarazo.....	26
1.5.1 Tipos de Embarazo.....	28
1.6 Embarazos de Alto Riesgo o Anormales.....	28
1.6.1 Diez principales causas del embarazo de alto riesgo.....	29
1.7 La etapa de la adolescencia y su vulnerabilidad.....	31
1.8 Definición de embarazo en la adolescencia.....	32
1.8.1 Algunas otras descripciones.....	32

CAPÍTULO II “FACTORES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL GENERAL HUAYACOCOTLA, VER.”

2.1 Factores desencadenantes del embarazo adolescente.....	36
2.1.1 Factores físicos.....	36
2.1.2 Causas que ocasionan un embarazo Adolescente.....	37
2.1.3 Factores sociales y económicos.....	37
2.1.4 Definición de los factores sociales.....	38
2.1.5 Características de los sujetos por su vulnerabilidad.....	39
2.1.6 Factores emocionales.....	39
2.1.7 Factores Socioculturales.....	40
2.1.8 Factores de riesgo.....	41
2.1.9 Factores familiares.....	42

CAPÍTULO III “ANTECEDENTES E INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR MÉDICO SOCIAL EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA”

3.1 Antecedentes del Trabajador Médico Social en Hospitales.....	46
3.2 Antecedentes de la Carrera Profesional de Trabajo Social formulados por el Dr. Francisco Núñez Chávez.....	46
3.3 Antecedentes de las políticas públicas en materia de Salud en México.....	47
3.4 Participación del Trabajador Médico Social en el ámbito de Salud.....	51
3.5 Marco ideológico del Profesional de Trabajo Médico Social en los Servicios de Salud.....	53
3.6 Objetivos Específicos del Trabajador Médico Social en el Sector Salud.....	54
3.7 Funciones del Trabajador Médico Social en el Sector Salud.....	56
3.8 Comentarios.....	57

CAPÍTULO IV “LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR MÉDICO SOCIAL CON PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL GENERAL HUAYACOCOTLA, VER.”

4.1 Antecedentes del Hospital General Huayacocotla, Ver.....	60
4.2 Objetivos Generales y Específicos del Hospital General Huayacocotla, Ver...61	
4.2.1 Objetivos Generales.....	61
4.2.2 Objetivos Específicos.....	61
4.3 Misión y Visión del Hospital General Huayacocotla, Ver.....	62
4.3.1 Misión.....	62
4.3.2 Visión.....	62
4.4 Valores, Servicios Básicos Institucionales, Apoyo Médico y Paramédico.....	62

4.5 Pacientes con Problemática Social.....	64
4.6 Participación del Departamento de Trabajo Médico Social en el Hospital General Huayacocotla, Ver.....	64
4.7 Objetivos Generales y Específicos del Trabajador Médico Social en el Hospital General Huayacocotla, Ver.....	65
4.7.1 Objetivos Generales.....	65
4.7.2 Objetivos Específicos.....	65
4.8 Funciones Generales del Trabajador Médico Social en el Hospital General Huayacocotla, Ver.....	65
4.9 Funciones que desarrollan Las Trabajadoras Médicos-Sociales con pacientes Embarazadas Adolescentes en el Servicio de Urgencias y Hospitalización del Hospital General Huayacocotla, Ver.....	68
4.10 Actividades que conlleva la hospitalización de la paciente Adolescente Embarazada en el Hospital General Huayacocotla, Ver.....	70
Conclusiones.....	74
PROPUESTAS.....	78
ANEXOS.....	80
BIBLIOGRAFÍA.....	102

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, la adolescencia ha sido considerada como un período crítico de desarrollo en casi todas las culturas, especialmente en las sociedades más avanzadas tecnológicamente. Tanto la conversación vulgar como en las obras novelistas, los autores dramáticos y los poetas han abundado las referencias a los años tormentosos, comprendidos entre el final de la niñez y la edad adulta nominal.

Los que han estudiado científicamente la conducta se han inclinado también en señalar que la adolescencia representa un período de tensiones particulares en nuestra sociedad. Algunos, especialmente los de mayor espíritu biológico, prestan su atención en los ajustes que exigen los cambios fisiológicos enfocados a la pubertad, sin exceptuar los aumentos de las hormonas sexuales y a los cambios a la estructura y a la función del cuerpo.

Otros han propendido a descubrir en la cultura la causa primordial de los problemas de los adolescentes, y han hecho hincapié en las demandas numerosas, y grandemente concentradas, que nuestra sociedad ha hecho tradicionalmente a los jóvenes de esta edad: demandas de independencia, de ajustes con individuos de diferente sexo y con los integrantes de una sociedad, de preparación vocacional, de desarrollo de una filosofía de la vida fundamental y formativa.

Aunque existen diferencias de opinión en lo tocante a la importancia relativa de los factores biológicos, sociales y psicológicos, existe, no obstante, un acuerdo general en lo referente a que el período de la adolescencia ha presentado tradicionalmente problemas especiales de ajuste en nuestra sociedad.

La población adolescente de México representa una quinta parte de la población en el país, lo que supone la oportunidad de desarrollo social y económico que garantice el crecimiento sustentable de la nación. Para que se cumpla este supuesto es indispensable que el capital humano se prepare tanto en el aspecto

académico como en el humanista.

Los adolescentes y los jóvenes son dos términos que se emplean en forma indistinta para denominar en forma coloquial a las personas que han dejado de ser infantes, pero que aún no alcanzan la edad adulta. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, los adolescentes son personas que están en el grupo de edad de 10 a 19 años, y los jóvenes comprenden las edades de 10 a 24 años. Se estima que hay 1,200 millones de adolescentes y 1,700 millones de jóvenes en el mundo.¹

La adolescencia es una etapa de la vida de grandes oportunidades pero también es altamente vulnerable, las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva son trascendentes para el desarrollo futuro de los individuos, de sus hijos e hijas y de sus parejas.

Todos estos problemas especiales de ajuste a nuestra sociedad han ocasionado múltiples consecuencias que se reflejan en nuestro actual entorno y están relacionados directamente por situaciones de orden sociocultural, tal es el caso del embarazo en la adolescencia, que actualmente es un problema social y de salud pública, el cual ha ocasionado en nuestro país un deterioro de las familias y que repercuten directamente en la sociedad.

El embarazo no planeado es una de las amenazas para el desarrollo integral de los y las adolescentes, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer y retrasar o suspender los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo. Si bien el ejercicio de la sexualidad es un derecho humano, este debe de hacerse con responsabilidad para uno mismo, la pareja y los hijos presentes y futuros. Los Hospitales y Centros de Salud son los únicos medios a través de los cuales se recopilan cifras aproximadas de

¹ Organización Mundial de la Salud. Marzo 2009.

embarazos adolescentes, aunque la realidad en sí no puede ser estimada por el velo que se extiende en esto.

Por todo ello, el presente trabajo expone la situación de los embarazos no planeados en adolescentes, que ocasionan un problema de salud pública y sociocultural que repercute no solo en la adolescente embarazada, sino también en su entorno familiar y en la sociedad.

Esta investigación de tipo descriptivo nos mostrará las principales definiciones de adolescente, sus cambios puberales, sus transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, las diversas definiciones de embarazo adolescente, los factores que influyen en el embarazo adolescente y los riesgos que implica.

Por lo anterior, se aportarán datos importantes a las Instituciones de Salud como el Hospital General Huayacocotla, Ver., 17 Centros de Salud, 19 Unidades Médico-Rurales, a las escuelas de Nivel Medio y Medio Superior del Municipio y a todas las organizaciones vinculadas con este problema.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se estima que 1 de cada 6 nacimientos en nuestro país es de adolescentes menores de 19 años, como lo indica INEGI (Estadísticas Demográficas)². Recordemos que la adolescencia es un período de grandes oportunidades y de grandes riesgos, en el contexto social y de salud, se considera una etapa donde los individuos son altamente vulnerables. La Organización Mundial de la Salud considera que hay 20 millones de adolescentes y jóvenes en México, los cuales harán decisiones y transiciones que en buena medida decidirán el curso de sus vidas y en esta circunstancia el futuro del país dependerá de las oportunidades de desarrollo personal que se les abran, estas perspectivas podrían ser, abandonar o continuar en la escuela, buscar un trabajo remunerado, iniciar su vida sexual, abandonar su hogar familiar, casarse o unirse y tener su primer hijo.

De acuerdo a las estadísticas de la CONAPO, la tasa específica de fecundidad entre mujeres de 15 a 19 años fue de más de 85.5% por cada 1,000 mujeres.³

Es difícil determinar las causas de la preñez en la adolescencia, pero sin duda están relacionadas entre sí, siendo importante romper con estas cadenas, a través de una educación básica y de principios sociales, morales y de salud que inicien desde la familia nuclear y se extienda con la colaboración de todos los ámbitos de gobierno, teniendo suma importancia el Trabajo Social que se realice en el seno de la estructura principal de la familia.

Los embarazos en adolescentes en la mayor parte del mundo son el resultado directo de la condición inferior de la mujer, cuyo papel en la sociedad está devaluado. Sabemos que es característico que la mujer tenga menor acceso o ejerza menor control de los recursos de valor que el hombre; por ejemplo, en los países de desarrollo a las mujeres se les niega la educación y las habilidades para competir. Así, la maternidad se presenta como el único modo de alcanzar un lugar en la sociedad.

² Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática. Estadísticas vitales. México, D.F.; 2000.

³ Consejo Nacional de Población 2001-2006. México, D.F.: Consejo Nacional de Población; 2001. Pág. 61-63.

Por lo tanto, muchas adolescentes de comunidades pobres y reprimidas, que poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente, con frecuencia ven la maternidad como una forma de aumentar y poseer algo de valor.

Se ha comprobado que conforme aumenta el nivel económico son mayores las opciones. Si la mujer se casa, en muchos casos la pareja no puede establecer un hogar independiente por penurias económicas, y si la joven permanece soltera, continúa el embarazo con grandes carencias y dificultades.

En muchos países, los adolescentes llegan a representar el 20% o 25% de su población. En el año de 1980 había 856 millones de adolescentes y se estimaba que en el año 2000 llegarían a 1,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

Hablar de embarazos no deseados, es hablar de adolescentes que de la noche a la mañana, despiertan siendo mujeres, de matrimonios apresurados y poco durables, de crisis económicas personales o de pareja y de afecciones graves de salud tanto para la madre como para el pequeño.

En el adolescente repercute en su esfera social y familiar, sobre todo si es menor de 15 años. El embarazo no planeado puede provocarle serios trastornos biológicos e interrumpir su proyecto educativo. La necesidad de ingresar a un trabajo, generalmente mal remunerado, surge sin remedio; y la censura social en su contra y la de su familia puede llegar a convertirse en moneda corriente.

Una vez que la menor conoce la noticia, las consecuencias son diversas al igual que sus opciones. Es una realidad que pasa, les duele y las tortura psicológicamente. No todas las menores embarazadas se atreven a dar la cara ante su familia y, a una sociedad mexicana acostumbrada a la crítica vecinal, al chisme y al señalamiento.

Generalmente son estos sentimientos de culpa, entre otros motivos, los que han orillado a niñas y mujeres a recurrir al aborto u otras alternativas igual de preocupantes.

En América Latina 25 mil mujeres mueren cada año por complicaciones de la preñez y el parto. De los 13 millones de nacimientos anuales que registra el continente, dos millones corresponden a madres adolescentes.

De acuerdo con un estudio efectuado por El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en todo el mundo, la principal causa de muerte de mujeres que tienen entre 15 y 19 años de edad es en el embarazo temprano⁴.

En esta área de salud han identificado que el bajo nivel sociocultural y económico de las familias, y la desintegración de las mismas, es uno de los factores principales que causan embarazos en la adolescencia, en especial en zonas indígenas y semiurbanas en donde la mujer es sustento de alimentos y necesidades primordiales, así como el machismo y alcoholismo tiene altos niveles entre los hombres tanto adultos como en jóvenes. Se ha visto que la idiosincrasia juega un papel importante en el embarazo en adolescentes, ya que por estudios realizados en este Hospital General existe reincidencia de generación en generación en este problema, es decir que la madre adolescente es causa posible de embarazo de su futura hija adolescente.

Definir e identificar los factores que ocasionan el embarazo en la adolescencia en esta zona es primordial para el desarrollo de estrategias en el combate a este problema, involucrando no solo al grupo multidisciplinario en salud, sino a la misma sociedad y su entorno.

La sensibilización, concientización y convencimiento del grave problema social en salud pública que representa el embarazo en la adolescencia debe ser responsabilidad del profesional en Trabajo Social, ya que el conocimiento de los factores que lo ocasionan es conocido cuando se tiene contacto directo con la adolescente embarazada, logrando un entorno de confianza y apoyo no solo a ella sino también a su ámbito familiar.⁵

⁴ Sexual and reproductive health of adolescents. Geneva Switzerland: Progress in Reproductive Health Research; 2002 No. 58. Pág. 78-97.

⁵ Manual de Operación para el Profesional de Trabajo Social. Servicios de Salud de Veracruz. Año 2007. Pág. 15-16-17.

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar los factores socioculturales que inciden en los Embarazos de las Adolescentes entre los 15 y 19 años de edad del Municipio de Huayacocotla, en el Estado de Veracruz.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Explicar los factores físicos sociales y económicos, emociones y familiares que originan la gran incidencia de los embarazos adolescentes.
- Definir el problema que implica un embarazo adolescente, sus consecuencias dentro de la familia y la sociedad, el riesgo médico y de salud pública, además la repercusión que ocasiona tanto en la embarazada adolescente como en su entorno.
- Conocer las principales causas que ocasionan un embarazo adolescente para elaborar soluciones, todo esto a través de grupos multidisciplinarios conformados con los diferentes sectores públicos y de la sociedad.
- Conocer la información disponible que los y las adolescentes tienen respecto al embarazo y la práctica sexual.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

El presente trabajo es un estudio monográfico de tipo descriptivo, sustentado en la investigación documental, alguna de ella, extraída de expedientes e informes del Hospital General Huayacocotla, Ver, así como, de Manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud del Estado de Veracruz, la bibliografía sobre el tema permite interpretar mejor los hechos y acontecimientos que giran en torno a un tema tan preocupante en nuestro tiempo debido al incremento de embarazos en adolescentes a temprana edad.

La experiencia en el Hospital General Huayacocotla, Ver., ha sido un detonante en el presente trabajo debido al trato cotidiano y el contacto directo con las pacientes adolescentes.

Así mismo, los medios electrónicos fueron una herramienta muy valiosa para el análisis de la información, estableciendo parámetros a partir de las dos fases que identifica la organización Mundial de la Salud en torno al embarazo adolescente con el propósito de organizar categóricamente la información y obtener datos precisos que nos permitan desarrollar algunas acciones preventivas, e intervenir con programas de orientación y apoyo para que la adolescente embarazada pueda continuar superándose y aspirar a un proyecto de vida, que le permita un bienestar para ella y su hijo en un nuevo contexto familiar, en el que los valores como el amor, el apoyo, la solidaridad y la confianza sean entre otros los que rigen su estilo de vida presente y futuro.

El estudio es de corte cualitativo, basado en la interacción social empleando métodos de recolección de datos que son no cuantitativos, con el propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan las adolescentes, y explicar las razones de los diferentes aspectos, que en algunas de ellas, condicionan su comportamiento.

La población considerada fue de adolescentes de 14 a 19 años.

El fin último de este tipo de investigación es la búsqueda de cambios en la población para disminuir el embarazo adolescente y mejorar las condiciones de vida.

Capítulo I

“Adolescencia, Embarazo y sus diferentes definiciones

1.1 Adolescencia

Etimológicamente procede del latín, del verbo *adolescere*, que significa madurar, por lo que debe ser considerada como un proceso y no como un período de la vida humana.⁶

La vida humana ha sido dividida en distintos períodos dependiendo de la época, la disciplina y el autor, variando tanto el número como las denominaciones de dichos períodos. La consideración de adolescente implica una edad cronológica diferente según las distintas disciplinas.

La adolescencia es “la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetivas parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio le ofrece, mediante el uso de los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que solo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil”.⁷

Mauricio Knobel “describió el síndrome de la adolescencia normal con las siguientes características: búsqueda de sí mismo y de la identidad, tendencia grupal, necesidad de fantaseo o intelectualización, crisis religiosa, desubicación temporal, evolución de la sexualidad desde el autoerotismo hacia la heterosexualidad, actividad sexual reivindicatoria, contradicciones sucesivas en la conducta, separación progresiva de los padres, fluctuaciones del humor”.⁸

La adolescencia es un continuo crecimiento de la existencia de los jóvenes, en donde se realiza la transición entre el infante o niño de edad escolar y el adulto. Esta transición de cuerpo y mente, proviene no solamente de sí mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios psicológicos que se producen en el individuo lo hagan llegar a la edad adulta. La

⁶ Nuevo Diccionario Enciclopédico Ilustrado. Instituto Lexicográfico Durván. Bilbao, 1996, pág. 46.

⁷ Knobel M., El síndrome de la adolescencia normal, incluido en Aberastury A. y otros, “La adolescencia normal”, Paidós, Buenos Aires, pág. 39-40.

⁸ Rascovan S., “Orientación Vocacional”, Buenos Aires, Ediciones Novedades Educativas, 1998, pág. 77.

adolescencia es un fenómeno biológico, cultural y social, por lo tanto sus límites no se asocian solamente a características físicas.

La Organización Mundial de la Salud, estima que una de cada cinco personas en el mundo adolescente, 85% de ellos viven en países pobres o de ingresos medio y alrededor de 1.7 millones de ellos mueren al año.⁹

La OMS define a la adolescencia como la etapa que va entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años.¹⁰ Sin embargo la condición de juventud no es uniforme y varía de acuerdo al grupo social que se considere.

1.1.1 Edades cronológicas según las distintas disciplinas

- Derecho Romano: Dependía del desarrollo físico de cada individuo, más siendo esta medida poco precisa y excesivamente individual.
- Derecho Civil español: Comienza a los 15 años y termina a los 18.
- Derecho Canónico: Comienza a los 14 años, dependiendo del sexo, hasta los 23 años.
- Derecho Mercantil: Desde los 12 años hasta los 21.¹¹

Después de una etapa de transparencia en lo que el niño decía lo que pensaba y expresaba sus sentimientos con poca censura, llega un momento en que los niños, las niñas antes que los niños, empiezan a ocultar lo que sienten y a manifestarse de manera crítica, aunque todavía de forma esporádica. Han llegado a la adolescencia, hecho que raramente es entendido por los padres.

Antiguamente el paso de la niñez a la adolescencia iba acompañado de ritos y ceremonias específicas, costumbres que siguen conservando algunas tribus aún

⁹ SECRETARÍA DE SALUD. Dirección General de Información en Salud. Adolescent's mortality. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.(online). 2005. Vol. 62, pág. 3.

¹⁰ Rodríguez Rigual M. Mesa redonda: Adolescencia-Necesidad de creación de unidades de adolescencia. An Pediatr 2003; Vol.58, pág. 104-106.

¹¹ Enciclopedia Universal Ilustrada Europea Americana Espasa-Calpe, pág. 108.

hoy en día. El proceso de la adolescencia singulariza una etapa con características bien definidas y una problemática muy específica.

La adolescencia también recibe el nombre de edad difícil y edad tonta, aunque estos calificativos corresponden más bien a las reacciones de los padres frente a las dificultades para entender a sus hijos que a las propias conductas de los adolescentes.

En los países de civilización primitiva, el rito del abandono de la niñez para entrar a la adolescencia es a menudo un rito sencillo, consistente en una fiesta o procesión por las calles, pero otras veces es complejo, acompañándose de ceremonias especiales, en muchas ocasiones dolorosas, incluyendo mutilaciones. Algunos ejemplos podrían ser: Limadura de dientes, perforación de labios y senos, escarificación (medio de marca del prepucio de algunas provincias africanas) , tatuajes, desfloración artificial y ayuno.¹²

Como se había mencionado anteriormente el término proviene del latín *adolescere*, y significa ir creciendo, desarrollarse hacia la madurez, hacerse adulto. Hay diferentes conceptualizaciones sobre el término. Algunos ubican a la adolescencia como un período vital entre la infancia y la adultez. Otros la conciben como un “segundo nacimiento”, en tanto entienden que en este período se reavivan ciertos conflictos relacionados con el estado de indefensión del bebé, enfrentando a un mundo que les es caótico y desconocido.¹³

1.1.2 Características del crecimiento normal en el Adolescente

1. Se realizan en forma secuencial, es decir, aparecen unas características antes de que aparezcan otras, como es el caso del crecimiento de los senos antes de la aparición de la menstruación (o regla), el vello púbico antes que el axilar, los miembros inferiores crecen primero que el tronco, los testículos se incrementan antes que el pene, etc.

¹² Gran Larousse Universal. Plaza & Janés Editores, S.A. Barcelona, 1994. Pág. 93

¹³ Rascovan S., Los jóvenes y el futuro, Psicoteca Editorial, Buenos Aires, 2000, pág. 23.

2. El tiempo de comienzo, la magnitud y la velocidad de cada evento es considerablemente variable entre las edades, por lo que algunos maduran antes que otros, para cada sexo.
3. Cada evento del crecimiento sigue la ley de la variabilidad individual del desarrollo. Cada individuo tiene una propia manera de ser y la conserva a través de los años de la adolescencia y en el que influyen diversos factores, como su raza, constitución genética o familiar, nutrición, funcionamiento endocrino y ambiental socio-cultural. Basado en ello, la evaluación de la maduración sexual suele ser más valiosa desde el punto de vista clínico, que la edad cronológica, que es la correlación que por lo general preocupa a los padres y al mismo adolescente.

Crecer es una característica destacada de la pubertad, el brote o estirón de la pubertad es una de las características fundamentales de la adolescencia. Tiene una duración de 3 a 4 años con un promedio de 24 a 36 meses. Está caracterizado por un rápido crecimiento del esqueleto, llamado punto de velocidad máximo (PVM) que se manifiesta por un aumento rápido de la talla o crecimiento lineal de aproximadamente 8 cm en la mujer y unos 10 cm en el varón.¹⁴ Es seguida por una desaceleración o enlentecimiento progresivo del crecimiento lineal hasta que se detiene por la fusión de la epífisis de los huesos largos como consecuencia hormonal.

Actualmente se considera que el incremento en la velocidad de crecimiento es el primer signo de inicio pubertad en las niñas, aunque es más fácil de visualizar dicho cambio en el botón mamario. El crecimiento corporal no es homogéneo, por lo general se aprecia una gradiente distal proximal, es decir, los pies y las manos crecen antes que lo hacen las piernas y los antebrazos, y éstos lo hacen antes que los muslos y los brazos. La cadera crece antes que los hombros y el tronco, el cual se acompaña de epífisis vertebral transitoria. Todos los órganos participan en el estirón del crecimiento a excepción de la cabeza, el timo, el tejido linfático y la grasa subcutánea. El inicio del estirón es variable en edad, por lo que los padres o

¹⁴ Texas Children's Hospital (Octubre de 2002). Crecimiento y desarrollo de los adolescentes. (en español) Centro de Información cardiovascular. Consultado el 19 de abril de 2008. Pág. 225-238.

el adolescente pueden manifestar preocupación por una supuesta precocidad o retardo del crecimiento. Las necesidades nutricionales se hacen más intensas, hay disimetría fisiológica que causa cierta “torpeza” motora, aumenta el metabolismo del calcio en el período de crecimiento rápido.

1.2 Conceptualización de la Adolescencia

La adolescencia es un período clave en la vida, que lleva de la niñez a la adultez, con intensos cambios que hay que conocer para distinguir lo normal de lo patológico. Muchos de los problemas de los adolescentes son consecuencia de comportamientos favorecidos genéticamente, pero que ya no son necesarios o deseables en el momento actual de nuestra evolución, aunque el crecimiento y maduración sea un continuo, la adolescencia puede ser conceptualmente dividida en tres fases: adolescencia temprana (11-13 años), media (14-17 años) y tardía (17-21 años) en donde el juego hormonal participa de forma activa en el desarrollo físico-funcional e indirectamente en las esferas psicológica y social.¹⁵

La adolescencia en un concepto moderno, fue definida como una fase específica en el ciclo de la vida humana a partir de la segunda mitad del siglo XIX, estando ligado a los cambios económicos, culturales, al desarrollo industrial y al papel de la mujer como enfoque de género en correspondencia con la significación que este grupo tiene para el proceso económico-social.

