

1

**HACIA UNA ALTERNATIVA METODOLOGICA DE
FORTALECIMIENTO DE LA NUEVA ESTRUCTURA
FAMILIAR DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN
LA CIUDAD DE CARTAGENA**

**MARGARITA CABARCAS
YANETH DELGADO
GLORIA JARABA
PILAR MORAD DE MARTINEZ
AMALFI PADILLA DE REDONDO**

Tutor: JOSEFINA MENDIVIL CIADORO

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y EDUCACION
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO Y EDUCACION CONTINUA
ESPECIALIZACION PROCESOS SOCIALES DE LA FAMILIA**



**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
Biblioteca Universitaria
Fernando de Medel**

CARTAGENA, 1994

2

**HACIA UNA ALTERNATIVA METODOLOGICA DE
FORTALECIMIENTO DE LA NUEVA ESTRUCTURA
FAMILIAR DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN
LA CIUDAD DE CARTAGENA**

**MARGARITA CABARCAS
YANETH DELGADO
GLORIA JARABA
PILAR MORAD DE MARTINEZ
AMALFI PADILLA DE REDONDO**

Trabajo de grado presentado como
requisito para optar el título de
especialista en Procesos Sociales de
la familia.

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y EDUCACION
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO Y EDUCACION CONTINUA
ESPECIALIZACION PROCESOS SOCIALES DE LA FAMILIA**

CARTAGENA, 1994

T.A.
362.8294
H123

3

Cartagena. octubre de 1994

Doctor
Javier Hernández García
Coordinador Académico
Especialización Procesos Sociales de la Familia
Facultad de Ciencias Sociales y Educación
Ciudad

Apreciado doctor :

Es para nosotras satisfactorio, presentar a su consideración el trabajo de tesis titulado "Hacia una Alternativa Metodológica de Fortalecimiento de la Nueva Estructura Familiar de la Adolescente Embarazada de la ciudad de Cartagena".

Por el valor social, la utilidad de la propuesta y los aportes que brinda a la adolescente, la familia y el contexto social en general, siguiendo los parámetros establecidos en los reglamentos del Departamento de Post-Grado y Educación Continua, como pre-requisito para optar el título de especialistas en "Procesos Sociales de la Familia", solicitamos a usted, respetuosamente la aprobación del presente trabajo.

Atentamente,

MARGARITA CABARCAS

YANETH DELGADO

GLORIA JARABA

PILAR MORAD DE MARTINEZ

AMALFI PADILLA DE REDONDO

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	
CENTRO DE INFORMACION Y DOCUMENTACION	
FORMA DE ADQUISICION	
Compra _____	Donación <input checked="" type="checkbox"/> Canje _____ U. de C. _____
Precio \$ _____	Proveedor <i>Fac. Ciencias Sociales y Educ.</i>
No. de Acceso <i>36688</i>	No. de ej. <i>1</i>
Fecha de ingreso: DD <i>08</i> MM <i>03</i> AA <i>95</i>	

Agradecemos a la Universidad de Cartagena y especialmente a la Facultad de Ciencias Sociales y Educación, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar a la Clinica de Maternidad Rafael Calvo, a la Fundación Amigos de Los Niños y a los Centros Hospitalarios de la ciudad de Cartagena, que con sus aportes permitieron la culminación de éste trabajo.

No menos importante fué el aporte de nuestros profesores que nos facilitaron el sustento teórico como base para fundamentarnos en los Procesos de Investigación -Intervención.

A todas las personas, amigas y familiares que de una u otra manera contribuyeron al desarrollo de este trabajo.

Dedicada a la Madres Adolescentes de la ciudad de Cartagena.

**Con el embarazo no se acaba el proyecto de vida, se descubren y
reconstruyen nuevas posibilidades.**

TABLA DE CONTENIDO

	PAGINA
INTRODUCCION	14
0.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA	18
0.2 JUSTIFICACION	24
0.3 OBJETIVOS	27
0.3.1. OBJETIVOS GENERALES	
0.3.1.1. De Conocimiento	
0.3.1.2. De Acción	28
0.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	
0.3.2.1. De Conocimiento	
0.3.2.2. De Acción	
0.4. LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y EL CONTEXTO SOCIO-CULTURAL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA	29
0.4.1. Adolescencia	29
0.4.2. Familia	30
0.4.3. Factores Socio-Culturales	32
0.4.4. La Comunicación entre Padres y Adolescentes	34