La adolescencia es una etapa entre la niñez que se inicia con los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social, en la cual muchas de las veces las condiciones étnicas y demográficas son primordiales en su desarrollo, las cuales pueden provocar crisis existenciales y causar toma de decisiones inadecuadas.

¹⁵ Rivero Casa José, M.J. Ceñal González-fierro, T. del Rosal Rabes, J. Jurado Palomo, O. de la Serna Blázquez. Medicine, ISSN 0304-5412, Serie 9, No. 61, 2006, pág. 3931-3937.

La OMS define “la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana de 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años.”¹⁶

Paralelamente con esto tenemos también la juventud que comprende el período entre los 15 y 24 años de edad, que es una categoría psicológica que coincide con la etapa post-puberal de la adolescencia, ligada a los procesos de interacción social, de definición de identidad y a la toma de responsabilidad, es por ello que la condición de juventud no es uniforme y varía de acuerdo al grupo social que se considere.¹⁷

La adolescencia es una etapa de transición que no tiene límites temporales fijos. Ahora bien, los cambios que ocurren en este momento son tan significativos que resulta útil hablar de la adolescencia como un período diferenciado del ciclo vital humano. Este período abarca desde cambios biológicos hasta cambios de conducta y status social, dificultando de esta manera precisar sus límites de manera exacta.¹⁸

La adolescencia comienza en la pubertad, es decir con una serie de cambios fisiológicos que desembocan en plena maduración de los órganos sexuales, y la capacitación para reproducirse y relacionarse sexualmente.

En sociedades diferentes a la nuestra y también en la misma sociedad occidental, en otros tiempos, la adolescencia puede, o podía darse por terminada con el matrimonio y la entrada en el mundo laboral. En la actualidad, y dentro del contexto occidental, la generalizada demora del momento del matrimonio, la situación de prolongación de los estudios y, sobre todo, el desempleo juvenil, ha hecho difícil la delimitación final de la edad adolescente, en definitiva la sociedad occidental ha contribuido a alargar la adolescencia mucho más de lo habitual entre

¹⁶ Organización Panamericana de la Salud. Manual de Salud para la atención del adolescente. Serie Paltext. 199 p. México D.F. SSR. 1994. Pág. 34-41.

¹⁷ Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de salud de México. En Buen Plan. Curso de Atención a la Salud Reproductiva para Adolescentes.

¹⁸ Hamel y Cols. La adolescencia. 1985. Pág. 70-75-76.

otras sociedades. Lo recientemente acotado, es una realidad hoy en día en nuestro país.¹⁹

La adolescencia es un continuo crecimiento de la existencia de los jóvenes en donde se realiza la transición entre el infante o niño de edad escolar y el adulto. La adolescencia es un fenómeno biológico, cultural y social, por lo tanto sus límites no se asocian solamente a características físicas.

Algunos psicólogos como Erik Erikson consideran que la adolescencia abarca de doce a trece años hasta los veinte o veintiún años y este término depende de la madurez psicológica, en donde la edad exacta en que termina no es homogénea y dependerá de cada individuo.²⁰

1.3 Etapas de la Adolescencia

1.3.1 Cambios Físicos

Los cambios biológicos y orgánicos durante la adolescencia marcan de modo casi definitivo el dimorfismo sexual.

1. Peso

En las mujeres, durante la pubertad temprana, la ganancia de peso continúa siendo 2 kg por año, pero luego experimenta una aceleración que llega a un máximo después de alcanzar el punto de velocidad máxima de crecimiento. En los varones el peso coincide con la talla, es decir, de 1 a 2 kg por año. El aumento de peso puberal viene a representar el 50% del peso ideal del individuo adulto.

2. Grasa

La grasa corporal aumenta en la pubertad temprana para ambos sexos. Más adelante las niñas depositan grasa más rápida y extensamente que lo hacen los varones con predominio en miembros superiores, tronco y parte superior del muslo. En condiciones normales, en ningún momento de la pubertad se espera

¹⁹ Bobadilla E. Florenzano R. Psicología del Desarrollo. 1981. Pág. 48-93.

²⁰ Erikson Homburger Erik. "Identidad, Juventud y Crisis". México. Editorial Paidós. 1974. Pág. 15-20.

que las niñas pierdan grasa, mientras que los varones en el crecimiento rápido, pierden grasa en los miembros y tronco.

La mujer y el varón prepuberales tienen igual proporción entre masa magra-tejido muscular, huesos y vísceras-y tejido adiposo. En el varón, el aumento de la masa magra es paralelo al incremento de la talla y del estirón puberal en músculos y huesos, los cuales coinciden con el punto de velocidad máxima (PVM) de crecimiento. Por el contrario, en las niñas se continúa acumulando el tejido adiposo en las extremidades y el tronco. Este crecimiento divergente da como resultado que los hombres tengan hasta un 45% de su peso corporal en músculos y las mujeres hasta un 30% de su peso corporal en grasa. Al final de la pubertad, los varones son más pesados que las mujeres. El dimorfismo es muy importante para considerar el sobrepeso en el adolescente, ya que se debe determinar si es a expensas de tejido graso o de tejido magro. Los hombros y el tórax son más anchos que las caderas en el varón y a la inversa en las mujeres y, en relación al tronco, las piernas son más largas en el varón.

3. Cabeza

La cabeza aumenta muy poco en tamaño, pero la cara se diferencia tomando aspecto de adulto, sobre todo por el reforzamiento mandibular, muy evidente en el varón y por los cambios en la nariz. Bajo las influencias de los andrógenos se establece también una diferencia en la parte anterior del cartílago tiroideos y las cuerdas vocales que tiene el triple de longitud que en las niñas.

4. Crecimiento muscular

El crecimiento muscular es un hecho resaltante, especialmente mientras dura el estirón de la estatura, con predominio en el varón, sobre todo por la acción de los andrógenos que también influyen en la adquisición de la fuerza muscular. Por supuesto, el tamaño, la fuerza y la habilidad pueden no ser diferentes en un varón y una mujer, dependiendo de la actividad física que desarrollen. El corazón y los pulmones también participan en el estirón del adolescente, más marcadamente en los varones, en quienes aumenta la presión arterial, así como la capacidad sistólica.

5. Dentición

Importa el diagnóstico de las caries y las alteraciones mecánicas. En general se completan 28 piezas durante la adolescencia.

- De 9 a 11 años: 4 premolares.
- De 10 a 12 años: los segundos premolares.
- De 10 a 14 años: los caninos.
- De 11 a 13 años: los segundos molares.
- De 14 a 18 años: las llamadas muelas del juicio, completando la dentadura adulta.²¹

1.3.2 Maduración Sexual

En la adolescencia temprana y para ambos sexos, no hay gran desarrollo manifiesto de caracteres sexuales secundarios, pero suceden cambios hormonales a nivel de la hipófisis, como el aumento en la concentración de gonadotropinas (hormona foliculoestimulante) y de esteroides sexuales. Seguidamente aparecen cambios físicos, sobre todo cambios observados en la glándula mamaria de las niñas, los cambios genitales de los varones y el vello pubiano en ambos sexos.

- Mujeres

El primer cambio identificable en la mayoría de las niñas es la aparición del botón mamario. La adolescencia en las mujeres comienza a los 10 o 12 años.

Se caracteriza por un agrandamiento en el tejido glandular por debajo de la areola, consecuencia de la acción de los estrógenos producidos por el ovario. La edad de aparición es después de los 8 años, puede ser unilateral y permanecer así por un tiempo bilateral y casi siempre es doloroso al simple roce. Al avanzar la adolescencia, el desarrollo mamario además de ser cuantitativo es cualitativo, la

²¹ Texas Children's Hospital (Octubre de 2002) Crecimiento y desarrollo de los adolescentes. (en español). Centro de información Cardiovascular. Consultado el 19 de abril de 2008. Pág. 225-238.

areola se hace más oscura y grande y sobresale del tejido circundante, aumenta el tejido glandular, se adquiere la forma definitiva, generalmente cónica y se desarrollan los canalículos. Puede haber crecimiento asimétrico de las mamas.

El vello púbico, bajo la acción de los andrógenos adrenales 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 inicio puberal. Típicamente comienza a notarse a los 9 o 10 años de edad. Al pasar los años, el vello pubiano se hace más grueso y menos lacio, denso, rizado y cubre la superficie externa de los labios extendiéndose hasta el monte de venus, logrando la forma triangular característica adulta después de 3 a 5 años (más o menos entre los 15 y 16 años de edad). El vello axilar aparece más tarde.

Los genitales y las gónadas cambian de aspecto y configuración. Los labios mayores aumentan de vascularización y en folículos pilosos, hay estrogenización inicial de la mucosa vaginal, los ovarios y el cuerpo del útero aumentan en tamaño. Las trompas de Falopio aumentan después de tamaño y en el número de pliegues en su mucosa. Los labios menores se desarrollan, los labios mayores se vuelven luego delgados y se pigmentan y crecen para cubrir el introito. La vagina llega a 8 cm de profundidad y luego de 10-11 cm. Por efectos estrogénicos, la mucosa se torna más gruesa, las células aumentan las secreciones vaginales, la flora microbiana cambia con la presencia del bacilo de Doderlein, la vulva sufre modificaciones en su espesor y coloración, el himen se engruesa y su diámetro alcanza 1 cm.

La menarquía, que es la primera aparición del ciclo menstrual, aparece precedida por un flujo, inodoro, transparente y bacteriológicamente puro que tiene aspecto de hojas de helecho al microscopio. La menarquía tiende a ocurrir a los 11 o 12 años, aunque puede aparecer en la pubertad avanzada (8-10 años).

- Hombres

Los testículos pre-puberianos tienen un diámetro aproximado de 2.5 a 3 cm, el cual aumenta obedeciendo a la proliferación de los túbulos seminíferos. El

agrandamiento del epidídimo, las vesículas seminales y la próstata coinciden con el crecimiento testicular, pero no es apreciable externamente. En el escroto se observa un aumento en la vascularización, adelgazamiento de la piel y desarrollo de los folículos pilosos.

La espermatogénesis es detectada histológicamente entre los 11 y 15 años de edad, y la edad para la primera eyaculación es entre los 12 y 16 años. El pene comienza a crecer en longitud y también a ensancharse aproximadamente un año después de que los testículos aumenten de tamaño. Las erecciones son más frecuentes y aparece la polución nocturna o emisiones nocturnas.

El vello sexual aparece y se propaga hasta el pubis, más grueso y rizado. Puede comenzar a aparecer el vello axilar y el del labio superior. El vello en los brazos se torna más grueso y abundante alrededor de los 14 años. Aumenta la actividad de la glándula suprarrenal, con aparición de humedad y olor axilar, igual que el acné.²²

1.3.3 Las tres etapas de la Adolescencia

Por otro lado hay quien suele dividir en tres las etapas de la adolescencia. Cada etapa trae sus propios cambios físicos, emocionales, psicológicos y de comportamiento. El desarrollo de los niños entre 8 y 18 años no está solamente determinado por el crecimiento y los cambios biológicos que experimenta su cuerpo, sino también por su propio temperamento y personalidad, las expectativas puestas en ellos por los adultos con los que conviven y las influencias sociales.

La primera etapa comprende la pre-adolescencia: desde los 8 años hasta los 11 años y la cual comprende cambios físicos, la fase cognitiva en donde se desarrolla la conciencia, el concepto de sí mismo, se dan las características psicológicas, las relaciones con los padres y con sus compañeros.

La segunda fase que comprende desde los 11 años hasta los 15, en donde existen cambios físicos, la misma fase cognitiva y aquí se da el desarrollo moral y el concepto de sí mismo, es decir la aceptación de los cambios que ocurren en el

²² Texas Children's Hospital (Octubre de 2002). Crecimiento y desarrollo de los adolescentes. (en español). Centro de Información Cardiovascular. Consultado el 19 de abril de 2008. Pág. 225-238.

adolescente, se originan características psicológicas, al igual que las relaciones interpersonales con los padres y los compañeros.

La tercera fase que comprende de los 15 años hasta los 18, en donde los cambios físicos aumentan considerablemente, al igual que la fase cognitiva, aquí se marca el desarrollo moral aún más junto con el concepto de sí mismo, se presentan las preocupaciones, depresiones y trastornos como bulimia y anorexia, propias de las características psicológicas, las relaciones con los padres suelen ser menos conflictivas y las relaciones con los compañeros son más frecuentes dándose el desarrollo de una identidad propia.²³

1.3.4 Etapas de la Adolescencia como parte del desarrollo de personalidad y concepciones en torno a la determinación de sus límites y regularidades

En las diferentes etapas de la adolescencia, en particular, han sido llamadas períodos de la “pubertad”, termino en castellano que aparece en el siglo XVIII, proveniente de la palabra en latín “pubertas” y que se refiere a la edad en que aparece el vello viril o púbico. Con esta denominación se enfatiza lo que distingue a la adolescencia, como etapa del ciclo vital, en lo referido a la presencia de un conjunto de cambios biológicos que preparan al sujeto para la procreación.

Sin embargo, en la actualidad, existe consenso en cuanto a considerar la adolescencia y la juventud como momentos claves en el proceso de socialización del individuo. En el transcurso de estas etapas o períodos, el sujeto se prepara para cumplir determinados roles sociales propios de la vida adulta, tanto en lo referido a la esfera profesional como en la de sus relaciones con otras personas de la familia, con la pareja y los amigos. Además, adolescentes y jóvenes deberán regular su comportamiento, de forma tal, que alcancen una competencia adecuada ante las exigencias en la sociedad en la que se desenvuelven.²⁴

²³ Etapas de la adolescencia. Euroresidentes 2000 Ityls Siglo XXI, España, Spain. Foro para Adolescentes. Foro para padres de Adolescentes.

²⁴ Domínguez García Laura. “Psicología del Desarrollo, Adolescencia y Juventud”. Editorial Félix Varela. La Habana, Cuba, 2003. Pág. 10-17.

Aunque casi la totalidad de los autores, independientemente de la concepción teórica que asumen, consideran que la determinación de estas etapas no responde, como criterio principal para su delimitación, a la edad cronológica, la mayoría de los estudiosos de estas etapas proponen determinados límites etéreos para las mismas.

Analicemos sus aspectos distintivos, a partir de las consideraciones de algunos de sus más destacados representantes.

El enfoque biogenético de aquellas teorías (Stanley Hall, Sigmund Freud, E. Kretschmer y E. Haensch) entre otros que considera la maduración de los procesos biológicos como base del análisis de las restantes etapas del desarrollo. Estos últimos se conciben como derivados o en estrecha relación con los primeros.

Para Freud la adolescencia se corresponde con la etapa genital, que se extiende de los 12 a los 15 años aproximadamente, período en que tras una etapa de latencia en la edad escolar, durante la cual la sexualidad dejó de ejercer sus presiones momentáneamente, se renueva la lucha entre el ello y el yo, ya que los cambios biológicos, reducidos en este caso fundamentalmente a la maduración sexual, vuelven a poner en el centro de atención del individuo su sexualidad. La periodización del desarrollo propuesta por este autor culmina en esta etapa, por lo que no se caracteriza la juventud. Según Freud, el adolescente es más idealista, generoso, amante del arte y altruista que lo que jamás será en lo adelante, pero a la vez es egocéntrico y calculador.

Freud no estableció diferencias entre adolescencia y juventud como etapas del desarrollo de la personalidad del adolescente, cada una de las cuales posee sus regularidades específicas. Valoró la contribución de lo social en tanto entorno inmediato que rodea al sujeto, sin tener en cuenta otras determinantes más generales de las peculiaridades propias de esta etapa, como son el origen social, la situación económica y la época histórica, por sólo mencionar algunas.

Para los psicoanalistas la adolescencia y sus etapas son un momento de “sturm und drang”, es decir de “ímpetu y borrasca”, cuya causa primordial es el conflicto

social. De esta causa se derivan características tales como: sentimientos de aislamiento, ansiedad y confusión, unidas a la intensa exploración personal, que conduce paulatinamente a la definición del sí mismo y al logro de la identidad; también la inconsistencia en la actuación, pues unas veces luchan contra sus instintos, otras los aceptan; aman y aborrecen en la misma medida a sus padres; se rebelan y se someten; tratan de imitar y a la vez, quieren ser independientes.

Por su parte, los representantes del enfoque sociogenético caracterizan estas etapas en función de las regularidades que adopta el proceso de socialización del individuo, estrechamente vinculado a las tareas que le plantea la sociedad a cada momento del desarrollo humano. Este enfoque se encuentra muy vinculado al desarrollo de la psicología social norteamericana.

Para Grindler las etapas de la adolescencia desarrollan estilos de vida y a través del aprendizaje de roles se adquieren las aptitudes necesarias para su futura vida adulta. Este proceso resulta posible por el creciente número de relaciones interpersonales que establecen los adolescentes y jóvenes, dentro de un ambiente cada vez más amplio, con personas de determinada significación.

Erik Erikson posee una concepción “epigénica” del desarrollo psíquico, ya que de acuerdo a su propio punto de vista el desarrollo psicológico se produce con una secuencia y vulnerabilidad predeterminadas y se ve contrapunteado por la influencia ejercida por la realidad social sobre el individuo.

En cada uno de los estadios o etapas por los que transcurre el desarrollo de la personalidad, el “yo” debe resolver tareas específicas con repercusiones psicológicas universales. Además en el trascurso de cada estadio se presenta un momento crítico que conduce al sujeto a la necesidad de enfrentarse y resolver una polaridad determinada. En este sentido, para Erikson el término de “crisis” es entendido como una regularidad que favorece al desarrollo personal y no como un conflicto desorganizador, siempre y cuando la polaridad del “yo” se resuelva adecuadamente. En la adolescencia la polaridad típica es “identidad vs confusión del yo” y en la juventud “intimidad vs aislamiento”.²⁵

²⁵ Boletín de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología. Vol. 4 Número 1. 2008. Pág. 69-75.

1.4 Etapas del crecimiento, desafío de la Adolescencia y Adolescencia o Pubertad.

Al pasar de la edad infantil a la edad adulta, ocurre una evolución gradual que se inicia con una transformación fisiológica importante (aspecto físico y sexual). Al mismo tiempo, comienza la maduración de la personalidad que se refiere al paso del pensamiento concreto (típico del niño) al pensamiento abstracto (propio del adulto). Esta etapa del crecimiento es la adolescencia.

Se trata de un período maravilloso, intenso, de grandes desafíos, durante el cual los hijos se forjan su futura personalidad. Los padres deben aprovechar este proceso “de hacerse mayores” para motivar en ellos, ideales para mejorar el mundo; hacer que crean en sus sueños; y, convencerles de que es posible alcanzarlos. También les compete hacer que los hijos comprendan que sí es posible amar y ser felices sin el sexo prematuro, la diversión sin límites o el alcohol y las drogas. Los jóvenes poseen diversas capacidades y una energía inagotable que les hace audaces y decididos para aportar al cambio y ser diferentes (respeto a quienes no tienen objetivos verdaderos, se dejan llevar por el grupo, por lo que está de moda....).²⁶

Gerardo Castillo, profesor de Psicopedagogía de la Universidad de Navarra y experto en el campo de la adolescencia, dice “La adolescencia es un proceso de desarrollo de la personalidad orientada al logro de la autonomía responsable y de la madurez psicológica y social. No se repite de forma idéntica en cada etapa histórica, en cada contexto social y en cada persona. Pero, si existen unos aspectos constantes de este período y de los nuevos comportamientos de los adolescentes”.

La adolescencia es una realidad ilimitada, debido a las múltiples diferencias individuales de los jóvenes, que se dan por la edad, el sexo, el tipo de carácter, el ambiente, entorno familiar y social en que viven, etc. Sin embargo, se han podido determinar algunos aspectos habituales y comunes entre los jóvenes en las diversas etapas de la adolescencia. Los mismos que se transmiten a los padres

²⁶ Autora Flor de Pérez Mireya. [Wikipedia.org/wiki/embarazo](https://es.wikipedia.org/wiki/embarazo). Publicado el 13 de Agosto de 2009.

para que puedan comprender y ayudar más a su hijos, durante esta transición (de edades) y, en las crisis que surjan o se presenten; y, que más bien, éstas sean aprovechadas como experiencias de crecimiento y mejora personal.

1.4.1 La primera adolescencia o pubertad (Preadolescencia)

La mayoría de los libros de psicología evolutiva coinciden en que esta etapa se inicia en las niñas alrededor de los 11 años y, en los niños a los 13 años. Como ya se sabe, las niñas maduran antes que los niños, sin embargo, en la actualidad la infancia es cada vez más corta, y la pubertad puede iniciarse (en algunos casos) alrededor de los 9 años. Así también, la adolescencia se alarga por el hecho de no vivir una infancia completa y no adquirir una autonomía personal en el tiempo adecuado.

Durante esta etapa se desarrolla un proceso gradual de maduración física, principalmente; y, se inicia el psicológico y social.²⁷

1.4.2 Cambios Psicológicos y Sociales

El cambio más importante que tiene el púber es el físico, debido a que es rápido, espectacular y decisivo para su futuro, puede desconcertarle de alguna manera (sobre todo si le avergüenza y no lo acepta), pero también le motiva a salir de la infancia. Se trata de un niño o niña que está empezando a dejar de serlo; por eso, puede sufrir algunas regresiones a la conducta infantil – rabietas, acudir a los padres ante cualquier dificultad, caprichos, etc.-.

Este cambio viene acompañado del despertar sexual. Las mujeres empiezan a fijarse e interesarse en los varones, y ellos en las mujeres. Para esto, los padres deben haber conversado con sus hijos, desde edades más tempranas, sobre los temas del amor y la sexualidad. En esta época, los jóvenes se interesan más en estos temas. Por eso, los padres tienen la responsabilidad de proporcionarles la formación e información correcta y completa, de una manera clara, abierta y delicada. De manera que se acepten como son, y no se llenen de complejos y prejuicios que podrían perjudicarles en su vida futura. También deben insistir en

²⁷ Castillo, Gerardo. (2009). El adolescente y sus retos. Madrid, España: Ediciones Pirámide (grupo Anaya, S.A.). Pág. 6-37

que la sexualidad es una manifestación grandiosa del amor que está orientada a la procreación, dentro del matrimonio. Se debe contrarrestar la arremetida de información del sexo libre, sin responsabilidad.

Entre otras características de los jóvenes, en esta edad, están:

- Sentir inconformidad con los adultos y consigo mismo.
- Cambiar la casa por la calle y, los padres por los amigos.
- Rechazar todo lo convencional.
- Tener reacciones emocionales desproporcionadas tanto cariñosas como violentas.
- Edad de los malos modales, de las malas palabras, del desorden.
- Mirarse al espejo constantemente.
- Empiezan a descubrir su propio yo.

1.5 Definiciones de embarazo

El embarazo es el estado de la mujer gestante, en el cual se desarrolla un feto en su útero. Comprende desde la fecundación del óvulo por parte del espermatozoide hasta el parto o expulsión del feto al exterior. Su duración normal es de 38 semanas desde la fecundación, es decir 40 semanas desde la fecha de última regla.²⁸

Se conoce también como embarazo al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos. El embarazo humano dura un total de 40 semanas, equivalente a 9 meses calendario. En las primerizas, como se denomina a las mujeres que darán a luz por primera vez y en las que no, pero existen menos probabilidades, el primer trimestre el embarazo resulta ser el más

²⁸ Dra. Bombí Inés. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Médico consultor de Advance Medical.

riesgoso por la posibilidad de pérdida del mismo. En tanto, una vez ya en el tercero comienza el punto de viabilidad del feto, esto significa que el bebé ya es capaz de sobrevivir extrauterinamente sin necesidad de soporte médico.²⁹

Para la Organización Mundial de la Salud el embarazo inicia cuando termina la implantación. La implantación es el proceso que empieza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero. Esto ocurre 5 o 6 días después de la fertilización. Entonces el blastocito penetra el epitelio uterino e invade el estroma. El proceso se completa cuando la protuberancia villi (defecto del epitelio que forma capas de células entre sí) y el defecto en la superficie del epitelio se cierra. Esto ocurre entre el día 12-16 después de la fertilización.³⁰

Algunos autores mencionan que el embarazo es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. En el ser humano la duración media es de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses calendario).³¹

Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminadas a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. En el ser humano las gestaciones suelen ser únicas.³² La FIGO en el 2007 definió el embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus en la mujer. El embarazo se inicia en el

²⁹ Online CopyScapa. Octubre 20, 2008 por Florencia en Salud.

³⁰ Organización Mundial de la Salud. Boletín junio 2009. Pág. 405-484.

³¹ Benson/Pernoll: diagnóstico de embarazo y cuidados prenatales. En: Manual de Obstetricia y Ginecología. 9ª. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 1994. Pág. 108-154.

³² KidsHealth.org (marzo de 2006). Calendario semanal del embarazo. Editado por Elana Pearl Ben-Joseph y The Nemours Foundation. (28 de enero de 2008).

momento de la nidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica.³³

1.5.1 Tipos de Embarazo

Existen en principio 3 tipos de embarazo:

Embarazo intrauterino: el embrión se implanta dentro del útero. Es el embarazo normal, sin ninguna alteración. Este embarazo además puede ser único, gemelar, anembrionado (no se forma embrión) huevo muerto retenido (se muere el embrión).

Embarazo extrauterino o ectópico: hasta uno de cada 50 embarazos es ectópico, palabra que significa “fuera de lugar”, es un embarazo anormal, en el que el óvulo fertilizado se implanta en el tejido fuera del útero o de la placenta, y el feto comienza a crecer allí. El sitio más común es la trompa de Falopio. Sin embargo los embarazos ectópicos se pueden producir en el ovario, en el abdomen y en la parte inferior del útero. El bebé no puede sobrevivir en estos casos.

Embarazo molar: la placenta crece de forma anormal durante los primeros meses y se convierte en una masa de quistes (llamada mola hidatidiforme) que se asemeja a un racimo de uvas blancas. El embrión no se forma en absoluto o se forma mal y no puede sobrevivir. Aproximadamente 1 de cada 1,500 embarazos es molar.³⁴

Recordemos que el embarazo es el crecimiento de un nuevo ser a expensas del organismo de la mujer.

1.6 Embarazos de Alto Riesgo o Anormales

Los embarazos de alto riesgo son aquellos que tienen más posibilidades de complicaciones tanto maternas como fetales, durante el transcurso de la gestación

³³ Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

³⁴ Camino Lucía. Publicación Editorial de Embarazo y Parto. Diciembre 13 del 2008. Pág. 1-25. Santiago de Compostela, España.

y el parto, y que precisa de un control médico y ecográfico estricto. Son múltiples las situaciones que hacen catalogar al obstetra un embarazo como de alto riesgo.

Un primer grupo es la patología materna previa al embarazo, tal como hipertensión, diabetes, coagulopatías, epilepsia, obesidad, bajo peso materno, alteraciones endocrinológicas, malformaciones uterinas, etc.

Un segundo grupo lo forman las gestantes con antecedentes obstétricos desfavorables, es decir, pacientes con embarazos anteriores con patología materna o fetal asociada, tal como crecimiento intrauterino retardado, preeclámpsia o eclampsia (hipertensión inducida por la gestación), colestásis intrahepática del embarazo, malformaciones fetales anteriores, parto prematuro, muerte fetal intraútero, etc.

Por último un tercer grupo lo forman las causas feto-placentarias, como embarazo múltiple, malformaciones fetales, retrasos de crecimiento, placenta previa, etc.³⁵

1.6.1 Diez principales causas del embarazo de alto riesgo

- 1.- Atención materna por desproporción conocida.
- 2.- Ruptura prematura de las membranas amnióticas.
- 3.- Cirugía uterina previa.
- 4.- Aborto no especificado.
- 5.- Atención de partos en adolescentes.
- 6.- Hemorragia precoz del embarazo.
- 7.- Infección de las vías genitourinarias.
- 8.- Productos anormales de la concepción.
- 9.-Atención materna por presentación anormal del feto.

³⁵ Instituto Marqués y la Fundación Josep Carreras, unidos por la vida. "El embarazo contado con sencillez" de Mayka Sánchez (Maeva Ediciones).

10.-Hipertensión gestacional con proteinuria.³⁶

Recordemos que la reproducción humana es un proceso social, bioquímico y fisiológico complejo que no es tan exitoso como alguna vez se pensó. Es probable que menos de la mitad de todas las concepciones se pierdan antes de que incluso se reconozca el embarazo. Otro 15% a 40% se pierde en el primer trimestre. De este último grupo, más de la mitad tiene cariotipos anormales (orden morfológico de los cromosomas de una célula) y desafían las metodologías actuales para prevenir la pérdida del producto.³⁷

Durante la valoración de los embarazos para identificar el riesgo, varios conceptos clave ofrecen información invaluable.

El embarazo de alto riesgo se define como aquel en el que la madre, el feto o el recién nacido tienen o pueden tener un mayor riesgo de morbilidad o mortalidad antes, durante o después del parto. Hay muchos factores implicados, incluyendo la salud materna, antecedentes obstétricos y enfermedad fetal. Los trastornos obstétricos pueden imponer un riesgo adicional para la madre y el feto, como el desprendimiento de placenta, prematuridad, preeclampsia, eclampsia y retardo en el crecimiento del producto, entre otros.

La incidencia de embarazo de alto riesgo varía de acuerdo con los criterios que se utilicen para definirlo. Muchos factores participan y los efectos de cualquier factor específico difieren de una paciente a otra. A menudo, estos factores se identifican sólo en retrospectiva, y únicamente benefician a los embarazos futuros.

Se debe sospechar de embarazo siempre que exista retraso mensual en una mujer en edad fértil, con vida sexual activa sin uso o con empleo incorrecto de métodos anticonceptivos.

Dentro de los factores de riesgo obstétrico, está la adolescente embarazada con edad ginecológica menor a los 12 años, la cual tiene mayor probabilidad de

³⁶ Dr. Cortés Chávez José Antonio. Datos obtenidos de la tesis para la Especialidad en Medicina Familiar. (Febrero de 2006).

³⁷ H. DeCharney Alan; Lauren Nathan. Diagnóstico y tratamiento ginecobstétricos. 8a. Ed. El Manual Moderno, 2003. Pág. 211-289.

padecer PE (preeclampsia-eclampsia), prematuridad y bajo peso del producto al nacer, considerando edad ginecológica al tiempo transcurrida entre el inicio de la menarca y la fecha de fecundación.³⁸

En estudios recientes se han encontrado semejanzas con el artículo de Vicente Sánchez. "El embarazo de las adolescentes en México". En cuanto a porcentajes de embarazos en adolescentes, así como de las principales complicaciones en un embarazo de alto riesgo.

Para quienes hacemos salud pública, el concepto de muerte materna es mucho más amplio que el meramente técnico, ya que una muerte materna significa el desequilibrio del núcleo familiar, que deja en la orfandad a una familia entera. Sabemos que los niños huérfanos tienen mayor riesgo de enfermar y de morir que aquellos que tienen a su madre enferma o discapacitada. Por lo que este problema es, además de un problema de salud pública, un imperativo ético por resolver.

1.7 La etapa de la adolescencia y su vulnerabilidad

La adolescencia es una etapa de la vida de grandes oportunidades, pero también es altamente vulnerable, las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva son trascendentes para el desarrollo futuro de los individuos, de sus hijos e hijas y de sus parejas. El embarazo no planeado es una de las amenazas para el desarrollo integral de los y las adolescentes, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer y retrasar o suspender los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo.

Según la OMS, la edad más segura para el embarazo es de los 20 a los 24 años de edad. Algunas de las razones médicas para evitar el embarazo en menores de 18 años, es que no se ha completado el desarrollo óseo y no se ha alcanzado la

³⁸ Instituto Mexicano del Seguro Social. Atención prenatal en medicina familiar. Guía diagnóstico-terapéutica. Rev. Med. IMSS 1998. Pág. 36- 45-60.

Ortigosa-Corona E. Karchmer_krivitzky S. Factores relacionados con el conocimiento de signos de alarma durante el embarazo. Ginecol Obstet Méx 1996. Pág. 64-90-95.

masa muscular máxima, así como la relativa inmadurez psicosocial del adolescente.

1.8 Definición de embarazo en la adolescencia

Se define como embarazo en la adolescencia aquel que ocurre en las mujeres jóvenes menores de 19 años.

La adolescente embarazada ha sido descrita como portadora de un síndrome de fracaso. “fracaso para cumplir sus funciones como adolescente, permanecer en la escuela, limitar a su familia, establecer valores estables, ser capaz de ganarse la vida y tener bebés sanos”.³⁹

El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre durante los 2 primeros años después de la primera menstruación (entre los 10 y 13 años de edad aproximadamente), y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de sus padres.⁴⁰

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo, en donde se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo.

1.8.1 Algunas otras descripciones

Las descripciones psicológicas de la adolescente embarazada son muy variadas, y como podría expresarse no hay una dinámica específica para explicar los embarazos en la adolescencia, pero se halló un recurrente tema de conflicto en la adolescente embarazada referido a la maternidad y a ser madre. Ella negaba y no creía que lo que había aprendido sobre el embarazo pudiera ocurrirle. Esto parece estar conectado con una falta de apreciación cognoscitiva del propio. La frecuencia de embarazos en las adolescentes varía considerablemente en distintos países del mundo, donde influyen diversos factores socioeconómicos, nivel cultural, ignorancia o inaccesibilidad al control de su fertilidad o que exista

³⁹ Webb, 1972.

⁴⁰ Curso de Salud Adolescente de la Universidad Católica de Chile. Dra. María Inés Romero. Año 2001.

información sobre la sexualidad o educación de su fertilidad en las escuelas o en su comunidad.⁴¹

En base a lo anterior es necesario señalar que la adolescencia es considerada un proceso de maduración en la vida humana, en el cual se establece la identidad adulta y en donde se presentan las relaciones parentales mediante los elementos biofísicos en desarrollo. Por todo esto, es necesario que el continuó crecimiento de la existencia de los jóvenes se realice adecuadamente y sea entendido por los padres como un período clave en la vida de los jóvenes.

Los cambios fisiológicos y la maduración de los órganos sexuales son difíciles de precisar en cuanto a sus límites, lo cual dificulta este período. Recordemos que la adolescencia trae cambios físicos, emocionales, psicológicos y de comportamiento.

El período de la adolescencia puede variar en cuanto a edades, estas pueden ser de los 11 y 19 años o de los 11 a los 21 años, dependiente de su clasificación.

Cuando él o la adolescente sufren cambios tanto físicos como emocionales, vienen acompañados del despertar sexual, las mujeres empiezan a interesarse en los varones y ellos en las mujeres, es cuando los padres deben haber conversado con sus hijos proporcionándoles la información correcta y completa en cuanto a esto, de manera que se acepten como son y no se llenen de complejos y prejuicios que podrían repercutirles en su vida futura. Tal sería el caso de los embarazos en adolescentes, muchos de los cuales son de alto riesgo y con complicaciones tanto maternas como fetales, siendo la adolescente embarazada descrita como portadora de un síndrome de fracaso, lo cual limita sus funciones como adolescente. El embarazo en una pareja de jóvenes es un evento inesperado, angustiándolos que les provocan trastornos en el proceso normal del desarrollo de su personalidad y su apreciación cognoscitiva de lo que sucede.

Se ha definido como embarazo en la adolescencia: La gestación que ocurre durante los dos primeros años de la primera menstruación (entre los 10 y 13 años

⁴¹ Molina R. Adolescencia, "Tiempo de Decisiones". 1994. Pág. 753-767.

de edad aproximadamente), también se le ha definido como aquel que ocurre en las mujeres jóvenes menores de 19 años.

Capítulo II

“Factores que influyen en el embarazo del adolescente”

2.1. Factores desencadenantes del embarazo adolescente

Recordemos que el embarazo en adolescentes al igual que sus consecuencias es un problema no solo de salud pública, sino también es un aspecto sociocultural importante que en nuestro país ha ocasionado un deterioro de las familias repercutiendo en la sociedad como tal.

2.1.1 Factores Físicos

Para empezar, el embarazo adolescente tiene que ver con la sexualidad que se intensifica con la pubertad y ocupa un lugar central en el desarrollo adolescente. Prácticamente en todas las regiones la pubertad se celebra como un reconocimiento de que el niño está iniciando la transición, no únicamente hacia la edad adulta sino hacia la paternidad potencial.

Con frecuencia ven a la maternidad como una forma de aumentar su propio valor y poseer algo.

Dentro de estos factores que hacen que un adolescente se convierta en madre están el visualizar la sexualidad como “algo malo”, a menudo los adolescentes tienen ideas vagas y distorsionadas, con frecuencia no esperan quedar embarazadas después de una relación sexual, son naturalmente impulsivos y es menos probable que actúen en forma planeada como los adultos y que acudan a los servicios de salud posteriormente.

Los riesgos de enfermedades y muerte para la madre adolescente y su hijo son mayores mientras más joven es la madre en especial cuando el cuidado de la salud es inferior a lo ideal.

Un embarazo no deseado generalmente conduce también a la búsqueda de un aborto inducido, que en el caso de los adolescentes sin experiencia y avergonzadas, probablemente lo realizaran cuando el embarazo está avanzado y esto conlleva a mayores riesgos para la salud, la fecundidad futura, y la vida de la joven particularmente si se realiza de manera clandestina.⁴²

⁴² Rivera Alvarado Sandra, Lic. En Psicología. “Salud y Sexualidad”. Aspecto físico, social, psicológico y cultural de la adolescente Embarazada. Editorial publicada en 2003. Pág. 302.

2.1.2 Causas que ocasionan un embarazo adolescente

- a.- Ignorancia en reproducción y sexualidad humana.
- b.- Mala o deficiente comunicación con los padres.
- c.- Ignorancia de los padres en embarazo y sexualidad.
- d.- Problemas entre los padres.
- e.- Padres que viven separados
- f.- Ser hijo o hija de madre adolescente.

2.1.3 Factores Sociales y Económicos

Entre los aspectos macrosociales se destacan las políticas públicas y entre los del contexto social próximo, el lugar de residencia de los jóvenes, la disponibilidad de recursos para la atención en salud reproductiva y la anticoncepción, la estructura familiar y la interacción con los padres, otros adultos y el grupo de pares. También se abordan características individuales, entre las que se cuentan la edad, el estrato socioeconómico, el nivel de educación y la pertenencia a grupos étnicos. Por último se analiza el efecto en la conducta reproductiva de las adolescentes de sus percepciones, actitudes y conocimientos de aspectos de la reproducción y la anticoncepción, para finalizar con breves consideraciones sobre las posibles causas de la lentitud relativa del descenso de la fecundidad adolescente.⁴³

También se señalaba el riesgo para la vida y la salud que, para la madre y el hijo, provendría de una maternidad temprana. Sin embargo, los riesgos para la madre adolescente y su hijo obedecían en gran medida a la falta de cuidados médicos y a deficiencias nutricionales debidas a su situación económica (las madres adolescentes eran mayoritariamente pobres) o al descuido de la propia salud, no era consecuencia de la edad de las madres en sí misma.⁴⁴

⁴³ Pantelides Alejandra Edith. Aspectos sociales del embarazo y fecundidad adolescente en América Latina. Artículo No. 78. Notas de población publicado en el mes de Diciembre de 2004. Pág. 12-14.

⁴⁴ Baldwin W and V Cain, 1980. "The Children of Teenage Parents". Family Planning Perspectives. Pág. 34-39-42-43.

La preocupación por la fecundidad adolescente también se fundamentaba en las desventajas vinculadas a la condición de madre soltera, para ésta y su hijo. Por último se sostenía que convertirse en madre en la adolescencia conducía a un menor nivel de educación y de estatus socioeconómico en general.⁴⁵

Este argumento se relaciona con el que afirma que la maternidad temprana es un mecanismo de transmisión de la pobreza.

Sin embargo, la evidencia puede ser leída en forma inversa; es la pobreza la que perpetúa situaciones que llevan al embarazo en la adolescencia. Dicho en forma general, las condiciones socioeconómicas preexistentes ¿por qué? algunas adolescentes se convierten en madres y otras no.⁴⁶

2.1.4 Definición de los Factores Sociales

Los factores sociales que influyen en el embarazo y la fecundidad adolescente pueden concebirse como una serie de círculos concéntricos o niveles de análisis, desde el más alejado, el nivel macrosocial, al más próximo, la conducta, o el nivel de los conocimientos, actitudes y percepciones individuales. 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 mas “próximos” al individuo, entre otros, el lugar de residencia, la estructura familiar y los grupos de sociabilidad integrados por docentes y grupos de padres, 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.⁴⁷

⁴⁵ Hayes, S.C. 1987. “Psychotherapists in clinical practice”. In N. Jacobson editorial. Pág. 327-387. New York.

⁴⁶ Bunivic Mayra, 1992. The Fortunes of Adolescent Mothers and their Children. Pág. 269-297.

⁴⁷ Geronimus, A.T. 1997. “The Socioeconomic Consequences of Teen Childbearing Reconsidered. Pág. 1187-1214.

2.1.5 Características de los sujetos por su vulnerabilidad

Los grados de vulnerabilidad a una fecundidad precoz pueden ser su edad, su situación socioeconómica, sobre todo su nivel de educación, y su grupo étnico. En último lugar, las percepciones, actitudes y conocimientos relativos a los roles de género, al ejercicio de la sexualidad y a la prevención del embarazo influyen en la adopción de conductas reproductivas conducentes o no a una fecundidad temprana.⁴⁸

2.1.6 Factores Emocionales

Dentro de los principales factores emocionales que muchas de las veces son factores individuales están los siguientes:

- 1.- Dificultad para planear proyectos a largo plazo.
- 2.- Personalidad inestable.
- 3.- Baja autoestima y poca confianza.
- 4.- Sentimientos de desesperanza.
- 5.- Falta de actitud preventiva.
- 6.- Menarquía precoz.
- 7.- Conducta de riesgo.
- 8.- Abuso de alcohol y drogas.
- 9.- Dificultad para mejorar sus condiciones de vida.
- 10.-Insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento.
- 11.-Antecedentes familiares conflictivos o en crisis
- 12.-Madres que han estado embarazadas en la adolescencia.

⁴⁸ Pantelides Alejandra Edith. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América latina. Artículo No. 78. Notas de población publicado en el Mes de Diciembre de 2004.Pág.18-20.

Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia, el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a otras. La necesidad de probar su fecundidad, estando influenciadas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia.⁴⁹

Algunas de las causas emocionales que ocasionan embarazos adolescentes están principalmente la necesidad de la adolescente en tener un hijo para reconstruir la ternura materna o para construir la que no han tenido; la necesidad de tener un marido que la acompañe y la ayude a sobrevivir económicamente; también como castigo a los padres por su incomprensión; para poder irse de un hogar disfuncional, huir de un ambiente difícil y por último agradar al novio o pareja.

2.1.7 Factores Socioculturales

El embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades. Esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud y fertilidad y también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad. También incluye la percepción de la sociedad sobre estos roles y el valor que esta le otorga. El estereotipo de la mujer de baja condición es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda. Es la mujer para quien la maternidad ha sido el único destino desde su nacimiento, ella se ve mayor de la edad que tiene, su salud está revestida por embarazos a repetición, la maternidad y el trabajo doméstico agotador. Es típico su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a la salud.

El machismo y la necesidad del varón de probarse es un factor dinámico en el comportamiento del varón preñador, en el que también se ha demostrado la exigencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas.

⁴⁹ Houston, E y Armstrong. S. Preventing fertility world wide. *Population Bulletin*. Reference bureau. Vol. 402. 1985. Pág. 11-17.

El machismo influencia el patrón de conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente entre los adolescentes). La imagen de una mujer pasiva, silenciosa, dependiente, es el resultado de una generación de privación y restricciones impuestas para mantener el dominio masculino en la vida diaria.⁵⁰

Freid Said, dice que esto se expresa en la negación del derecho de la mujer a la realización sexual, independientemente de la reproducción. Esto refleja un sistema de valores que iguala maternidad con reproducción.

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones.

La educación se ha descrito como el mecanismo contra el fatalismo. Las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación esta menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica.⁵¹

2.1.8 Factores de riesgo

Se describe como un factor de riesgo la baja escolaridad, las zonas de pobreza con hacinamiento, el estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad familias disfuncionales, falta de recursos a los centros de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.

⁵⁰ Monroy de Velasco. A. Morales. M y Velasco Monroy. La fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones. Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud. Cuaderno técnico No. 22. 1988.

⁵¹ Organización Panamericana de la salud. Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes en América Latina y el Caribe. Revisión bibliográfica, 1998-2000. Página 69.

2.1.9 Factores familiares

Estos factores pueden ser donde existe una familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, vínculo más estrecho con el padre, padre ausente.⁵²

La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los microambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia.

Un mal funcionamiento puede predisponer a una relación sexual prematura, un adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de las relaciones sexuales y además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo que le permita huir de un lugar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto.

La homeostasis familiar que se establece entre los miembros facilita una relación emocional y física, promueve el desarrollo individual y familiar para mantener el equilibrio, cada familia utiliza valores, normas y reglas que condicionan y marcan las relaciones tanto en el medio externo como en el interno.⁵³

La situación del embarazo ocurre en un contexto afectivo en un período denominado como “pololeo” con relaciones sexuales de poca ocurrencia. En la fase culminante, y una vez conocida la notificación de embarazo, se desencadena un problema conflictivo grave, con consecuencias personales en la propia adolescente y socio-familiares a nivel de la familia de origen y entorno inmediato.⁵⁴

⁵² González Salguero Fernando. Resultado de un estudio de línea de base en salud sexual y reproductiva en adolescentes. Enero 2000.

⁵³ A la Torre Joaquín. El embarazo adolescente y la pobreza, 2000. Pág. 11.

⁵⁴ Peña, Quiroz, Muñoz, Molina, Guerrero & Masardo, 1991, Pág. 25.

El embarazo en cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial, pero en la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro por las complicaciones que acarrea.⁵⁵

De acuerdo a lo anterior los factores que influyen en el embarazo adolescente son: socioculturales, físicos, sociales y económicos, emocionales, familiares y de riesgo, mismos que se describen a continuación:

- Factores socioculturales: La condición de la mujer en las diferentes sociedades, esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud, fertilidad y también los roles que ella desempeña en la familia, la comunidad, el estereotipo de la mujer y salud inadecuada.
- Factores físicos son: La sexualidad que se intensifica con la pubertad y ocupa un lugar central en el desarrollo del adolescente, la transición no únicamente hacia la edad adulta sino hacia la paternidad potencial, visualizando la sexualidad como algo malo, a menudo los adolescentes tienen ideas vagas y distorsionadas, siendo naturalmente impulsivos.
- Factores sociales y económicos: Se destacan las políticas públicas, en el contexto social está el lugar de residencia de los jóvenes, la disponibilidad de recursos para la atención en salud reproductiva y la anticoncepción, la estructura familiar, la interacción con los padres, otros adultos y el grupo de pares, edad, estrato socioeconómico, nivel de educación, grupo étnico, falta de cuidados médicos, deficiencia nutricionales, descuido de la propia salud.
- Factores emocionales: Dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, menarquía precoz, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas, dificultad para mejorar

⁵⁵ Ruoti M, Ruoti A. "Sexualidad y embarazo en la Adolescencia". Instituto de Investigaciones de Ciencias de la Salud. 1992. Pág. 81-120.

sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, antecedentes familiares conflictivos o en crisis, madres que han estado embarazadas en la adolescencia.