	Pág.
0.4.5. Significado y Valor de la Sexualidad en Nuestro Medio	35
0.4.6. Aprendizaje de Roles y Estereotipos	36
0.4.7. Los Adolescentes y las Relaciones Sexuales	38
0.4.8. Consencuencias de Iniciar la Vida Sexual en la Adolescencia	39
0.5. HIPOTESIS	40
0.5.1. Operacionalización de Variables	40
0.6. METODOLOGIA	43
1. LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN LA CIUDAD DE CARTAGENA	48
1.1. Dimensión e Implicaciones	49
2. CONTEXTO INTRA Y EXTRAFAMILIAR DE LA ADOLESCENTE	60
2.1. Dimensiones Psicosociales del Problema de la Adolescente Embarazada	64

	Pág
3. PROPUESTA DE INTERVENCION	
- Mujer Adolescente en Busqueda de Espacios que Dinamicen su Desarrollo	134
3.1. Justificación	134
3.2. Objetivos	139
3.2.1. Objetivos Generales	139
3.2.2. Objetivos Específicos	139
3.3. Fundamentos Teóricos de la Propuesta de Intervención	140
3.3.1. La Cultura y el Sistema Familiar del Adolescente	140
3.4. Metodológica de la Propuesta de Intervención	143
3.4.1. Subsistema Individual	143
3.4.2. Subsistema Grupal	144
3.4.3. Subsistema Familiar	144
3.4.4. Subsistema Conyugal	144
3.4.5. Subsistema Equipo Profesional	144
3.4.6. Subsistema Institucional	145
3.4.7. Red Interinstitucional	146
3.4.7.1. Momentos en la Organización de la Red	146
3.5. Proceso Operativo de Intervención Profesional	147
3.5.1. Areas Temáticas	152
3.6. Recursos	154
3.6.1. Humanos	154

	Pág.
3.6.2. Materiales	154
3.6.3. Institucionales	155
3.7. Cronograma de Actividades	156
3.8. Presupuesto	157
 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	 158
 BIBLIOGRAFIAS	 162
 ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

- TABLA 1 :** Adolescentes atendidas en centros hospitalarios de Cartagena en el año 1993

- TABLA 2 :** Adolescentes embarazadas atendidas en centros hospitalarios, según condición socio-económica, año 1993.

- TABLA 3 :** Edad y tiempo de embarazo de las adolescentes que reciben atención en la Clinica de Maternidad Rafael Calvo, año 1994

- TABLA 4 :** Procedencia de las adolescentes embarazadas que reciben atención en la Clinica de Maternidad Rafael Calvo, año 1994

- TABLA 5 :** Escolaridad de la adolescente embarazada que reciben atención en la Clinica de Maternidad Rafael Calvo, año 1994

- TABLA 6 :** Proyecto de estudios de las adolescentes embarazadas que reciben atención en la Clinica de Maternidad Rafael Calvo, año 1994

- TABLA 7 :** Número de personas que comparten la vivienda de las adolescentes embarazadas que reciben atención en la Clinica de Maternidad Rafael Calvo, año 1994.

TABLA 8 : Número de cuartos y camas en las viviendas de las adolescentes embarazadas que reciben atención en la Clinica de Maternidad Rafael Calvo, año 1994.

TABLA 9 : Edad y actitud frente a la menarquia de las adolescentes que reciben atención en la Clinica de Maternidad Rafael Calvo, año 1994.

TABLA 10: Edad y motivo de la primera relación sexual de las adolescentes embarazadas que reciben atención en la Clinica de Maternidad Rafael Calvo, año 1994

TABLA 11: Número de amores de las adolescentes embarazadas que reciben atención en la Clinica de Maternidad Rafael Calvo, año 1994

TABLA 12: Sentimientos experimentados en su primera relación sexual por las adolescentes embarazadas que reciben atención en la Clinica de Maternidad Rafael Calvo, año 1994

TABLA 13: Sentimientos experimentados en su vida sexual como pareja por las adolescentes embarazadas que reciben atención en la Clinica de Maternidad Rafael Calvo, año 1994

TABLA 14: Estructura familiar de la adolescente embarazada que reciben atención en la Clinica de Maternidad Rafael Calvo, año 1994

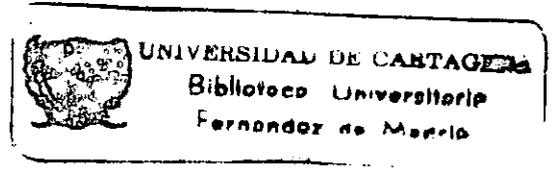


TABLA 15: Proyectos de vida de las adolescentes embarazadas que reciben atención en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo, año 1994

TABLA 16: Formas de resolver los conflictos y sanciones que se ejercen en la familia de las adolescentes embarazadas que reciben atención en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo, año 1994

TABLA 17: Coaliciones y alianzas que se presentan entre las personas que conforman la familia de las adolescentes embarazadas que reciben atención en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo, año 1994