- Factores familiares: Se encuentran familias disfuncionales (Tensión y conflictos familiares), familia en crisis, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, vínculo más estrecho con el padre, padre ausente, amenaza de violencia, incesto y alcoholismo.
- Por último mencionaremos los factores de riesgo, como son: La baja escolaridad, las zonas de pobreza con hacinamiento, el estrés, delincuencia y alcoholismo, la pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.

Capítulo III

“Antecedentes e intervención del Trabajador Médico-Social en Materia de Salud Pública

3.1. Antecedentes del Trabajador Médico Social en Hospitales

El Trabajador Médico Social participa formalmente en los hospitales en los Estados Unidos a invitación del Dr. Richard Cabot, quién era Jefe de Medicina del Hospital General de Massachussets en Boston en 1905. La función del Trabajador Social era similar a la del “almoner”, que era una persona que daba cosas gratis a los pobres y que fue llevada al hospital para evaluar si valía la pena recibir “almas” en la forma de atención médica en Inglaterra. Los primeros trabajadores sociales estaban interesados en dar servicios sociales a aquellos que lo necesitaban, pero los administradores de los hospitales solo querían que los trabajadores sociales evaluaran las necesidades médicas y prevenir el abuso del uso del hospital.⁵⁶

3.2 Antecedentes de la Carrera Profesional de Trabajo Social formulados por el Dr. Francisco Núñez Chávez.

En el año de 1937, la Dra. Matilde Rodríguez Cabo era jefe del Departamento de Prevención Social, de ella dependían los Tribunales para Menores los cuales carecían de Trabajadoras Sociales técnicamente preparadas, por lo que las actividades de dicha índole que necesariamente se llevaban a cabo tenían el carácter de empíricas, presentándose deficiencias en las labores de investigación social necesarias en el funcionamiento y relaciones de los Tribunales para Menores.

La Dra. Rodríguez Cabo hizo gestiones en la que entonces se denominaba Facultad de Derecho y Ciencias Sociales para que de inmediato se organizaran Cursos Propedéuticos de Trabajo Social que corrigiera el empirismo que en esta Materia existía en los tribunales para menores y logró que durante los años de 1938 y 1939 se impartiera en dicha Facultad Cursos de Trabajo Social y sus relaciones con las ciencias del Derecho, de la Medicina y de la Sociología.

En estos Cursos Propedéuticos el alumnado se integró con el personal que desempeñaba empíricamente, como ya se dijo las labores de investigación de las

⁵⁶ <http://www.fortunecity.es/expertos/indus...>

causas Médicas, Psicológicas y Sociales en los llamados entonces menores delincuentes.

El entusiasmo despertado por tales Cursos fue grande y tan grandes fueron los beneficios de inmediato logrados para el tratamiento de los menores infractores que hizo concebir la idea de crear una Carrera de carácter universitario y contando con la ayuda del Lic. Pardo Aspe, Director de la Facultad de Derecho, pudo lograrse a partir del año de 1940.⁵⁷

Por decreto presidencial el 1° de junio del año de 1933 se crea el Hospital Infantil de México, iniciando sus actividades el 30 de abril de 1943, convirtiéndose en “La Cuna del ejercicio y aprendizaje del Trabajo Social en nuestro país”.

La Historia y antecedentes del Trabajo Social son amplios con fechas y acontecimientos importantes que han logrado el surgimiento y desarrollo del Trabajo Social en México.

3.3 Antecedentes de las políticas públicas en materia de Salud en México

En México, las políticas públicas en materia de salud tienen su antecedente en el Porfiriato (1876-1911), cuando el gobierno federal centralizó las funciones de este rubro a través del Congreso Superior de Salud, dependiente del Ministerio del interior, e implementó una serie de políticas y programas dirigidos a las zonas urbanas del país.⁵⁸ En 1891, el Congreso federal inició la legislación de la salud y la higiene con la aprobación del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos.

Sin embargo fue hasta 1934, durante el cardenismo, cuando se sentaron las bases institucionales del actual sistema de salud. Se crearon diversas instituciones, como la Secretaría de la Asistencia Pública y los servicios médicos rurales cooperativos; además se elaboraron los primeros proyectos para la Ley de

⁵⁷ Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, “Antecedentes”, en Salud. Actualización: 28 de agosto de 2006.

⁵⁸ John Eric, Paul H. Stuart, Enciclopedia of Social Welfare History in North America, Sage, Estados Unidos, 2005, Pág. 184-185.

Seguridad Social. Asimismo, se aprobó un presupuesto creciente para los proyectos de salubridad pública.⁵⁹

La expansión del sistema de salud y el fortalecimiento de las normas jurídicas en la materia tuvieron que ver con dos factores. En primer lugar, explica James Wikie, era necesario combatir las condiciones de insalubridad en las que vivía la mayoría de la población en el país.⁶⁰ En segundo lugar, la creación de un sistema institucional de salud respondió a la lógica de legitimación que caracterizó al sistema político mexicano de los años cuarenta y cincuenta.⁶¹

La creación de instituciones del sistema de salud, iniciada por Lázaro Cárdenas, continuó durante las administraciones posteriores. En 1943, durante la presidencia de Manuel Ávila Camacho, se fundaron la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Estas instituciones serían la base de dos modelos paralelos de atención a la salud: el de la SSA, orientado a la población en general; y el del IMSS, destinado a los trabajadores con una relación laboral formal. El Estado proyectó servicios básicos de salud a la mayoría de la población, pero, al mismo tiempo, se organizó y conformó un sistema cuya dinámica se centró en brindar atención a determinados grupos organizados a cambio de apoyo político.⁶²

Desde sus inicios, el desarrollo de la SSA experimentó logros y contratiempos. Entre 1943 y 1946 se crearon, entre otros, el Hospital de México, el Instituto Nacional de Cardiología y el Hospital de las Enfermedades de la Nutrición, otorgándoles apoyo legal y financiero, e incluso cierta autonomía frente al Estado. Se impulsó a los centros de investigación, aunque los fondos del patrimonio de la SSA eran administrados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.⁶³

⁵⁹ Los gastos llegaron a \$5.8 por percapita en 1940. Secretaría de Asistencia Pública.

⁶⁰ Los estudios de Pani, "La higiene en México" y de Beteta y Simpson, "mendicidad en México".

⁶¹ James Wilkie, *La Revolución Mexicana (1910-1976): Gasto federal y cambio social*. Fondo de cultura Económica, México, 1967, Pág. 198.

⁶² Ídem, pág. 199.

⁶³ Zorrilla Arena Santiago, *50 años de Política Social en México*, Limusa, México, 1988, pág. 105.

A fines de los años cincuenta, con las medidas de austeridad adoptadas durante el sexenio de Ruiz Cortines, el crecimiento del sistema de salud en su conjunto vio interrumpida su expansión. La inversión en infraestructura disminuyó drásticamente, tanto en las instituciones de seguridad social como en la SSA.

A pesar de ellos, hubo esfuerzos por expandir la atención en salud. En acciones dirigidas a la infancia, por ejemplo, Ruiz Cortines se enfocó a los niños víctimas del abandono y la desnutrición, por lo que facultó a la SSA para generalizar los beneficios de salud y la asistencia pública a todos los niños en situación de riesgo. Es así como se llevaron a cabo jornadas en Pro de la Niñez y el Congreso Nacional de Protección a la Infancia.⁶⁴

Por su parte, Adolfo López Mateos transformó la Dirección de Pensiones Civiles y Retiro en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), lo que permitió incrementar la cobertura de la población trabajadora al servicio del gobierno.⁶⁵

Durante la segunda mitad de los años sesenta, el gobierno de Gustavo Díaz Ordaz planteó, el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social.

En octubre de 1972 Luis Echeverría presentó su Plan de Salud para el país. Ello originó la Primera Convención Nacional de Salud y con ella la unidad de principios, propósitos y objetivos para ser alcanzados en el próximo decenio en materia de Salud Pública.⁶⁶

En la década de los ochenta, la reforma del sistema de salud integró a las diversas instituciones en un Sistema Nacional de Salud. Sus bases políticas e ideológicas fueron elevadas a rango constitucional en 1983, mediante la modificación del

⁶⁴ Ibid, pág. 150.

⁶⁵ Ibid, pág. 166.

⁶⁶ Ibid, pág. 210.

artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que estableció el derecho a la protección a la salud.⁶⁷

En esta línea, en 1984 se publicó La Ley General de Salud, durante la administración del presidente Miguel de la Madrid Hurtado; el nuevo ordenamiento contenía los fundamentos del Sistema Nacional de Salud, definía las bases y modalidades de acceso a los servicios correspondientes y fijaba los lineamientos de acción para los programas de salud.

La falta de articulación en las políticas públicas de salud influyó en las decisiones del siguiente sexenio. Durante el sexenio del presidente Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) se inició la estrategia de Consolidación del Sistema Nacional de Salud a través de la coordinación funcional de sus instituciones, la cual se esperaba evitaría la duplicidad de funciones e incrementaría la participación de los sistemas locales y de la propia comunidad en materia de Salud Pública.⁶⁸

Por otra parte, y al igual que los gobiernos de Miguel de la Madrid y de Carlos Salinas, el de Ernesto Zedillo contó con su respectivo Programa Nacional de Salud.

En suma, durante las dos últimas décadas del siglo XX el gobierno federal puso en marcha las siguientes políticas públicas para modificar el sector salud.

- 1) La descentralización administrativa que implicó la transferencia de recursos, bienes e inmuebles, y plazas laborales a las entidades federativas manteniendo a la Secretaría de Salud como cabeza de sector.
- 2) Reducir la desigualdad entre las entidades federativas respecto a la disponibilidad de los servicios de salud.

⁶⁷ Bobadilla José Luis, "Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud: el caso de los países de ingresos medianos y bajos ". Capítulo 11 en Observatorio de la Salud: Necesidades, Servicios, Políticas, Centro de Economía y Salud (CES)-Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), México, 1994. Volumen 33. Pág. 399-409.

⁶⁸ Kumate Jesús, "Balance sectorial de salud: Cinco años de gobierno", en Arturo Warman, La política social en México, 1989-1994, FCE, México, 1994, pág. 156.

- 3) Fomentar la provisión pública y privada de los servicios de salud.⁶⁹
- 4) Distribuir de manera equitativa el gasto federal en salud entre las entidades federativas.

Estas políticas han subsistido hasta principios del siglo XXI, y condujeron a reformar la Ley General de Salud (LGS) en abril de 2003, para crear el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).⁷⁰

3.4 Participación del Trabajador Médico Social en el ámbito de Salud

En el ámbito de salud, se ha considerado la preparación del Profesional en Trabajo Social como el recurso humano integrante del equipo multidisciplinario que coadyuva en la organización y el funcionamiento de instituciones y servicios de bienestar social para la población, lo cual le permite operacionalizar la política a través de Programas de Asistencia, Promoción Social y Desarrollo Comunitario. En consecuencia se convierte en el vínculo natural de enlace entre los recursos que ofrecen las instituciones y los grupos humanos que demandan los servicios.

El Trabajo Social, es una disciplina de las ciencias sociales, y uno de sus campos de intervención es el de la salud. El Trabajador Social en el área de la salud, es el profesional del equipo multidisciplinario que conoce las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, identifica las redes familiares y sociales, y promueve la utilización de los recursos disponibles a través de acciones de investigación, planeación y programación, educación social, promoción, prevención, asesoría social y evaluación, orientadas a la recuperación de la salud y la participación de individuos, grupos y comunidades, en las instituciones del 1º, 2º y 3er. Nivel de atención.

Para la Secretaría de Salud el Trabajador Social es el profesional que cursa una Licenciatura o carrera técnica en una Institución de Educación media superior y superior del área de la salud, que ha cubierto los créditos académicos

⁶⁹ Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud, 2001-2006.

⁷⁰ Aprobado, en lo general, en la Cámara de Diputados con 305 votos en pro, 115 en contra y 4 abstenciones, el martes 29 de abril de 2003.

correspondientes al Plan de Estudios y que se incorporará a las unidades de atención del Sistema Nacional de Salud.

La participación del Trabajador Social en el campo de la Salud, se ubica claramente en el contexto de la prestación de servicios y se traduce en la atención directa a la población a través de las Instituciones del Sector Salud, fortaleciéndose en los Programas de Acción que se integran en cinco estrategias sustantivas y cinco estrategias instrumentales, mismas que están vinculadas con el objetivo básico de democratizar la atención en la salud.

Los programas de acción que se derivan de estas estrategias, tienen que ver con la Promoción para la Salud y la Participación Social como parte sustantiva del logro de sus metas. En todos ellos el Trabajador Social en su intervención con el equipo de salud, es coadyuvante para el logro del impacto en la salud de la población, y es considerado por la formación social y habilidades para analizar la problemática de salud con un enfoque integral, su interrelación con la población demandante de los servicios y con el equipo de salud, así como en el desarrollo de metodología de las ciencias sociales, con lo que le permite conocer e interpretar las necesidades relacionadas con la salud, e implementar acciones para promover la participación, organización y capacitación de la población en la búsqueda de soluciones a esos problemas detectados, y así mejorar su nivel y condición de vida.

Así mismo, en la cruzada Nacional por la Calidad de los servicios de salud (Programa Cruzada Nacional por los Servicios de Salud. SSA), y en el programa del Seguro Popular de Salud, el Profesional, está ubicado claramente en el proceso de atención, por las características de su perfil profesional en las líneas de acción relacionadas con: La definición y promoción de códigos de ética para los profesionales que integran el equipo de salud, la definición y promoción de los derechos de los usuarios de los servicios de salud y de los prestadores de servicios médicos y, en el aporte de evaluaciones de programas de la calidad de la atención en las Instituciones de salud.⁷¹

⁷¹ Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social del Sector Salud. Año 2007. Pág. 12-13-14.

3.5 Marco ideológico del Profesional de Trabajo Médico Social en los Servicios de Salud

La Misión de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es mejorar la calidad de los servicios de salud que reciben los usuarios, con un enfoque innovador, a través de diseñar políticas y modelos educativos en salud, en el ejercicio de la regulación sanitaria, la atención médica y la asistencia social.

El grupo de profesionales de Trabajo Social en la Salud, ha coadyuvado en esta propuesta para desarrollar un modelo para que favorezca la integración del técnico y Licenciado en Trabajo Social, desde su especificidad formativa en el equipo de salud y fortalezca sus habilidades, conocimientos, aptitudes y actitudes en los Servicios de Salud.

Con la visión de que los Trabajadores sociales, tengan calidad técnica, humana e interpersonal con conocimiento de la problemática social, relacionada al proceso salud-enfermedad; coadyuvando a la atención integral y a la satisfacción de las expectativas en salud de la población. Con habilidades, destrezas, actitudes y aptitudes que le permitan cubrir un nuevo rol a través de las siguientes características del Trabajador Médico Social:

1.- Perseverancia

Será aquella que conociendo la realidad social en la que labora, se moviliza y busca tenazmente nuevas formas de desarrollo profesional, pero al mismo tiempo, opciones para quién se debe.

2.- Asertiva

Entendida como aquella actitud en la que la (el) Trabajadora (or) Social busca por todos los medios hacer un frente propositivo a la problemática social dejando a un lado la pasividad. Esto fortalecerá la personalidad del profesionista, así mismo su seguridad, siempre respaldado por conocimientos que tengan el aval científico que le den a la vez mayor posibilidad de éxito a las acciones que emprenda.

3.- Analítica

La (el) Profesional de Trabajo Social deberá en su análisis, hacer un cuidadoso estudio de los múltiples factores que intervienen en la problemática social antes de tomar una decisión trascendente.

Su ascendencia ante la comunidad, le permite involucrarse en la problemática de los grupos sociales, lo que le permitirá sistematizar estas experiencias e implicarse como el profesionalista integrador que es, promoviendo el cambio en su entorno laboral y profesional.

4.- Teoría

El Trabajo Social basa su metodología en un cuerpo sistemático de conocimientos sustentados en la experiencia y derivados tanto de la investigación y evaluación de la práctica, incluidos los contextos culturales y de idiosincrasia. Reconoce la complejidad de las interacciones entre los seres humanos y su entorno.⁷²

3.6 Objetivos Específicos del Trabajador Médico Social en el Sector Salud

El Trabajo Social es un quehacer profesional de complemento y apoyo de las acciones médico-sanitarias a través de programas integrados y nunca de acciones aisladas del todo que es la Institución de Salud, de la cual es un subsistema intermedio en su complejidad, sea ésta Ministerio o Secretaría de Salud, Coordinación Sanitaria Regional u Hospital.

Teniendo como meta la eliminación o reducción de desigualdades para el acceso a la salud, el Trabajo Social ha de satisfacer una serie de objetivos, los cuales se insertan a su vez en los objetivos generales de la Institución de Salud, de la que forman parte, enfocados desde el punto de vista de las necesidades y los problemas sociales. Como son tan complejos deben ser alcanzados en forma progresiva mediante objetivos específicos, que necesariamente deben tener relación entre ellos para poder cumplir en general de eliminar o disminuir las desigualdades para el acceso a la salud. Estos objetivos específicos son:

⁷² Reidentificación de las Políticas Sociales. III Encuentro Nacional de Trabajo Social en el área de la Salud. UNAM/ENTS. 1987).

- Aportar al equipo de salud el estudio de las variables socioeconómicas que inciden en la etiología, la distribución y el desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales, localizando, identificando, controlando o eliminando aquellos que retardan o impiden el logro de los objetivos de salud y a la plena utilización de los servicios, así como localizando los que favorecen su logro.
- Orientar y capacitar a los pacientes, a sus familias y a la comunidad en general en los problemas consecuentes de la enfermedad, con el fin de que se asuman como agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, aceptándolo como un valor colectivo que deben preservar.
- Participar en la formación, la ejecución y la evaluación de políticas de salud orientadas hacia la reducción o eliminación de las desigualdades para el acceso a la salud.⁷³

Recordemos que un Trabajador Médico-Social es un Profesional capacitado que utiliza la aplicación de la teoría social y los métodos de investigación para estudiar y mejorar la salud de las personas, grupos y sociedades, que impactaran en pequeña escala, trabajando con personas y en mayor escala en un campo de investigación, de pensamiento y de estudio.

Los Trabajadores Médico-Sociales trabajan con individuos, familias, grupos y organizaciones., ayudándolos con sus problemas cotidianos, vivienda, familia y desafíos, los cuales en muchas ocasiones desencadenan crisis médicas.

Dentro de esta labor Médico-Social, los Trabajadores Sociales son empleados como terapeutas, proporcionando asesoría a individuos, familias y parejas. Como consejeros, los Trabajadores Sociales laboran con un gran grupo de Profesionales de la Salud.

⁷³ Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social del Sector Salud. Año 2007. Pág. 15-16

En muchas ocasiones los Trabajadores-Médico Sociales prestan servicios de protección a niños trabajadores que presentan abuso de sustancias tóxicas para su salud.

3.7 Funciones del Trabajador Médico Social en el Sector Salud

Las funciones y actividades principales del Trabajador-Médico Social en el Sector Salud son las siguientes:

- a) Investigación: Participa en el diseño de las investigaciones sociales; Apoya elaborando estudios sociales; Colabora en el análisis de las condiciones sociales de los usuarios que acuden a demandar atención médica a la unidad, realizando un diagnóstico médico-social.
- b) Programación: Participa en el diseño, ejecución y evaluación de proyectos sociales en Salud; Participa en la elaboración de manuales y participa en la ejecución de Proyectos de Salud.
- c) Promoción y Educación para la Salud: Participa en la construcción de redes de apoyo; Colabora en acciones de sensibilización y motivación a la población; Organiza la formación de grupos específicos (formales e informales).
- d) Participa en campañas de Salud y Educativas; Proporciona orientación Médico Social.
- e) Promueve la organización de la comunidad, formando comités de Salud, promotoras voluntarias, procuradores y agentes para la Salud y grupos naturales de representación formal e informal y participa en cercos epidemiológicos y educativos.
- f) Asistencia Social: Participa en el seguimiento a casos sociales; Apoya en la reconquista y seguimiento de pacientes; Participa en el proceso de referencia y contra referencia de pacientes y colabora para la orientación a la población en los programas específicos de la Institución.
- g) Enseñanza: Participa en eventos de actualización continúa, como

organizador, asistente y/o ponente y asiste y/o participa en sesiones bibliográficas, técnicas de capacitación y comités de salud.⁷⁴

3.8 Comentarios

La Profesión de Trabajo Social promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas, el fortalecimiento y liberación del pueblo para incrementar el bienestar, mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales. Los Trabajadores Sociales intervienen en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para el Trabajo Social.

El Trabajo Social en sus distintas expresiones se dirige a las multitudes y complejas relaciones entre las personas y sus ambientes y aparte su Misión es la de facilitar que todas las personas desarrollen plenamente sus potencialidades, enriquezcan sus vidas y logren prevenir sus disfunciones. El Trabajo Social profesional está enfocado a la solución de problemas y el cambio. Por ello, los Trabajadores Sociales son agentes de cambio en la sociedad y en las vidas de las personas, familias y comunidades para las que trabajan. El Trabajo Social es un sistema de valores, teoría y práctica interrelacionados entre sí.

El trabajador Social desde su participación formal en los hospitales de los Estados Unidos ha prestado servicios sociales a todos aquellos que lo necesitaban, sin importar que los administradores solo deseaban que evaluaran las necesidades médicas y el abuso del uso del hospital.

Existían deficiencias en las labores de investigación social y de funcionamiento en los tribunales para menores debido a la falta de preparación de las Trabajadoras Sociales en el año de 1937, por esta razón se gestiona la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales y se organizan cursos propedéuticos de Trabajo Social, siendo el día 1º de junio del año 1943 cuando se crea el Hospital Infantil, convirtiéndose en La Cuna del ejercicio y aprendizaje del Trabajo Social en nuestro país.

⁷⁴ Programa Nacional de Salud SSA. 2001-2006. Pág. 23-148.

Las políticas públicas con sus diferentes gobernantes y representantes han modificado el sector salud y han colocado al Trabajo Social como un recurso humano integrante de un equipo multidisciplinario en la organización y el funcionamiento de instituciones y servicios de bienestar social para la población, lo cual le permite operacionalizar la política a través de Programas de Asistencia, Promoción Social y Desarrollo Comunitario.

Una vez establecido esto, el Trabajo Social se convierte en un vínculo de enlace entre los recursos que ofrecen las instituciones y los grupos humanos que demandan los servicios.

Por otro lado, el Trabajador Social en el área de salud, es el personal del equipo multidisciplinario que conoce las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, traduciéndose claramente en el contexto de la prestación de servicios y atención directa de la población a través de las Instituciones del Sector Salud, siendo la perseverancia, la asertividad, el análisis y la metodología características del Trabajador Médico-Social.

Los objetivos aportaran al equipo de salud variables socioeconómicas que inciden en la etiología, la distribución y el desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias , localizando e identificando aquellos que impidan el logro de estos.

Capítulo IV

La intervención del Trabajador-Médico Social con pacientes Adolescentes Embarazadas en el Hospital General Huayacocotla, Ver.

4.1 Antecedentes del Hospital General Huayacocotla, Ver

En el año de 1965 ya se contaba con un Centro de Salud Rural en el Municipio de Huayacocotla, el cual estaba ubicado en la Calle Juárez s/n. El personal que laboraba era un Médico Pasante y una Enfermera, cuya función era proporcionar atención médica de primer nivel, atención a partos e inmunizaciones. En el año de 1977 después de 12 años se ubica el Centro de Salud en la calle Avenida Revolución s/n, aumentando la plantilla de trabajo con un Intendente y con los mismos programas de atención. En el año de 1980 el H. Ayuntamiento Constitucional dona un terreno ubicado en la Calle Lázaro Cárdenas s/n, donde se construyen dos consultorios, sala de labor y parto, un área de encamados, contando con un Médico General, un Pasante de Servicio Social, una Enfermera y un Intendente. Pero es hasta el mes de Junio de 1992, siendo Director de este Hospital el Dr. Sergio Bastian López cuando se construye y termina el actual edificio, contando con área de hospitalización, cuatro médicos generales, tres enfermeras, una secretaría, una trabajadora social y un intendente.

En el año de 1994, el Gobierno del Estado de Veracruz, dirigido por el Lic. Patricio Chirinos Calero, realiza un proyecto de ampliación a Centro Avanzado de Atención para la Salud (C.A.A.P.S.). Se adecua una unidad Médica Quirúrgica, agregando Quirófano, Rayos X y Laboratorio Clínico, ingresando Médicos Especialistas, siendo Director el Dr. Margarito Jarrillo Cabañas, también se contaba ya con una ambulancia.

En el año de 1998, se incorporaron el servicio de Traumatología y Ortopedia. Posteriormente en el año 2001 se realizó una remodelación, modernización y equipamiento semiautomizado y automatizado, todo esto realizado por el Gobernador del Estado el Lic. Miguel Alemán Velasco con la gestión del entonces Secretario de Salud el Dr. Mauro Loyo Varela, quedando como Hospital General de Subzona.

Los factores de crecimiento de la población demandante de los servicios médicos asistenciales, la descentralización de los servicios federales, estatales y la organización interna han originado un nuevo cambio a la estructura, creando las Áreas de Subdirección Médica, Subdirección Administrativa. Con el paso de los

años fue en crecimiento este servicio, contando actualmente con una plantilla de 60 trabajadores de base, confianza, regularizados, contrato y Pasantes de Enfermería, atendiendo a una población de 30,000 habitantes de los municipios de Huayacocotla, Iliamatlán, Texcatepec, Zacualpan y Zontecomatlán, todos del estado de Veracruz.

Actualmente este Hospital General Huayacocotla se encuentra ubicado en la calle Lázaro Cárdenas s/n, Colonia Centro, C.P 92600, teléfonos: 017747580097 conmutador, 017747580399 fax y 017747580510 servicio de urgencias en el Municipio de Huayacocotla, Ver., Siendo el Director el Dr. Julián Cano Hernández.⁷⁵

4.2 Objetivos Generales y Específicos del Hospital General Huayacocotla, Ver.

4.2.1 Objetivo General

Brindar Servicio de salud con calidad y calidez a la población que así lo demande.

4.2.2 Objetivos Específicos

a) Es el establecimiento de primer y segundo nivel para la atención de pacientes en las cuatro Especialidades Básicas de la Medicina, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y otras especialidades complementarias y el apoyo derivado de la misma que prestan servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización.

b) El Área de Hospitalización en los Hospitales Generales con camas de Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, donde se dará atención en las diferentes especialidades de la rama.

c) Además deberá realizar actividades de prevención, curación y rehabilitación a los usuarios, así como de formación y desarrollo personal para la Salud e Investigación Científica.

⁷⁵ Manual de Procedimientos del Hospital General Huayacocotla, Veracruz. Año 2007. Pág. 3-4

4.3 Misión y Visión del Hospital General Huayacocotla, Ver.

4.3.1 Misión

Otorgar Atención Médica Integral con enfoque preventivo y curativo a los usuarios en los Procesos de Hospitalización, Consulta Externa, Urgencias y Auxiliares de Diagnóstico, aplicando los principios de responsabilidad profesional, la ética y el humanismo.

4.3.2 Visión

Ser modelo y ejemplo de Hospital de Segundo Nivel, Eje Rector de la Atención Médica Regional y estatal, brindando Servicio Médico de primera calidad.

4.4 Valores, Servicios Básicos Institucionales, Apoyo Médico y Paramédico

Estos Valores son los siguientes:

- Fidelidad
- Honorabilidad
- Honestidad
- Humanidad
- Respeto
- Lealtad
- Responsabilidad
- Confidencialidad
- Ética
- Profesionalismo

Servicios Básicos Institucionales:

- Consulta externa
- Ginecología y Obstetricia
- Odontología
- Cirugía General
- Pediatría
- Medicina Interna
- Traumatología
- Urgencias
- Anestesiología
- Hospitalización

Apoyo Médico y Paramédico:

- Laboratorio de Análisis Clínico
- Radiología
- Enfermería
- Hidratación
- Inhaloterapia
- Trabajo Social
- Farmacia

4.5 Pacientes con Problemática Social

La Problemática más frecuente de Objeto de estudio es:

- Aborto, Embarazo en menores, violencia y abuso sexual
- Prostitución
- Desintegración familiar y/o violencia intrafamiliar
- Delincuencia y pandillerismo
- Farmacodependencia y alcoholismo
- Ancianos con maltrato, con deterioro senil, con incapacidad psicomotora y otros
- Enfermos mentales⁷⁶

4.6 Participación del Departamento de Trabajo Médico Social en el Hospital General Huayacocotla, Ver.

En las Unidades Hospitalarias de Segundo Nivel, el Departamento de Trabajo Social participa como un elemento de gran importancia para proporcionar atención integral y oportuna a los usuarios, debido a que es el responsable de analizar y brindar apoyo necesario para la solución de los problemas socio-familiares y económicos que obstaculizan su atención médica, tomando en cuenta la importancia del Departamento de Trabajo Social en Instituciones Hospitalarias, ya que son quienes tienen el primer acercamiento con los pacientes y sus familiares.

Por lo que en el Hospital General se cuenta con una Trabajadora Social en el turno matutino con un horario de 7:30 hrs. a.m. a 15:00 hrs. p.m. que se encarga del Servicio de consulta externa, hospitalización y urgencias, al igual que en el turno vespertino con un horario de 14:00 hrs. p.m. a 21:00 hrs. p.m. Por otro lado cuenta con una Trabajadora Social en el turno nocturno "A" y nocturno "B", con

⁷⁶ Manual de Procedimientos del Hospital General Huayacocotla, Veracruz. Dirección de Servicios de Salud. Subdirección de Atención Médica. Año 2007. Pág. 5-6.

horarios de 20:00 hrs. p.m. a 8:00 hrs. a.m. alternando días, con los Servicios de urgencias y hospitalización y por último cuenta con una Trabajadora Social de jornada acumulada que presta los mismos servicios y cubriendo días festivos y fines de semana con horario de 8:00 hrs. a.m. a 20:00 hrs. p.m.

La intervención del Trabajador Social del departamento de Trabajo Social resulta de vital importancia para el usuario dado que su función principal es la de apoyar todas las gestiones administrativas que este realice simplificándolas al máximo para ofrecerle oportunidad y calidad en la atención que solicite, así mismo para proporcionar Atención Integral a los usuarios, todo esto debido a que es el responsable de analizar y brindar el apoyo necesario para la solución de los problemas socio-familiares y económicos que influyen en el estado de salud de los pacientes y que obstaculiza su atención médica.

4.7 Objetivos Generales y Específicos del Trabajador Médico Social en el Hospital General Huayacocotla, Ver.

4.7.1 Objetivo General

Organizar la participación del Trabajador Social en el proceso de atención hospitalaria para proporcionar a la población abierta servicios de salud integral del individuo mediante la atención de los factores económicos-sociales que obstaculicen la prevención, atención y curación de los pacientes.

4.7.2 Objetivos Específicos

- Definir las funciones y actividades básicas a realizar por el Trabajador Social en los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización.
- Homogenizar procesos de intervención de acuerdo a la capacidad resolutive de cada unidad.

4.8 Funciones Generales del Trabajador Médico Social en el Hospital General Huayacocotla, Ver.

1.- Realiza el diagnóstico y tratamiento social requerido para la atención integral de los pacientes ambulatorios y hospitalizados.

- 2.- Propone opciones de solución a la problemática social que obstaculiza la pronta recuperación del paciente ante el Sector salud.
- 3.- Promueve e incrementa las relaciones humanas para beneficio del usuario demandante con el que se tiene interacción.
- 4.- Aplica metodologías de Trabajo Social para la investigación de factores psicosociales y socio-laborales que están en relación directa con los pacientes apoyándolos en acciones intra-hospitalarias y extra-hospitalarias.
- 5.- Establece coordinación con otras Instituciones del Sector Público, Social y Privado para resolver la problemática médico-social que afecta la situación de salud de los pacientes y sus familiares.
- 6.- Elabora y presenta mensualmente al departamento de Estadística y Archivo Clínico, el informe de las actividades del servicio con el fin de obtener la productiva del Departamento de Trabajo Social.
- 7.- Elabora y proporciona la información correspondiente para la integración del Diagnóstico Clínico al Expediente Médico.
- 8.- Elabora y actualiza los manuales de organización y procedimientos Específicos de su área.
- 9.- Gestiona los Recursos Humanos, económicos y Materiales necesarios para el correcto funcionamiento del Servicio.
- 10.-Participa en todas las actividades que le sean requeridas por el departamento de Capacitación, Enseñanza e Investigación.
- 11.-Informa a pacientes y sus familiares sobre los servicios que brinda la Institución y procurar el uso adecuado de éstos.
- 12.-Realiza gestiones que faciliten el ingreso y egreso de pacientes, brindando todo el apoyo necesario.
- 13.-Informa a la autoridad correspondiente sobre los casos médico legales que ingresen a la Institución.

14.-Superviza el registro y control de los pacientes referidos y contrarreferidos.

15.-Resguarda las pertenencias de los pacientes que ingresen solos al Servicio de urgencias y llevar el formato correspondiente.

16.-Elabora un registro preliminar del cobro por servicios otorgados en el Área de Hospitalización.

17.-Realiza actividades de promoción a la salud mediante periódicos murales, carteles, spot para la radio local.

La atención que proporcione el Trabajador Médico Social a pacientes, familiares y personal en general deberá de ser de manera profesional, cortés, respetuosa, oportuna y resolutiva, considerando los factores críticos de la enfermedad y el impacto emocional que conlleva a recursos individuales e Institucionales y con plena integración al Equipo Multidisciplinario bajo principios éticos proporcionando servicios de calidad total.

La presencia del Trabajador Médico Social dentro del ambiente hospitalario resulta de vital importancia para el usuario, ya que su función principal es la de apoyar todas las Gestiones Administrativas que este realice. El Trabajador-Médico Social es el enlace entre el paciente, el Médico y el Equipo de Salud, por lo tanto corresponde a éste Departamento brindar el apoyo necesario para lograr la total recuperación e integración del paciente a su ámbito familiar y social una vez recuperada su salud. El Trabajador Médico Social son la parte humana que investiga, observa, analiza, explica, comprende, canaliza e interviene mediante la orientación, capacitación, promoción y asesoría con bases metodológicas en la transformación de las necesidades sociales por medio del método de caso, grupo y comunidad.

Para alcanzar los objetivos dentro del Departamento de Trabajo Social es necesario contar un área accesible al público, así como con oficina y un cubículo para realizar entrevistas a los pacientes y sus familiares, así como contar con una

pequeña sala de juntas para discusión de aspectos técnicos con el personal.⁷⁷

4.9 Funciones que desarrollan La Trabajadora-Médico Social con pacientes Embarazadas Adolescentes en el Servicio de Urgencias y Hospitalización del Hospital General Huayacocotla, Ver.

- Informa, Orienta y Asesora de los servicios de Urgencias y Hospitalización.
- Es responsable en la elaboración del estudio socioeconómico AM-TS02 y/o Ficha Socioeconómica AM-TS-01.
- Realiza recorrido de visita a las salas con el equipo de salud y entrevista a los pacientes con embarazos adolescentes y a sus familiares para identificar y atender la problemática médico social, así plasma su nota en el expediente clínico en hoja correspondiente.
- Gestiona el traslado de la paciente a otras unidades de atención como Hospital General Tulancingo, Hgo., Hospital General Pachuca, Hgo., Instituto Mexicano del Seguro Social Zacualtipan, Hgo., Instituto Mexicano del Seguro Social Metepec, Hgo., Hospital Regional de Poza Rica., Centro de Especialidades Médicas en Xalapa, Ver., a cuando así se requiera.
- Realiza visitas domiciliarias para la localizar familiares que puedan ser responsables del paciente, estableciendo comunicación con ellos a través de la radio local, mensaje enviado, vía telefónica y solicitando apoyo a la Presidencia Municipal.
- Apoya en el trámite de citas médicas en consulta externa para control prenatal.
- Gestiona y tramita intra y extra institucionalmente ayuda diversa para pacientes y familiares que no cuenten con recursos económicos para cubrir el costo de medicamentos y estudios de diagnóstico.

⁷⁷ Manual para la Organización y Funcionamiento del Trabajador Médico Social del Hospital General Huayacocotla, Ver. Año 2007. Pág. 20

- En coordinación con el jefe de Departamento de Trabajo Social se atenderá la solicitud de alta voluntaria, investigando las causas de su petición y resolviendo en la medida de las posibilidades.
- En relación con el sistema de referencia y contrarreferencia, debe llevar el control eficiente de la totalidad de pacientes por la Unidad, promoviendo entre el equipo el cumplimiento del mismo.
- En los casos de defunción, orienta y apoya a los familiares en los trámites administrativos que correspondan.
- En coordinación con el médico, autorizará y otorgará el pase de visita a familiares y mantendrá informado al vigilante para el cumplimiento del mismo.
- Cuenta con un registro de pacientes por guardia, en el cual anotará todos los movimientos que se realice con cada paciente.
- Establece coordinación con el personal de enfermería para el resguardo de valores personales de los pacientes que ingresen sin familiares y anotará en una libreta de registro, mencionando el movimiento que se realice con el mismo.
- Todas las actividades que se realice con cada paciente serán registradas en la nota de Trabajo Social anexándolas al Expediente Clínico.
- Realiza un reporte diario de actividades en el formato correspondiente a fin de obtener datos de productividad, entregándolo al Departamento de Estadística.
- Integra el expediente con: Ficha de ingreso, estudio Médico Social, Estudio Socioeconómico, hoja de notas de Trabajo Social, al igual que se entregará carnet con número de expediente y comprobante de nivel socioeconómico.

4.10 Actividades que conlleva la hospitalización de la paciente adolescente embarazada en el Hospital General Huayacocotla, Ver.

- 1.- Atención social a la paciente adolescente embarazada.
- 2.- Orienta sobre servicios hospitalarios, informando al familiar sobre servicio y número de cama donde se encuentra el paciente con horario de visita.
- 3.- Notifica que debe permanecer con un familiar durante su estancia hospitalaria.
- 4.- Gestiona los trámites de estudios y servicios especializados dentro y fuera de la Institución como Toma de rayos X, toma de ultra sonido (USG) y transfusión de sangre.
- 5.- Ofrece pláticas de consejería sobre planificación familiar ofertando métodos con los que cuenta el Hospital General, como DIU(dispositivo intrauterino, OTB o salpingoclasia (oclusión tubular bilateral), vasectomía sin bisturí y condones y/o preservativos.
- 6.- Orienta para ingresar al Seguro Popular y cuando cuentan con éste que el recién nacido ingrese al Seguro Médico para una nueva generación informando sobre los requisitos necesarios.
- 7.- Si la paciente es foránea realiza los trámites correspondientes con la administradora de la institución para que en el servicio del comedor se proporcionen alimentos al familiar de la paciente adolescente.
- 8.- Tramita el certificado de nacimiento y/o muerte fetal. Se verificará que sea entregado con correspondiente información.
- 9.- Informa permanentemente a los familiares de la evolución clínica de los pacientes a su cargo con la autorización del médico de guardia
- 10.-Orienta sobre su alta médica y sobre cuidados posteriores después del egreso de la paciente.
- 11.-Cuando la paciente es foránea y es dada de alta y no cuenta con recursos para los medicamentos y para el regreso a su destino de procedencia, solicita

apoyo al DIF Municipal al que pertenece, para que le proporcionen el costo de los pasajes llevando consigo la hoja de resumen de alta, próxima fecha de citas y carta de envió elaborado por el Departamento de trabajo social.

12.-Tramita las citas de consulta externa de las pacientes que han sido dadas de alta del servicio de hospital para continuar con su control como paciente de consulta externa.

13.-Realiza visitas domiciliarias para el seguimiento del caso, cuando así lo amerite.

14.-La Trabajadora Social realiza las notas correspondientes en el expediente clínico de la paciente informando así la secuencia de cada caso.

15.-Recaba el expediente de la paciente cuando es dada de alta para enviarlo al Archivo Clínico.⁷⁸

En el Municipio de Huayacocotla, Ver., en el año de 1965, ya se contaba con un Centro de Salud, ubicado en la calle Juárez s/n, reubicándolo con el paso de los años, siendo hasta el año de 1994, con el apoyo del entonces Gobernador del Estado, el Lic. Patricio Chirinos Calero cuando se realiza un proyecto de ampliación a Centro Avanzado de Atención para la Salud.

Actualmente el Hospital General Huayacocotla se ubica en la calle Lázaro Cárdenas s/n, colonia centro, con código postal 92600 y el Dr. Julián Cano Hernández es el actual director.

Su principal objetivo es brindar servicios de salud con calidad y calidez a la población que así lo requiera, estableciendo atención de primer y segundo nivel, con especialidades básicas de Medicina, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y otras Especialidades.

La Misión del Hospital General Huayacocotla, Ver., es otorgar atención médica integral con enfoque preventivo y curativo a los usuarios, mientras que su Visión es ser modelo y ejemplo de Hospital de Segundo Nivel.

⁷⁸ Manual para la Organización y Funcionamiento de Trabajador Médico Social en el Hospital General Huayacocotla, Ver., Año 2007. Pág. 7-8-9-10

Debemos mencionar que la participación del Trabajador-Médico Social en el Hospital General Huayacocotla es apoyar las gestiones administrativas simplificándolas al máximo ofreciendo oportunidad y calidez en la atención. También interviene en el proceso de atención hospitalaria proporcionando a la población abierta servicios de salud integral del individuo mediante la atención de factores económicos-sociales que obstaculicen la prevención, atención y curación de los pacientes.

El Trabajador Médico-Social diagnóstica la problemática social proponiendo opciones e incrementando las relaciones humanas para el beneficio del usuario, esto a través de metodologías de investigación de diversos factores con la finalidad de apoyar en acciones intrahospitalarias y extra-hospitalarias.

Una función importante del trabajador Médico-Social en el Hospital General Huayacocotla, Ver., es la atención a pacientes adolescentes embarazadas, orientándolas en el ámbito tanto de los servicios de urgencias como de hospitalización, al igual que a sus familiares, realizándoles estudios socioeconómicos AM-TSO2 y/o ficha socioeconómica AM-TS-01, de igual manera gestiona los trámites para los estudios que necesita la paciente y ofrece pláticas de consejería sobre planificación familiar, ofertando métodos anticonceptivos.

En conclusión el Trabajador Médico-Social es la parte humana de un equipo multidisciplinario que observa, analiza, explica, comprende, canaliza e interviene mediante la orientación, promoción y asesoría a las pacientes adolescentes embarazadas en el Hospital General Huayacocotla, Ver.

El profesional en trabajo Social participa como un elemento de gran importancia para proporcionar atención integral a los usuarios debido a que es el responsable de analizar y brindar apoyo necesario para la solución de problemas socio-familiares y económicos que influyen en el estado de salud de los pacientes y que obstaculizan su atención médica.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES:

Como puede observarse, a lo largo del presente trabajo, los factores socioculturales que inciden en el embarazo de las adolescentes entre los 15 y 19 años de edad del Municipio de Huayacocotla en el Estado de Veracruz, están relacionados con la circunstancias que vive la mujer y como se enfrenta diariamente a atender sus necesidades de empleo, educación, salud, del concepto que se tiene de fertilidad y también de los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad. De igual manera el estereotipo de la mujer, salud inadecuada. Así mismo, se explican los factores físicos, sociales, económicos, emocionales y familiares que influyen en el embarazo de la adolescente en el Hospital General Huayacocotla, Ver.

Dentro de las consecuencias que se originan en la familia, las adolescentes embarazadas son descritas como portadores de un síndrome de fracaso, “Fracaso para cumplir sus funciones”, permanecer en la escuela, limitar a su familia, establecer valores estables, ser capaz de ganarse la vida y tener bebés sanos. Los riesgos médicos y de salud pública que se presentan son de enfermedades y muerte para la madre adolescente y su hijo, que son mayores mientras más joven es la madre, en especial cuando el cuidado de la madre es inferior a lo ideal, un embarazo no deseado generalmente conduce también a la búsqueda de un aborto inducido que en el caso de las adolescentes sin experiencia y avergonzadas, probablemente lo realizaran cuando el embarazo esta avanzado, y esto conlleva a mayores riesgos para la salud, la fecundidad futura, y la vida de la joven particularmente si se realiza de manera clandestina, datos que definimos en el capítulo I, Adolescencia, Embarazo y sus diferentes definiciones.

En cuanto al objetivo específico relacionado a las causas que ocasionan un embarazo adolescente, el trabajo con grupos multidisciplinarios conformados con los diferentes sectores públicos y de la sociedad suelen ser de gran ayuda, nos podemos dar cuenta que las causas que ocasionan un embarazo adolescentes son las siguientes: Ignorancia en reproducción y sexualidad humana, mala o deficiente comunicación con los padres, ignorancia de los padres en embarazo y sexualidad, problemas entre los padres, padres que viven separados, ser hijo o

hija de madre adolescente, sin embargo se pueden plantear estrategias de solución si se forman grupos multidisciplinarios los cuales estén conformados de diferentes sectores y la propia sociedad, como el médico, psicólogo, maestro, familia, medios de comunicación, sociedad, Trabajadores Sociales, etc.. con la finalidad de crear estrategias que permitan abarcar todos los factores y causas que de alguna manera inciden en el embarazo adolescente. Referente a la información que los adolescentes tienen respecto al embarazo y a la práctica sexual es muy baja, ya que la falta de comunicación de los adolescentes con los padres de familia, maestros, no es del todo de confianza, acercándose los adolescentes con sus amigos lo que ocasiona se distorsione la información y los lleve a tomar decisiones equivocadas y tengan un embarazo no planeado o no deseado.

Las políticas públicas con sus diferentes gobernantes y representantes han modificado el sector salud y han colocado al Trabajador Social como un recurso humano integrante de un equipo multidisciplinario en la organización y el funcionamiento de instituciones y servicios de bienestar social para la población, lo cual le permite operacionalizar la política a través de programas de Asistencia, Promoción Social y Desarrollo Comunitario.

Por otro lado, el Trabajador Social en el área de salud, es el personal del equipo multidisciplinario que conoce las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, traduciéndose claramente en el contexto de la prestación de servicios y atención directa de la población a través de las Instituciones del Sector Salud, siendo la perseverancia, la asertividad, el análisis y la metodología características del Trabajador Médico-Social.

Identificar los factores que originan el embarazo en adolescentes es fundamental para los profesionales en Trabajo Médico-Social, cuya función principal será combatirlos, fortaleciendo los vínculos de la familia, necesarios para brindar a los adolescentes cimientos y bases firmes para su óptimo desarrollo tanto físico como mental, logrando formar un individuo que pueda integrarse a la sociedad como tal.

Los Trabajadores Médico-Sociales contamos con metodologías y modelos de atención, que nos permite intervenir en ésta problemática, disminuyendo su índice,

tomando en cuenta los factores que lo originan.

En el Hospital General Huayacocotla, los Trabajadores Médico-Sociales y la Institución desempeñamos un papel de vital importancia entre las pacientes adolescentes embarazadas, ya que somos el enlace entre ambos, así mismo desempeñamos la función de apoyar todas las gestiones administrativas que tengan que realizarse para que las pacientes y sus familiares tengan atención integral.

Las acciones con pacientes adolescentes embarazadas y sus familiares demandan a los trabajadores Médico-Sociales a la comprensión no solo del problema en sí, sino del conocimiento para su abordaje, dando apoyo necesario para contribuir al máximo evitando de esta forma la reincidencia.