TABLA 18: Tipos de estímulos y forma de expresar afecto de la familia de las adolescentes embarazadas que reciben atención en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo, año 1994

TABLA 19: Tipos de castigos y quienes lo ejercen en la familia de las adolescentes embarazadas que reciben atención en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo, año 1994

TABLA 20: Actitud frente al permiso y demora de los hijos en la familia de las adolescentes embarazadas que reciben atención en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo, año 1994

TABLA 21: Libertad que tienen los hijos para establecer relaciones con el sexo opuesto en la familia de la adolescente embarazadas que reciben atención en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo, año 1994

TABLA 22: Edad establecida para la unión y elección de la pareja de las adolescentes embarazadas que reciben atención en la Clínica Rafael Calvo, año 1994

TABLA 23: Responsabilidad de la educación de los hijos y orientaciones sexuales en la familia de las adolescentes embarazadas que reciben atención en la Clínica Rafael Calvo, año 1994

TABLA 24: Concepción de la formas de unión establecidas por las adolescentes embarazadas que reciben atención en la Clínica Rafael Calvo, año 1994

TABLA 25: Edad y procedencia del cónyuge de las adolescentes embarazadas que reciben atención en la Clínica Rafael Calvo, año 1994

TABLA 26: Escolaridad y ocupación del cónyuge de las adolescentes embarazadas que reciben atención en la Clínica Rafael Calvo, año 1994

TABLA 27: Criterios acerca de la planificación familiar de las adolescentes embarazadas que reciben atención en la Clínica Rafael Calvo, año 1994

TABLA 28: Utilización de métodos anticonceptivos por parte de las adolescentes embarazadas que reciben atención en la Clínica Rafael Calvo, año 1994

TABLA 29: Edad de la primera relación sexual y en la empezaron a tener marido las madres de las adolescentes embarazadas que reciben atención en la Clinica Rafael Calvo, año 1994

TABLA 30: Número de uniones de la madre y existencia de padrastro de las adolescentes embarazadas que reciben atención en la Clinica Rafael Calvo, año 1994

TABLA 31: Edad y escolaridad de los familiares de las adolescentes embarazadas que reciben atención en la Clinica Rafael Calvo, año 1994

INTRODUCCION

La adolescencia como etapa del desarrollo humano dentro de la cual se incorporan las estructuras de los **períodos previos** y cuyas manifestaciones individuales dependen básicamente del medio cultural y familiar.

En esta etapa de la vida, más que en cualquier otra, se presentan diversos factores e impulsos de tipo biológico, psicológico y socio-cultural que interactuando influyen significativamente en la evolución de la sexualidad y el manejo que de ella hagan los jóvenes.

Estudios sociales muestran evidencias de como la población juvenil en nuestro país se ha visto afectada como resultado de cambios sociales, expresado por las carencias, cambios de valores, escasos proyectos individuales, inestabilidad familiar y social lo cual contribuye a la aparición de fenómenos de delincuencia, prostitución, violencia, embarazos indeseados, enfermedades de transmisión sexual. Ello sustenta el desarrollo de procesos investigativos para ahondar en el estudio del problema y el planeamiento de programas para el fortalecimiento de alternativas que lleven a los jóvenes a construir un proyecto de vida propio, humano y digno.

La presente investigación **"Hacia una alternativa metodologica de**

fortalecimiento de la nueva estructura familiar de la adolescente embarazada en la ciudad de Cartagena", es la sistematización de la experiencia teórico-práctica del conocimiento de la dimensión del problema de la adolescente en la ciudad de Cartagena y el desarrollo del proceso de intervención en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo.

En primera instancia se ubicó la dimensión del problema de la adolescente embarazada en la ciudad de Cartagena iniciando con la recolección de información a través de fuentes primarias y obteniendo datos cuantitativos de jóvenes embarazadas de 12 a 18 años que fueron atendidas en las diferentes clínicas y hospitales de Cartagena en el año 1993. Se hizo necesario estratificar la población que recibió el servicio, la agrupación se estableció teniendo en cuenta las condiciones socio-económicas del grupo en mención.

En segunda instancia la Investigación - Intervención se realizó en la Clínica Maternidad Rafael Calvo por ser el Centro hospitalario que atiende mayor demanda de adolescentes embarazadas.

Se trabajo con un grupo de 19 adolescentes embarazadas usuarias de la clínica, las cuales poseen condiciones contextuales o socio-económicas insatisfechas, requiriendo por ello el desarrollo de procesos de percepción del problema y la atención integral que generara mayores posibilidades de vida en la población en mención.