El Hospital General Huayacocotla, Ver., asume la responsabilidad de realizar acciones que apoyen al tratamiento médico con la finalidad de que las pacientes adolescentes embarazadas tengan una atención integral, cumpliendo con los lineamientos con los que se rige la Institución, planteando las actividades básicas a desarrollar en sus tres áreas operativas que son: Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización, contando para esto con un equipo multidisciplinario que coadyuve a que sus objetivos se lleven a cabo en tiempo y forma.

PROPUESTAS

PROPUESTAS

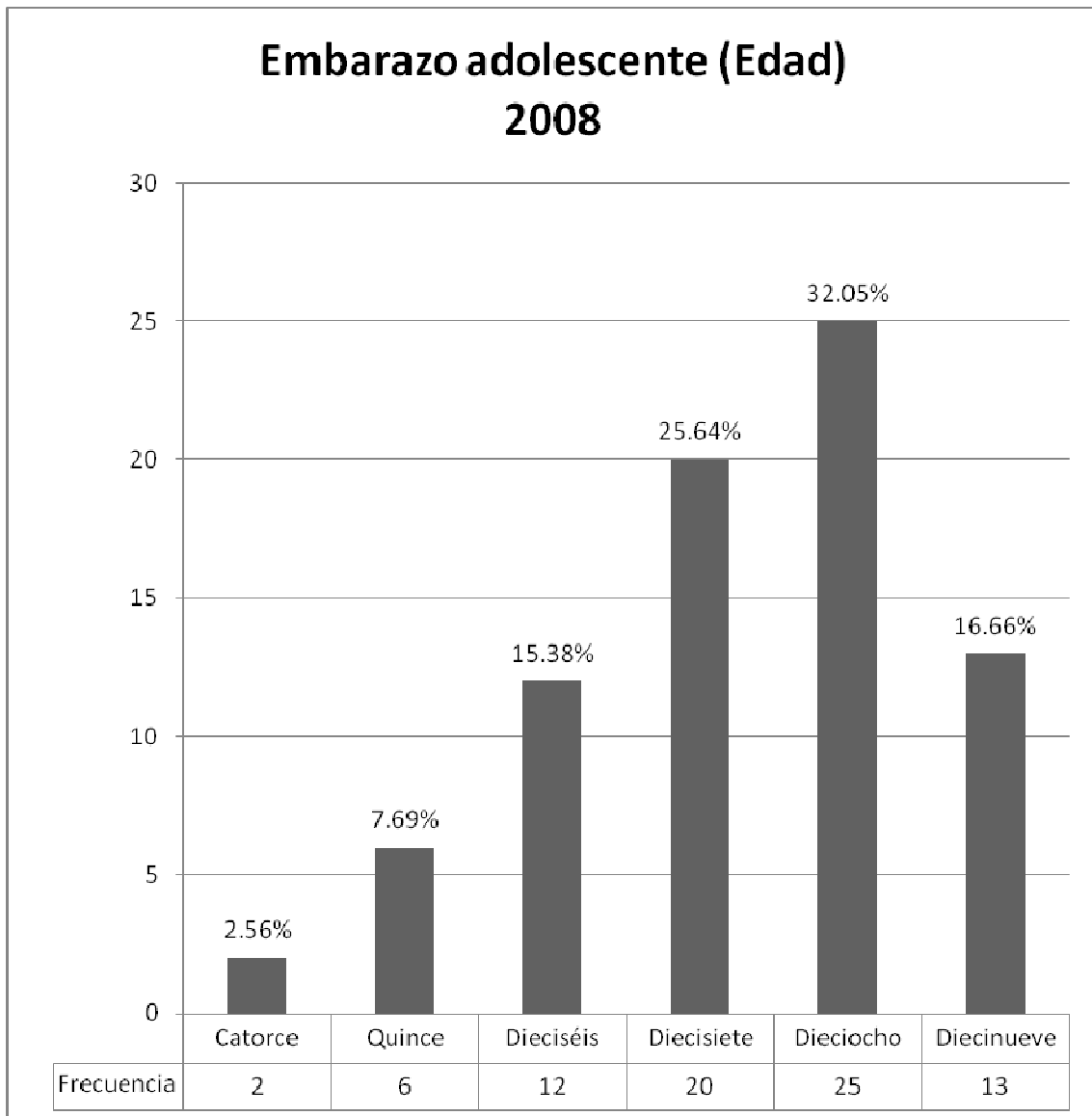
1. En coordinación con Instituciones Federales, Estatales y Municipales se ofrezca información sobre los riesgos de un embarazo adolescente, para padres y alumnos en escuelas de Nivel Medio y Medio Superior, impartidos por un equipo Multidisciplinario de Salud.
2. Elaborar medios informativos gráficos con contenido temático sobre el embarazo en adolescentes y sus consecuencias, colocándolos en puntos estratégicos del hospital y escuelas del municipio.
3. Elaborar programas de información, orientación y capacitación de los riesgos y consecuencias del embarazo en adolescentes con la finalidad de que se conozcan más a fondo las causas y consecuencias que originan este problema de salud pública y social.
4. Análisis y seguimiento de los casos donde se detecte problemática social que pueda afectar a la nueva madre adolescente y a su familia.
5. Coordinar talleres multidisciplinarios ofreciendo información a la población en general sobre el embarazo en adolescentes.
6. Realizar un curso de inducción empleando herramientas del proceso enseñanza-aprendizaje que conduzcan al mejor entendimiento del problema, con el fin de que padres de adolescentes o madres adolescentes sean el vínculo para la búsqueda de alternativas de solución a corto, mediano y largo plazo.
7. Elaborar un transecto de las familias en donde se ha repetido el patrón de embarazo en adolescentes o estudio minuciosos desde su árbol genealógico hasta el presente, con la finalidad de detectar si existen patrones que se han repetido en la familia.
8. A través de recursos didácticos recreativos brindar información, ya que es una herramienta de aprendizaje de fácil acceso, económica, que divierte y cuya población puede ser cautiva o libre y sobre todo dirigida a las nuevas generaciones.

ANEXOS

Las gráficas se obtuvieron como resultado de un muestreo estadístico, realizado en los años 2008 y 2009, para conocer la gravedad del problema. La recolección de datos se llevó a cabo en el Hospital General Huayacocotla, en el Departamento de Estadística, a cargo de la Lic. Guadalupe Mérida Butrón.

En el año 2008 se analizó un total de 78 casos; tomando en cuenta la edad de la embarazada; en un rango de 14 a 19 años, el estado civil de la adolescente, la utilización o rechazo de un método anticonceptivo posterior al evento obstétrico, el municipio de procedencia, el tipo de parto y el sexo del recién nacido.

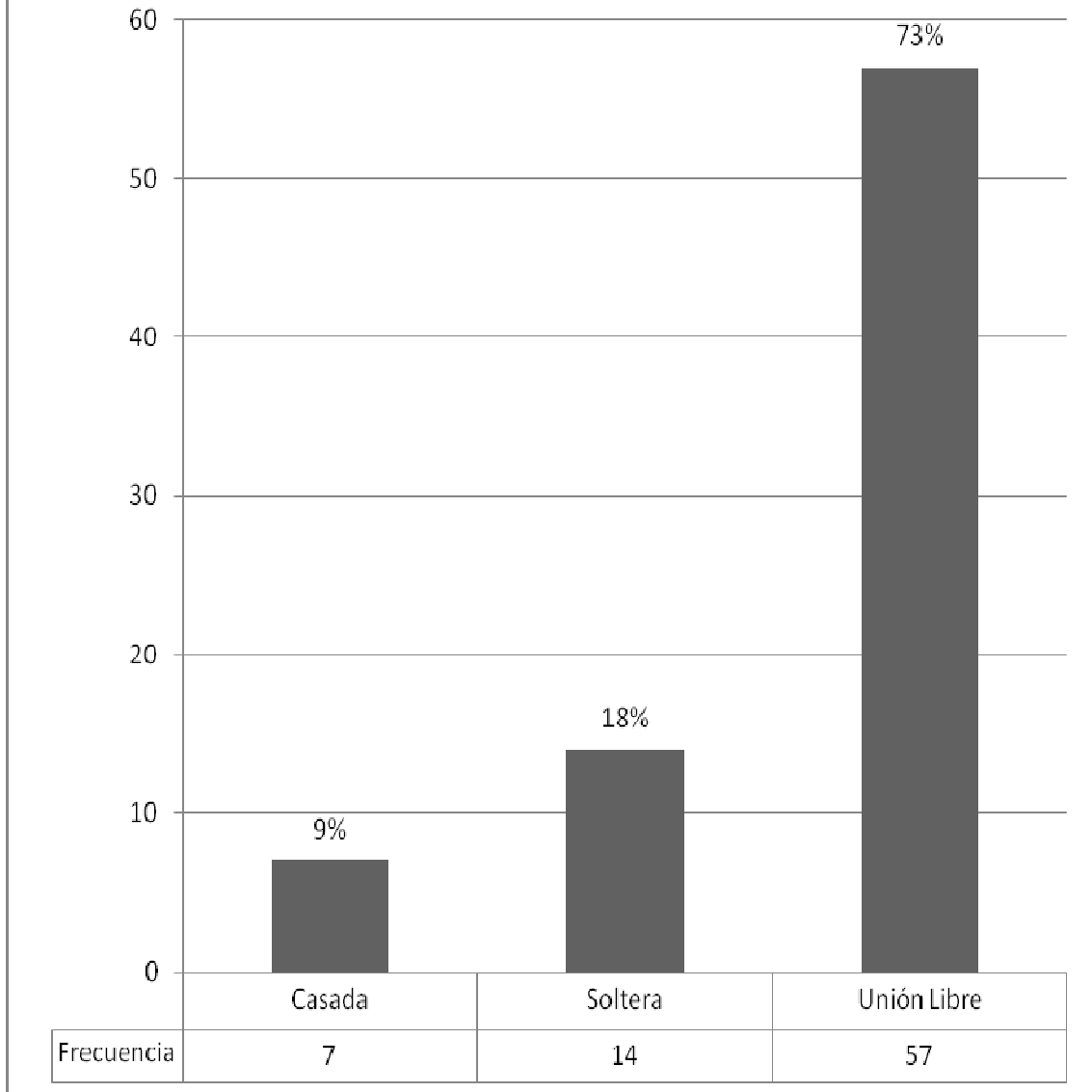
Los casos analizados en el año 2009 suman un total de 99, mostrando un incremento de 21 casos en un intervalo de 12 meses.



Fuente: Hospital General Huayacocotla, Ver., Departamento de Estadística.

En la gráfica se muestra 78 casos de embarazos adolescentes, ocupando la mayor incidencia la edad de 18 años, con el 32.05% con 25 casos, siendo esta edad cuando se ha alcanzado el mayor desarrollo y maduración, la edad de 17 años con 20 casos, es decir el 25.64% de embarazos adolescentes, a los 19 años es el 16.66% presentándose 13 casos, el 15.38% lo ocupan las adolescentes de 16 años con 12 casos, mientras que las adolescentes de 15 años con 6 casos ocupan el 7.69% y finalmente las adolescentes de 14 años, tienen un 2.56% con una frecuencia de 2 casos, debido a que en esta etapa las adolescentes embarazadas han iniciado su desarrollo y maduración, tanto emocional como sexual.

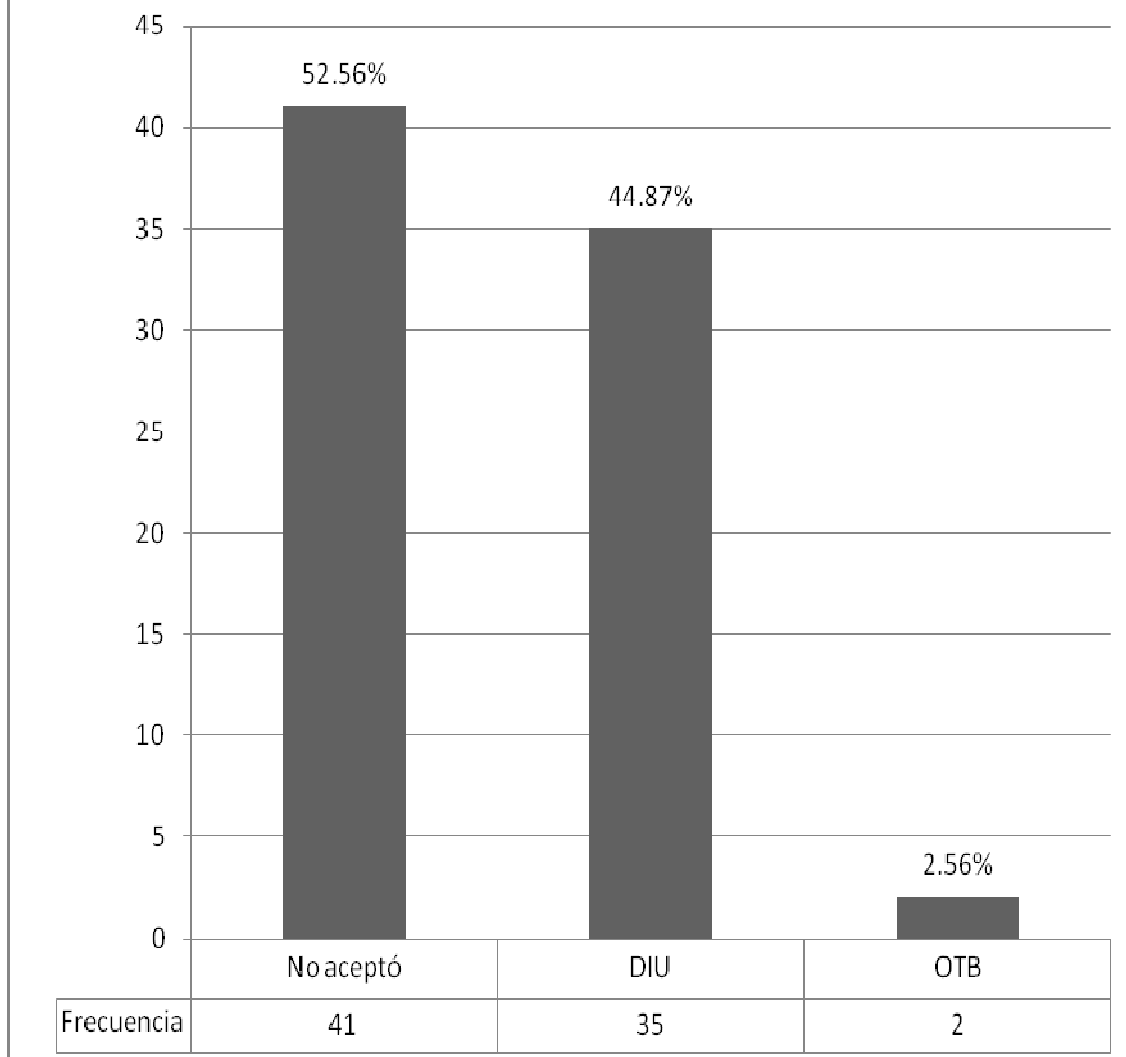
Embarazo adolescente (Estado civil) 2008



Fuente: Hospital General Huayacocotla, Ver., Departamento de Estadística.

Se observa en la gráfica que las futuras madres adolescentes se encontraban en un estado civil de unión libre, con un 73% con 57 casos, con 14 casos de frecuencia, es decir, un 18% futuras madres adolescentes solteras y en un menor porcentaje, con 7 casos registrados y el 9% futuras madres adolescentes con un estado civil de casadas, todo esto nos indica que la mayoría de las futuras madres adolescentes viven en unión libre.

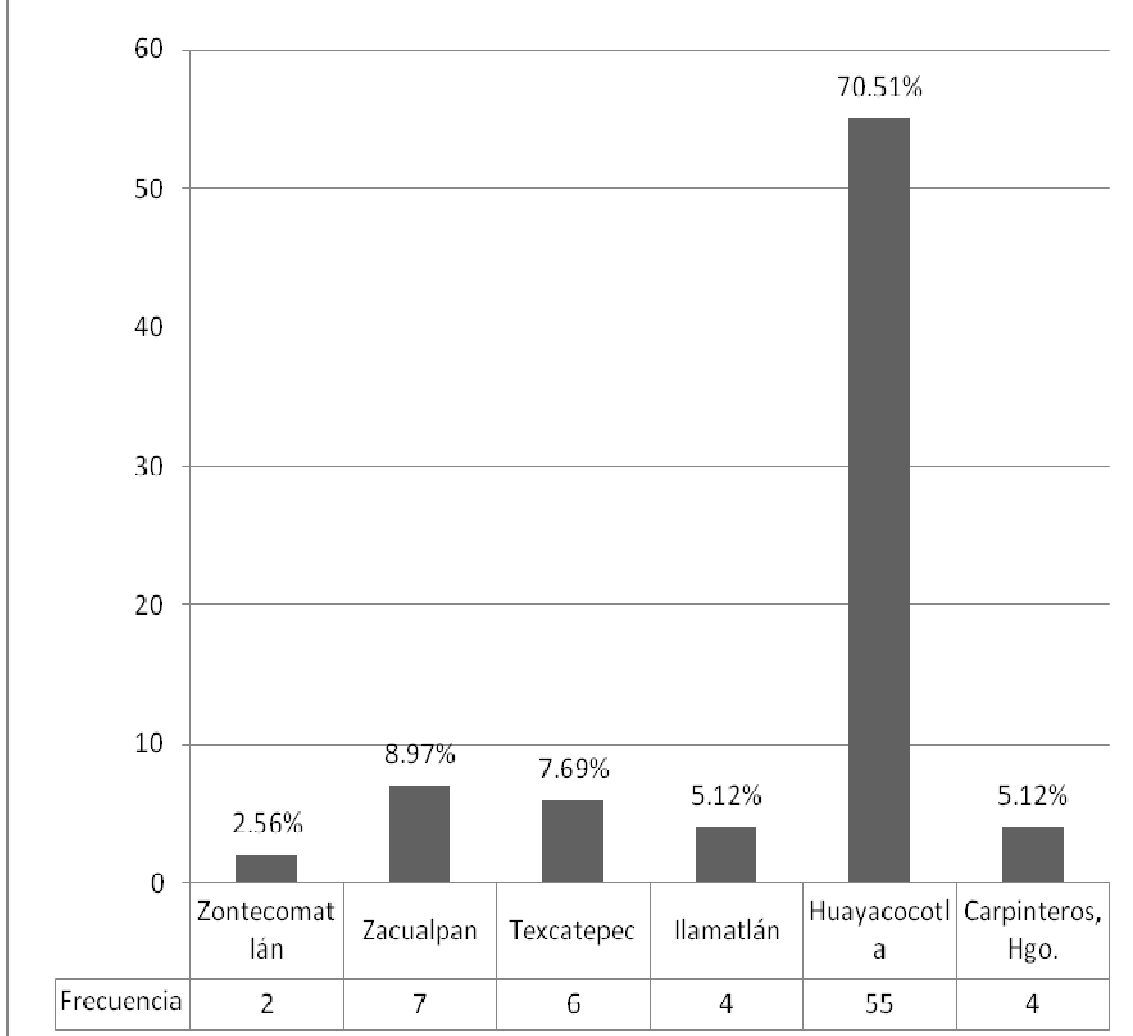
Embarazo adolescente (Método anticonceptivo posterior al evento obstétrico) 2008



Fuente: Hospital General Huayacocotla, Ver., Departamento de Estadística.

En las madres adolescentes el 52.56% no aceptó un método anticonceptivo posterior al evento obstétrico, pudiendo existir la posibilidad de un nuevo embarazo, esto es 41 casos de un total de 78, en cambio el 44.87% o 35 casos acepta DIU (dispositivo intrauterino) y con una frecuencia de 2 casos o el 2.56% aceptó el método anticonceptivo definitivo OTB (oclusión tubular bilateral o salpingloclasia).

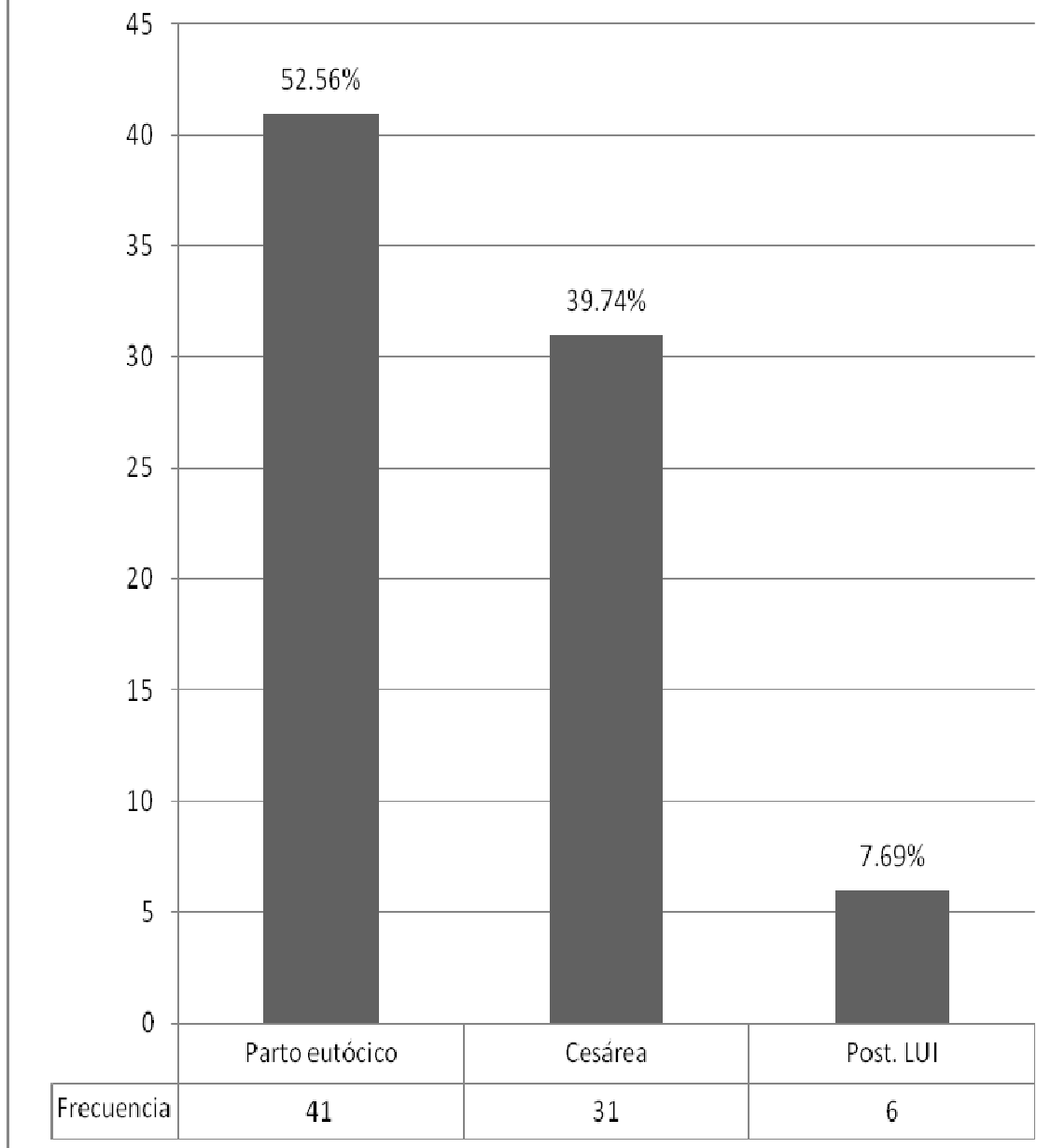
Embarazo adolescente (Municipio de procedencia) 2008



Fuente: Hospital General Huayacocotla, Ver., Departamento de Estadística.

Del total de 78 adolescentes embarazadas, corresponden al Municipio de Huayacocotla, Ver., el 70.51%, es decir 55 casos, el 8.97% pertenecen al Municipio de Zacualpan, Ver., con 7 casos, le sigue el Municipio de Texcatepec con 6 casos o el 7.69%, mientras que los Municipios de Ilamatlán, Ver., y Carpinteros, Hgo., la estadística nos indica el 5.12% con 4 casos cada uno y el de menor incidencia con 2 casos o el 2.56% el Municipio de Zontecomatlán, Ver.

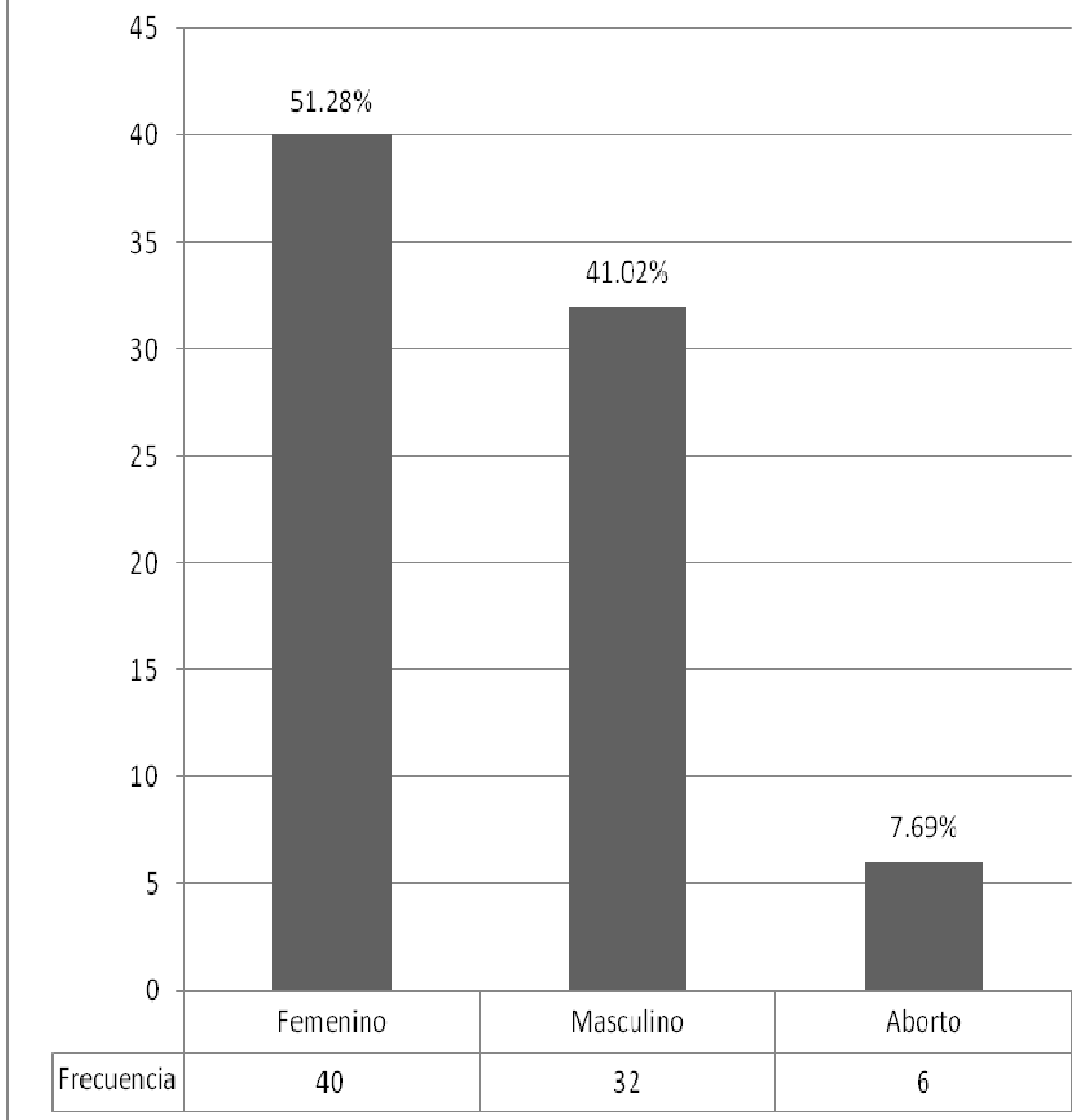
Embarazo adolescente (Tipo de parto) 2008



Fuente: Hospital General Huayacocotla, Ver., Departamento de Estadística.

De las 78 madres reportadas, el 52.56%, es decir 41 casos, tuvieron parto eutócico o parto normal, el 39.74% o 31 casos se les realizó cesárea y finalmente 6 casos que nos indica el 7.69% se les practicó un LUI (legrado intrauterino) posterior al parto.

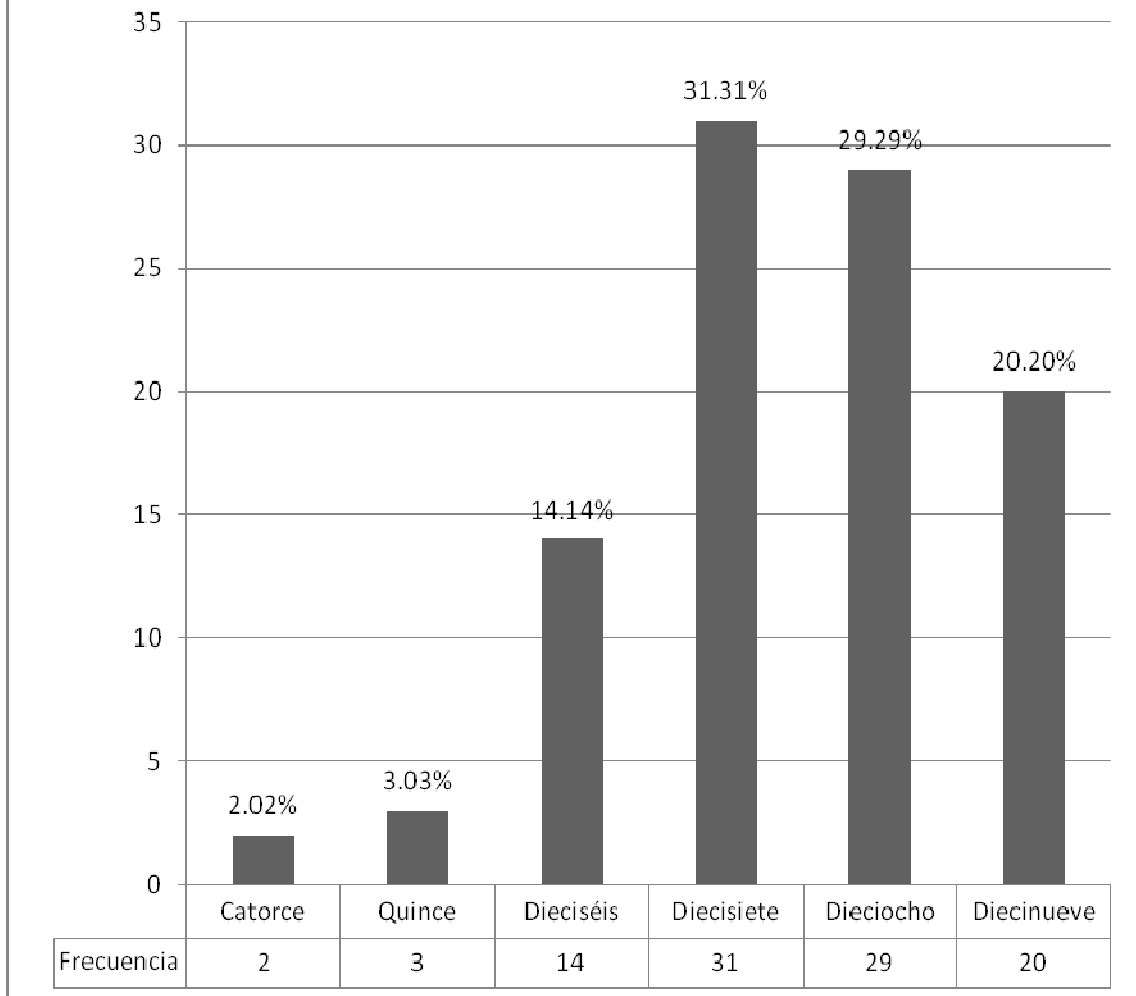
Embarazo adolescente (Sexo del recién nacido) 2008



Fuente: Hospital General Huayacocotla, Ver., Departamento de Estadística.

Del total de los nacimientos en madres adolescentes, el 51.28% o 40 casos parieron recién nacidos del sexo femenino, el 41.02% o 32 casos los nacimientos fueron del sexo masculino, ocupando el aborto el 7.69% con 6 casos.

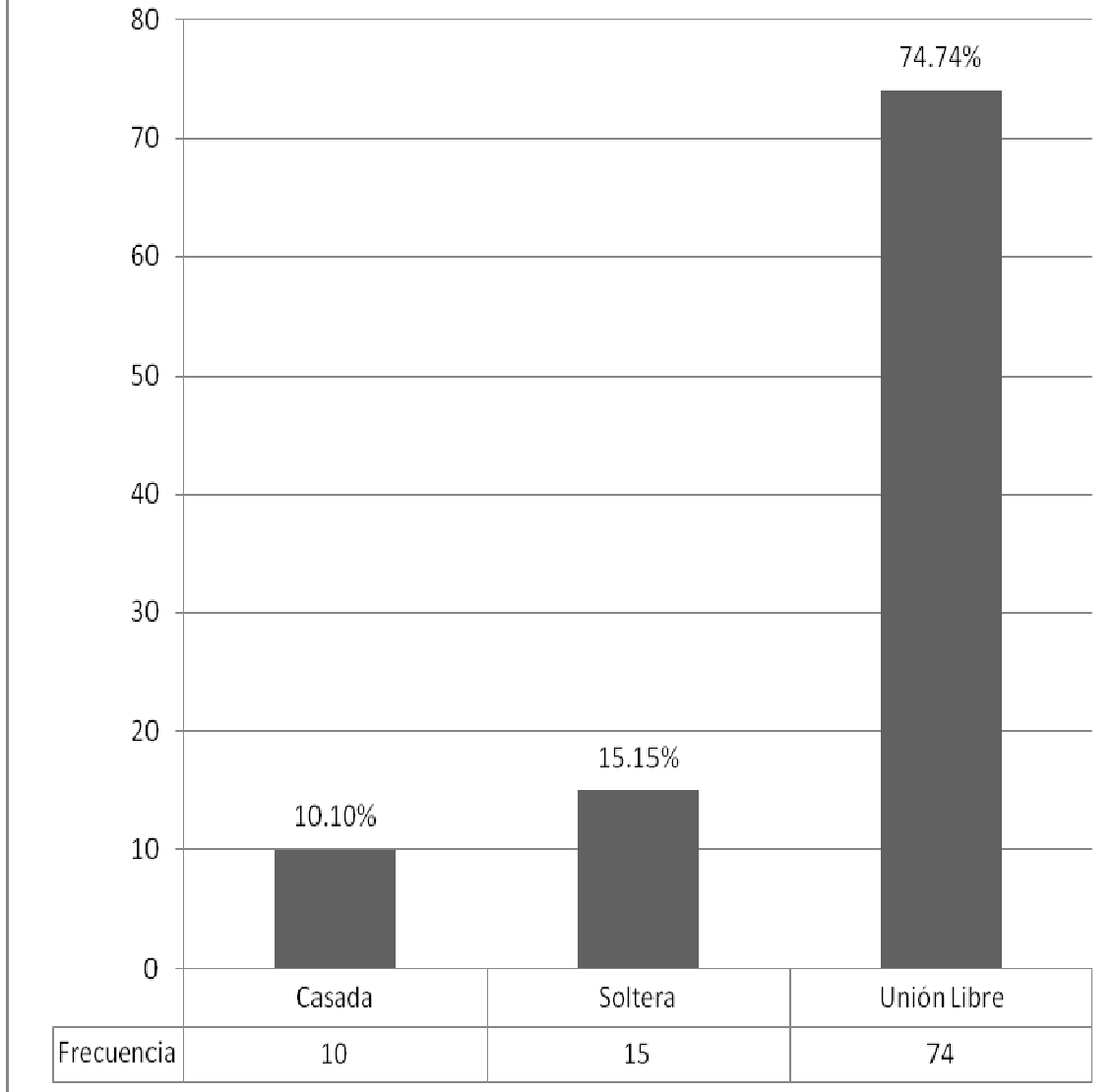
Embarazo adolescente (Edad) 2009



Fuente: Hospital General Huayacocotla, Ver., Departamento de Estadística.

En la gráfica se muestra la mayor incidencia de embarazos adolescentes, incrementándose cuando la adolescente cuenta con una edad de 17 años con 31 casos ocupando el 31.31%, la edad de 18 años ocupa un 29.29%, es decir 20 casos de embarazos adolescentes, a los 19 años con 20 casos ocupa el 20.20%, el 14.14% lo ocupan las adolescentes de 16 años con 14 casos, mientras que las adolescentes de 15 años tienen una frecuencia de 3 casos y ocupan el 3.03% y finalmente con 2 casos las adolescentes de 14 años, con un 2.02% debido a que en esta etapa las adolescentes embarazadas han iniciado su desarrollo y maduración, tanto emocional como sexual.

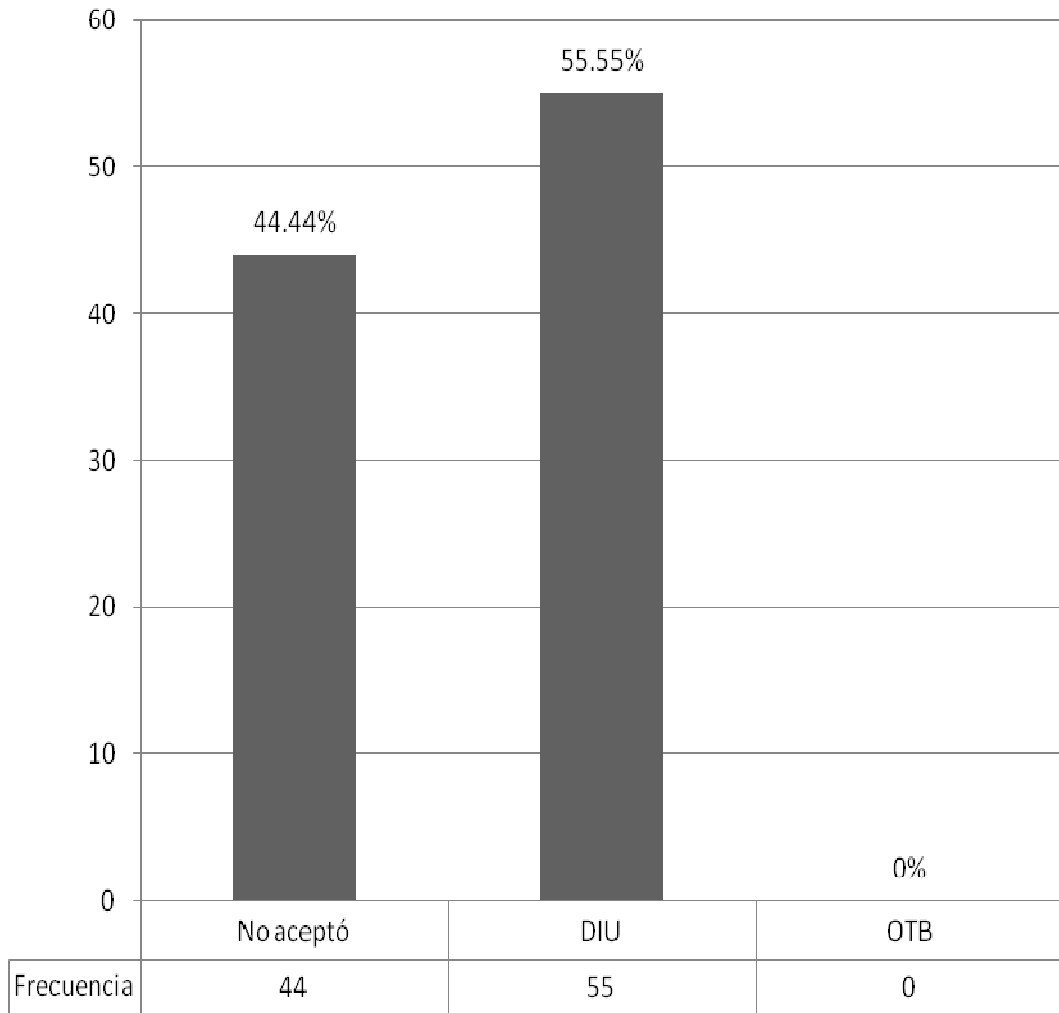
Embarazo adolescente (Estado civil) 2009



Fuente: Hospital General Huayacocotla, Ver., Departamento de Estadística.

Se observa en la gráfica que las futuras madres adolescentes se encontraban en un estado civil de unión libre con un 74.74% o 74 casos, con un 15.15% es decir, 15 casos, futuras madres adolescentes solteras y en un menor porcentaje, el 10.10% con 10 casos futuras madres adolescentes con un estado civil casadas, todo nos indica que la mayoría de las futuras madres adolescentes viven en unión libre.

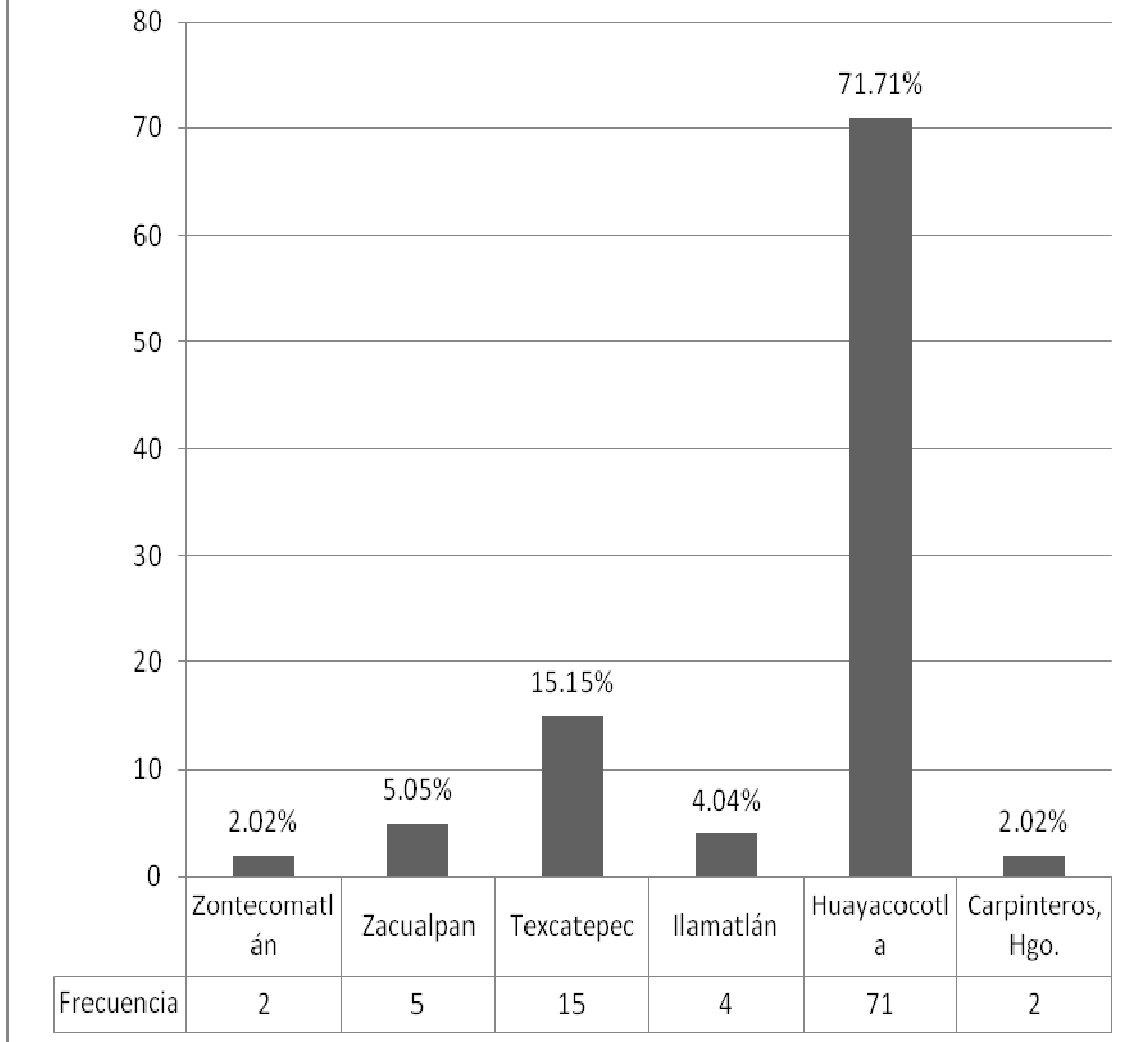
Embarazo adolescente (Método anticonceptivo posterior al evento obstétrico) 2009



Fuente: Hospital General Huayacocotla, Ver., Departamento de Estadística.

En las madres adolescentes, el 55.55% aceptó un método anticonceptivo llamado DIU (dispositivo intrauterino), es decir 55 casos, en cambio el 44.44% no aceptó un método anticonceptivo posterior al evento obstétrico o 44 casos y por último en ningún caso se optó por el método anticonceptivo definitivo OTB (oclusión tubular bilateral o salpingloclasia).

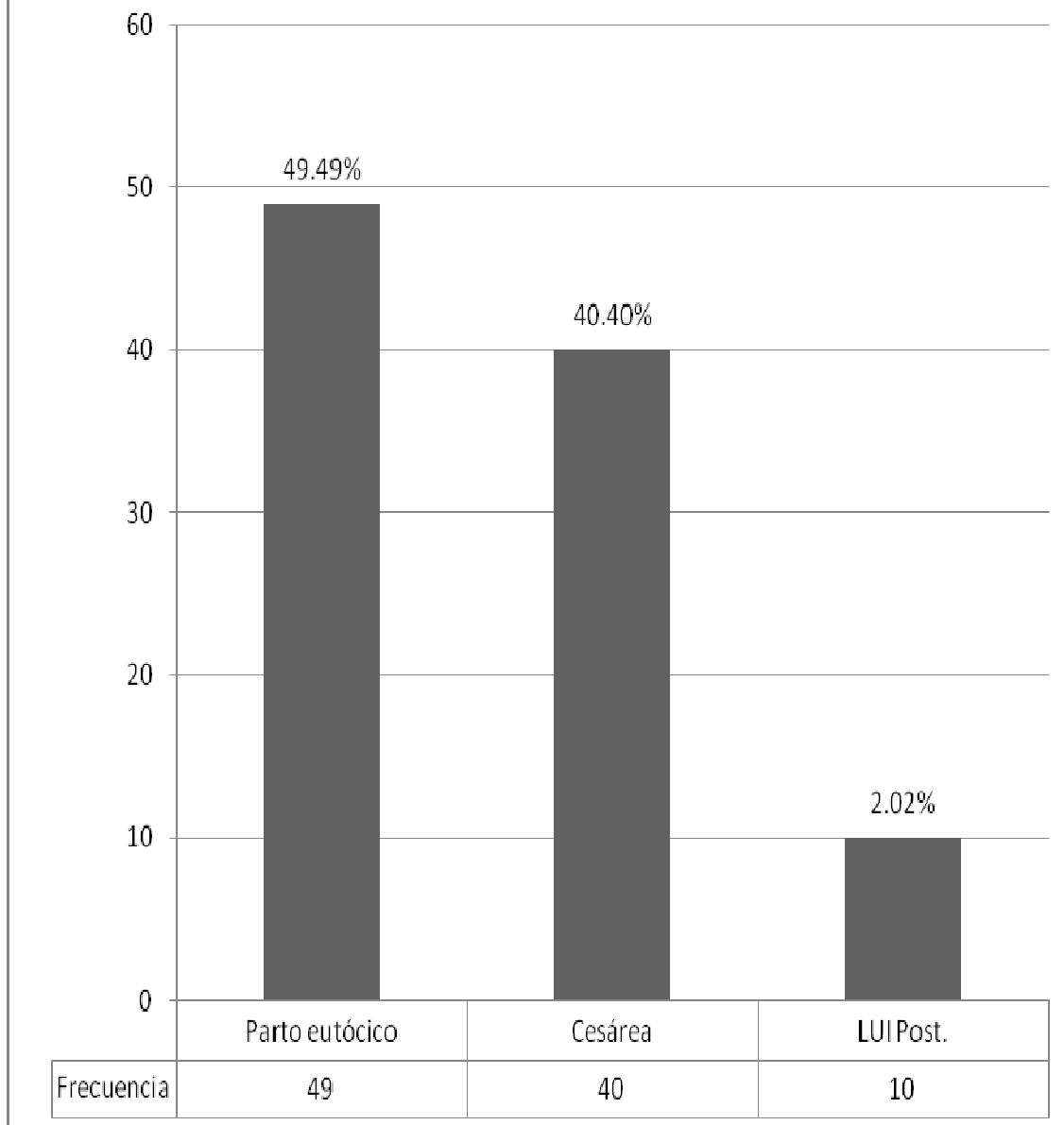
Embarazo adolescente (Municipio de procedencia) 2009



Fuente: Hospital General Huayacocotla, Ver., Departamento de Estadística.

Del total de 99 adolescentes embarazadas, corresponden al Municipio de Huayacocotla, Ver., el 71.71%, es decir 71 casos, el 15.15% pertenecen al Municipio de Texcatepec, Ver., con 15 casos, le sigue el Municipio de Zacualpan, Ver., con 5 casos o el 5.05%, mientras que el Municipio de Ilamatlán, Ver., ocupa el 4.04% con 4 casos y por último los Municipios de Zontecomatlán, Ver., y Carpinteros, Hgo., la estadística nos indica el 2.02% con 2 casos cada uno.

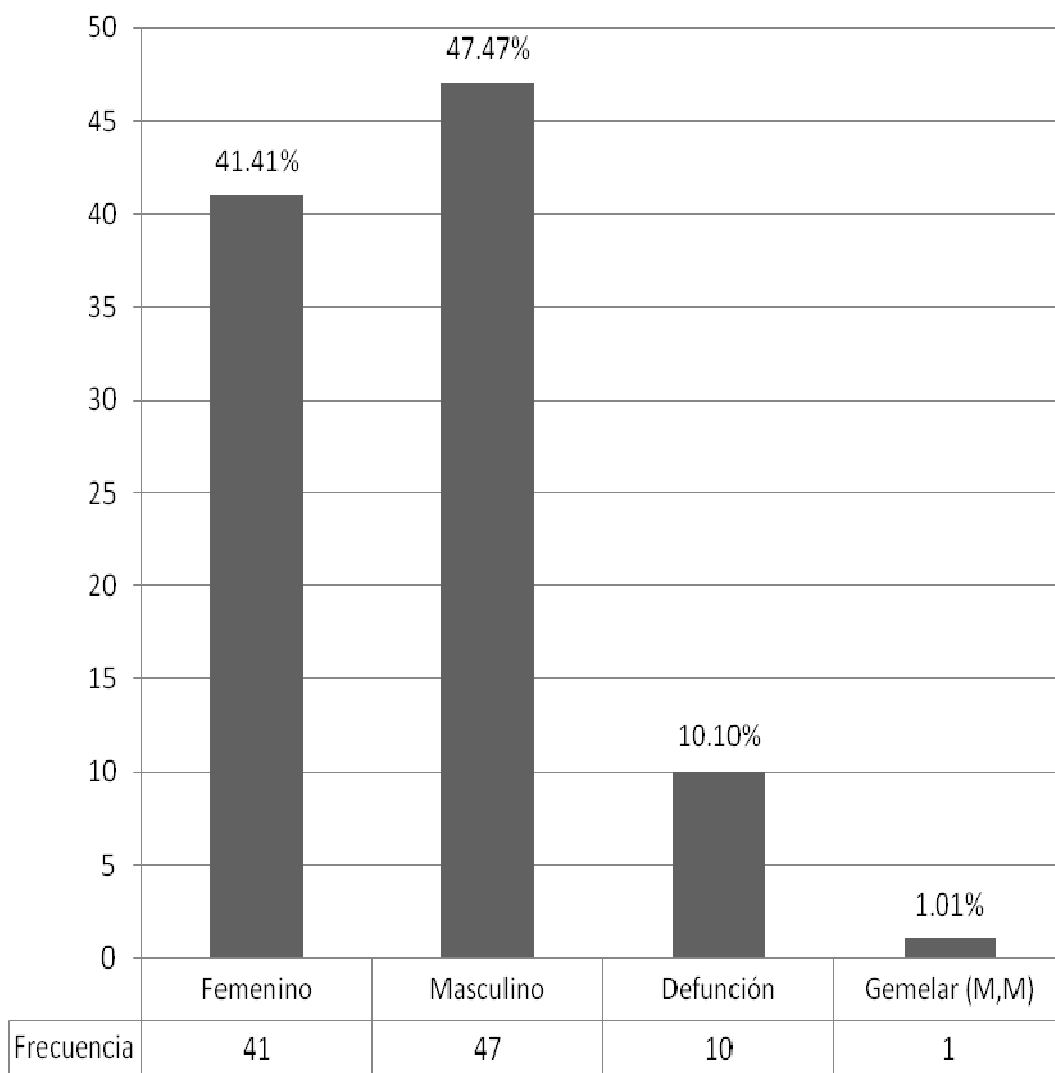
Embarazo adolescente (Tipo de parto) 2009



Fuente: Hospital General Huayacocotla, Ver., Departamento de Estadística.

De las 99 madres reportadas, el 49.49%, es decir 49 casos, tuvieron parto eutócico o parto normal, el 40.40% o 40 casos se les realizó cesárea y finalmente 10 casos que nos indica el 2.02% se les practicó un LUI (legrado intrauterino) posterior al parto.

Embarazo adolescente (Sexo del recién nacido) 2009



Fuente: Hospital General Huayacocotla, Ver., Departamento de Estadística.

Del total de los 99 nacimientos en madres adolescentes, el 47.47% o 47 casos parieron recién nacidos del sexo masculino, el 41.41% o 41 casos los nacimientos fueron del sexo femenino, ocupando el 10.10% defunciones después de su nacimiento y hubo un caso de nacimiento de gemelos del sexo masculino, es decir, el 1.01%.

PAPELERÍA PARA INTEGRAR EXPEDIENTE CLÍNICO



SECRETARIA DE SALUD Y ASISTENCIA
COORDINACION GENERAL DE HOSPITALES
TARJETA DE INGRESO


NOMBRE:		
FECHA DE INGRESO:		HORA:
NO. DE EXPEDIENTE:		SERVICIO: CAMA:
EDAD:	SEXO:	ESTADO CIVIL:
OCUPACION HABITUAL:		LUGAR DE RESIDENCIA:
DOMICILIO HABITUAL:		
INFORMES:		
DIAGNOSTICO:		CASO MEDICO-LEGAL SI () NO ()
CLAVE	IMPORTE	ESTUDIO SOCIOECONOMICO NO.
		CLASIFICACION 0 1 2 3 4 5
		ECONOMICA:
		NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL
		NOMBRE Y FIRMA DEL ADMINISTRADOR
TOTAL		NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR
FECHA		
ELABORO		

CGH-TS-01

INSTRUCCIONES PARA LA CONSULTA

- 1.- Acuda puntualmente a sus citas con 15 minutos de anticipación.
- 2.- Pague su consulta o servicio previamente y exija su comprobante de pago.
- 3.- Al llegar reportese con la recepcionista de esa área.
- 4.- verifique que su nueva cita sea registrada en esa tarjeta de citas.
- 5.- En caso de perder su cita pase con la trabajadora Social, Enfermera o Médico que le atiende para obtener una nueva cita.

NOTA: En caso de cobro indebido o quejas graves por favor comuníquese a los SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ, a la SUBDIRECCION DE ATENCION MEDICA a los telefonos 01 (228) 8 40 04 72, 8 42 30 00 EXT. 257 donde sera amablemente atendido.

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ						
 SSA <small>GOBIERNO DEL ESTADO</small> TARJETA DE CITAS						
HOSPITAL _____						
NOMBRE _____						
NO. DE EXPEDIENTE _____						
CLASIFICACION SOCIOECONOMICA						
0	1	2	3	4	5	6

CITAS			CITAS		
FECHA	HORA	NÚCLEO	FECHA	HORA	NÚCLEO

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

ESTUDIO MÉDICO SOCIAL

DATOS PARA CONTROL DE LA UNIDAD	
UNIDAD HOSPITALARIA: _____ (1)	CLASIFICACIÓN SOCIO-ECONÓMICA ESTABLECIDA: _____ (2)
_____ VER., A _____ DE _____ (4)	_____ DE _____
NÚMERO DE EXPEDIENTE: _____ (3)	
MOTIVO DEL ESTUDIO: _____ (5)	

DATOS GENERALES DEL PACIENTE	
NOMBRE: _____ (6)	
<small>APELLIDOS</small> _____ (7) <small>PATerno</small> _____ <small>MATerno</small> _____ <small>NOMBRES</small> _____ (9)	EDAD: _____ (7) SEXO: _____ (8) ESTADO CIVIL: _____ (9)
ESCOLARIDAD: _____ (10)	OCUPACIÓN: _____ (11) LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (12)
DOMICILIO: _____ (13)	
<small>CALLE</small> _____ (14) <small>No. EXT. INT.</small> _____ <small>COLONIA</small> _____ <small>MUNICIPIO O CIUDAD</small> _____ <small>ESTADO</small> _____ <small>TELÉFONO(LADA)</small> _____	
DX. MÉDICO: _____ (14)	
CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PACIENTE: _____ (15)	

DATOS DE LA FAMILIA						
NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	EDO. CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	LUGAR LABORAL
_____ (16)						

SITUACION ECONOMICA			
INGRESO		EGRESO	
PARENTESCO: _____ (17)	\$	ALIMENTACIÓN	\$
	\$	LUZ, AGUA, COMBUSTIBLE	\$
	\$	RENTA: _____ (18)	\$
	\$	TRANSPORTE: _____	\$
	\$	ABONOS: _____	\$
	\$	EDUCACIÓN: _____	\$
	\$	OTROS: _____	\$

AM-TS-02

CONDICIONES DE VIVIENDA	
19	
DIAGNÓSTICO SOCIAL DEL PACIENTE:	
20	
DIAGNÓSTICO SOCIAL DE LA FAMILIA:	
	21
22	PLAN SOCIAL:
VISITAS SUBSECUENTES: _____	
	23
SEGUIMIENTO DE CASO:	
	24

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA.
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
FICHA SOCIOECONOMICA INICIAL

PARA UNIDADES APLICATIVAS PRESTADORAS DE SERVICIOS MÉDICO ASISTENCIALES

DATOS DEL INGRESO			
UNIDAD:	1	FECHA:	2
SERVICIO:	3	No. DE EXPEDIENTE:	4
		MÉDICO TRATANTE:	5
No. DE CAMA:	6	SITUACIÓN LEGAL:	7
REFERENCIA DE:	8		
CONTRARREFERENCIA DE:	9		
INGRESO HOSPITALARIO: PRIMERA VEZ () REINGRESO () No.	10	NIVEL SOCIOECONÓMICO:	11

DATOS GENERALES DEL PACIENTE			
APELLIDO PATERNO	12	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
FECHA DE NACIMIENTO:	13	EDAD:	14
		SEXO:	MASC. () FEM. ()
ESTADO CIVIL:	16	ESCOLARIDAD:	COMPLETA INCOMPLETA
			17
		ANALFABETA	()
		PRIMARIA	()
		SECUNDARIA	()
		BACHILLERATO	()
		CARRERA TÉCNICA	()
		UNIVERSIDAD	()
OCUPACIÓN:	18	RELIGIÓN:	19
		ORIGINARIO:	20
DERECHOHABENCIA: IMSS () ISSSTE () PEMEX () OTRA INSTITUCIÓN:			21
DOMICILIO PERMANENTE:	22	ESPECIFIQUE ADSCRIPCIÓN	
		CALLE	NUM. EXTERIOR INTERIOR
COLONIA	C.P.	MUNICIPIO	CIUDAD - ESTADO: TELEFONO(LADA)
DOMICILIO TEMPORAL:	23	ESPECIFIQUE ADSCRIPCIÓN	
		CALLE	NUM. EXTERIOR INTERIOR
COLONIA	C.P.	MUNICIPIO	CIUDAD - ESTADO: TELEFONO(LADA)
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	24		

FAMILIAR RESPONSABLE			
APELLIDO PATERNO	25	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
PARENTESCO:	26	CONYUGE	HIJO ()
		HERMANO	OTROS
DOMICILIO:	27	ESPECIFIQUE	
		CALLE	NUM. EXT. INT.
COLONIA	C.P.	MUNICIPIO	CIUDAD - ESTADO: TELEFONO(LADA)

ESTADO DE SALUD FAMILIAR	
NÚMERO DE ENFERMOS	28
PARENTESCO:	

GRUPO FAMILIAR	CALIF.
9 A 10, O MÁS INTEGRANTES	0
7 A 8 INTEGRANTES	2
5 A 6 INTEGRANTES	4
3 A 4 INTEGRANTES	6
1 A 2 INTEGRANTES	8

OCUPACIÓN	CALIF.	SALARIO VIGENTE DIARIO \$	INGRESO FAMILIAR	PROMEDIO MENSUAL
DESEMPLEADO	0	SALARIO	JEFE DE FAMILIA	\$
TRAB. NO CALIFICADO	2	SIN SALARIO	ESPOSO (A)	\$
COMERCIANTE	4	MENOS DEL SALARIO MÍNIMO	HIJO (A)	\$
TÉCNICO	6	SALARIO MÍNIMO	OTROS.	\$
OBRERO	8	MÁS DE UN SALARIO MÍNIMO		
EMPLEADO	10	2 Ó 3 SALARIOS MÍNIMOS		
PROFESIONISTA	12	MÁS DE 3 SALARIOS MÍNIMOS		
TOTAL				\$

CONDICIONES DE LA VIVIENDA:							
UBICACIÓN	CALIF.	TENENCIA	CALIF.	CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA	CALIF.	NÚMERO DE DORMITORIOS	CALIF.
MARGINADA	2	PRESTADA	0	JACAL O CHOZA	2	UN CUARTO	2
		RENTADA	2	VECINDAD	4	CUARTO CON UN DORMITORIO	4
RURAL	4	INTERÉS SOCIAL	6	DEPTO. POPULAR	6	CASA: CON DOS DORMITORIOS	6
		PROPIA	8	CASA	8	CON TRES DORMITORIOS	8
URBANA	6	OTROS		RESIDENCIA	10	CON 4 O MAS DORMITORIOS	10

EGRESO FAMILIAR	FAMILIAR
ALIMENTACIÓN	\$
RENTA	\$
AGUA	\$
LUZ	\$
TELÉFONO	\$
COMBUSTIBLE	\$
TRANSPORTE	\$
EDUCACIÓN	\$
CONSUMOS ADICIONALES	\$
OTROS	\$
TOTAL	\$

EVALUACIÓN ECONÓMICA	CALIF.
INDIGENCIA	0
DÉFICIT	2
EQUILIBRIO	4
SOLVENTE	6
EXCEDENTE	8

DIAGNÓSTICO SOCIAL: _____

PLAN SOCIAL: _____

SUMA DE LAS CALIFICACIONES	CALIF.
GRUPO FAMILIAR	
OCUPACIÓN	
SALARIO	
VIVIENDA: UBICACIÓN	
TENENCIA	
CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA	
NÚMERO DE DORMITORIOS	
EVALUACIÓN ECONÓMICA	
TOTAL DE PUNTOS	

ESCALA DE CALIFICACIÓN					
01-13	14-25	26-37	38-50	52-64	65-75
E	D	C	B	A	AP

NOMBRE (S) Y FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL _____

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD _____

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

A la Torre Joaquín. El embarazo adolescente y la pobreza.

Aprobado en lo general, en la Cámara de diputados con 305 votos en pro, 115 en contra y 4 abstenciones, el martes 29 de abril de 2003.

Autora Flor de Pérez Mireya. Wikipedia.org/wiki/embarazo. Publicado el 13 de Agosto del 2009.

Baldwin y Caine. 1980. "The children of teenage parents". Family Planning Perspectives.

Benson/Pernoll: diagnóstico de embarazo y cuidados prenatales. En: Manual de Obstetricia y Ginecología. 9a Ed. McGraw-Hill Interamericana.

Bobadilla E. Florenzano R. "Psicología del Desarrollo". 1981.

Bobadilla José Luis, "Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud: el caso de los países de ingresos medianos y bajos". Capítulo 11 en Observatorio de la Salud, Servicios, Políticas, Centro de Economía y Salud (CES)-Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), México 1994. Volumen 33.

Boletín de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología. Vol. 4 Número 1. 2008.

Buvinic Mayra. 1992. "The fortunes of Adolescent Mothers and their children.

Castillo, G. (2009). El adolescente y sus retos. Madrid, España: Ediciones Pirámide (grupo Anaya, S.A.).

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, "Antecedentes", en Salud. Actualización: 28 de agosto de 2006.

Centro de Información cardiovascular. Consultado el 19 de abril de 2008.

Comité de Aspectos Éticos de la reproducción Humana de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

Consejo Nacional de Población 2001-2006. México, D.F: Consejo Nacional de Población: 2001.

Curso de Salud Adolescente de la Universidad católica de Chile. Dra. María Inés Romero. Año 2001.

Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de salud de México. En Buen Plan. Curso de Atención a la salud reproductiva para Adolescentes.

Dr. Chávez Cortés José Antonio . Datos obtenidos del trabajo realizado para su Especialista en Medicina familiar. (Febrero de 2006).

Dra. Bombi Inés. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Médico consultor de Advance Medical.

Domínguez García Laura. Universidad de la Habana, Cuba. “Psicología del desarrollo, adolescencia y juventud”. Editorial Félix Varela. La Habana, Cuba, 2003.

Embarazo y Parto (Publicación) por Camino Lucia (13 de diciembre de 2008). Santiago de Compostela, España.

Enciclopedia Universal Ilustrada Europea Americana Espasa-Calpe.

Erikson Homburger Erik. “Identidad, Juventud y Crisis”. México. Editorial Paidós 1974.

Etapas de la adolescencia. Euroresidentes 2000 Ityls Siglo XXI, España. Foro para Adolescentes. Foro para padres de Adolescentes.

Geronimus, A.T. 1997. “The Socioeconomic Consequences of Teen Childbearing Reconsidered”.

González Salguero Fernando. Resultado de un estudio de línea de base en salud sexual y reproductiva en adolescentes. Enero 2000.

Gran Larousse Universal. Plaza & Janés Editores, S.A. Barcelona 1994.

Hamel y Cols. “La Adolescencia” 1985.

Hayes, S.C. 1987. “Psychotherapists in clinical practice”. In N. Jacobson Editorial. New York.

H. DeCharney Alan; Lauren Nathan. Diagnóstico y Tratamiento Ginecobstétricos. 8ª. Ed. El Manual Moderno, 2003.

Houston, E y Armstrong. S. Preventing fertilityworld. Wideconeains.popilation, bulletin.Population.Reference bureau. Vol. 402.1985.

Ibid.

Ídem.

Institut Marqués y la Fundación Josep Carreras, unidos por la vida. “El embarazo contado con sencillez” de Mayka Sánchez (Maeva Ediciones).

Instituto Mexicano del Seguro Social. Atención prenatal en medicina familiar. Guía diagnóstica terapéutica. Rev. Med IMSS 1998.

Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática. Estadísticas vitales. México, D.F., 2000.

James Wilkie, La Revolución Mexicana (1910-1976): Gasto federal y cambio social. Fondo de Cultura Económica, México, 1967.

John Eric, Paul H. Stuart, Enciclopedia of Social Welfare history in North America, Sage, Estados Unidos, 2005.

KidsHealth.org (marzo de 2006). Calendario semanal del embarazo. Editado por Elana Pearl Ben-Joseph y The Nemours Foundation. (28 de enero de 2008).

Knobel M., El síndrome de la adolescencia normal, incluido en Aberastury A. y otros, "La adolescencia normal", Paidós, Buenos Aires.

Kumate Jesús, "Balance sectorial de salud: Cinco años de gobierno", en Arturo Warman, La política social en México, 1994, FCE, México, 1994.

Lic. Alvarado Rivera Sandra. "Salud y Sexualidad". Aspecto físico, social, psicológico y cultural. Editorial publicada en 2003.

Los estudios de Pani, "La higiene en México" y de Beteta y Simpson, "mendicidad en México".

Los gastos ejercidos llegaron a \$5.8 percatipa en 1940. Secretaría de Asistencia Pública.

Manual de Operación para el profesional de trabajo Social. Servicios de Salud de Veracruz. Año 2007.

Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social del Sector Salud. Año 2007.

Manual de Procedimientos del Hospital General Huayacocotla, Veracruz. Año 2007.

Manual de Procedimientos del Hospital General Huayacocotla, Veracruz. Dirección de Servicios de Salud. Subdirección de Atención Médica. Año 2007.

Manual para la Organización y Funcionamiento del Trabajador Médico Social en el Hospital General Huayacocotla, Veracruz. Año 2007.

Molina Adolescencia Tiempo de Decisiones (1994).

Monroy de Velasco. A. Morales. M y Velasco Monroy. La fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones. Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud. Cuaderno técnico No. 22. 1988.

Nuevo Diccionario Enciclopédico Ilustrado. Instituto Lexicográfico Durván. Bilbao, 1996.

Online CopyScapa. Octubre 20, 2008 por Florencia en Salud.

Organización Mundial de la Salud. Boletín Junio 2009.

Organización Mundial de la Salud. Marzo 2009.

Organización Panamericana de la Salud. Manual de salud para la atención del adolescente. Serie Paltex. 199 p. México, D.F. SSR. 1994.

Organización Panamericana de la Salud. Perfil de salud sexual y reproducción de los y las adolescentes en América Latina y el Caribe. Revisión bibliográfica, 1998-2000.

Ortigosa-Corona Karchmer. Krivitzky S. Factores relacionados con el conocimiento de signos de alarma durante el embarazo. Ginecol Obstet Méx 1996.

Pantelides Alejandra Edith, "Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América latina". Artículo No. 78, notas de población, publicado en el mes de diciembre de 2004.

Peña, Quiroz, Muñoz, Molina, Guerrero & Masardo, 1991.

Rascovan S., "Orientación Vocacional", Buenos Aires, Ediciones Novedades Educativas, 1998.

Rascovan S., Los jóvenes y el futuro, Psicoteca Editorial, Buenos Aires, 2000.

Reidentificación de las Políticas Sociales. III Encuentro Nacional de Trabajo Social en el área de Salud. UNAM/ENTS. 1987).

Rivera Casa José, MJ. Ceñal González-Fierro, T. del Rosal Rabes, J. Jurado Palomo, O. de la Serna Blázquez. Medicine, ISSN 0304-5412, Serie 9, No. 61.

Rodríguez Rigual M. Mesa redonda: Adolescencia-Necesidad de creación de unidades de Adolescencia. An Pediatr 2003; Volumen 58.

Ruoti M, Ruoti A. 1992. "Sexualidad y Embarazo en Adolescentes". Instituto de Investigaciones de Ciencias de la Salud.

SECRETARÍA DE SALUD. Dirección General de información en Salud. Adolescent's mortality. Bol. Med. Hosp. Infant. Méx. (online) 2005. Vol. 62.

Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud, 2001-2006.

Sexual and reproductive health of adolescents. Geneva Switzerland: Progress in Reproductive Health Research; 2002. No. 58.

Texas Children's Hospital. (Octubre de 2002). Crecimiento y desarrollo de los adolescentes.

Texas Children's Hospital (Octubre de 2002) Crecimiento y desarrollo de los adolescentes. (En español).

<http://www.Fortunecity.es/expertos/indus...>

Webb, 1972.

Zorrilla Arena Santiago, 50 años de Política Social en México, Limusa, México, 1988.