A través de la investigación se conocieron aspectos tales como: estructura familiar, ciclo vital, patrones socio - culturales, socialización, crisis, dinámica familiar (comunicación, normas, reglas, autoridad, afectividad), educación, procedencia, tiempo de gestación, la adolescente y su pareja, factores condicionantes para el embarazo precoz.

Simultáneamente se realizó un proceso educativo a través de la intervención interdisciplinaria lo que permitió ahondar sobre la problemática de la joven embarazada, brindándole una atención integral que fortalezca su relación de pareja o su nueva estructura familiar y el manejo de estas funciones familiares en cada uno de sus roles "madre" "pareja", "mujer", "hija".

La investigación se concluye con una propuesta de fortalecimiento a la nueva estructura familiar de la adolescente embarazada con la cual se pretende implementar estrategias de acción dirigidas a las adolescentes, perfilándose una intervención integral en el trabajo con los jóvenes y su familia, en la cual cada uno de los profesionales aportará su experiencia previniendo el problema, de manera que los esfuerzos que se realicen sean tan relevantes como la soluciones del mismo.

Este esfuerzo recoge los frutos de dos (2) años de estudios de Post-Grado, el cual uno de sus propósitos lo constituye la formaciones profesionales con un alto compromiso social que aportaran al engranaje social, elementos favorecedores al desarrollo familiar de nuestra ciudad.

No es un trabajo acabado pero deseamos resaltar que esta experiencia se constituye en un aporte más y entender el problema como base para el desarrollo de procesos continuos, que lleguen realmente a transformar las condiciones de vida de la adolescente y su familia.

0.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La adolescencia es una de las etapas más críticas del desarrollo humano; los rápidos cambios biológicos y psicosociales que enfrenta, llevan al adolescente a mayor riesgo de problemas difíciles de manejar, cuya resolución determina en gran medida la calidad de vida adulta. A pesar que este grupo etéreo presenta bajo índice de morbilidad, tiene problemas específicos de salud que justifican programar acciones dirigidas a él, orientadas por profesionales que dediquen su atención y sus capacidades al servicio del adolescente exclusivamente. La acción improvisada imposibilita la atención, ya que los problemas de salud que se presentan en la adolescencia determinan muchas de sus características, por lo tanto no pueden ser tratados como cuando los mismos problemas ocurren en personas adultas. Por otro lado el profesional tiene su propia visión de la adolescencia y procede en conformidad con su manera de pensar, siendo indispensable combinar los conocimientos, recursos y clima emocional para atender a la joven.

La adolescencia coincide con la edad media de los padres, la convergencia de ambas crisis hace a la familia vulnerable. Es un período de transición que suele durar siete años aproximadamente, en el cual hijos y padres llegan al final de una etapa, produciendo crisis que son normales y sirven para el crecimiento de la familia.

Es pues claro cómo la adolescencia afecta el ciclo vital y el estilo de vida de la familia más que ninguna otra edad, desestabilizando el sistema

y obligando a hacer ajustes para mantener las relaciones y la salud mental.

Así pues, si la llegada a la etapa adolescente sorprende a la familia y al mismo joven con problemas sin resolver como, relaciones parentales poco claras, desorganización familiar y relaciones interpersonales defectuosas, este período será caótico, sustituyendo el apoyo y orientación al adolescente por el conflicto no resuelto.

El incumplimiento de las funciones del sistema familiar frente a la etapa adolescente (debido también a influencias de factores culturales), crea situaciones de tensión variable que llevan al adolescente a encontrar conductas alternativas o adaptativas para solucionarlo, lo cual hace que la joven someta su proyecto de vida a un hombre proveedor de recursos económicos, seguridad y afecto, a quien ofrece en compensación el cariño, la entrega personal, atención cotidiana y el cuidado del hogar. Al cifrar su proyecto de vida en ser la "mujer de un hombre" y más tarde darle un "hijo", construye una identidad personal que se alimenta de una imagen desvalorizadora de sí misma, de un yo que no es propio.

En un momento dado la joven se convierte en adolescente con la llegada de la primera menstruación; a partir de este momento se espera que viva en el mundo, rodeada de fuertes y rígidos códigos y normas, con lo cual

se rompen los canales de comunicación entre padre e hijos, buscando confidentes entre familiares o amigos con edades similares y tan desorientados como ellos.

La mujer es programada desde su primera infancia para la maternidad, por su familia y por el pensamiento colectivo de su cultura; asociándose su sexualidad fundamentalmente a la maternidad; no es sólo algo que ella hace, es algo que ella es.

Dentro de esta realidad, la feminidad y la maternidad se convierten en sinónimos en el sentido común. Esto se refiere a la maternidad no sólo como hecho biológico, sino también como estereotipo que se le asigna a la mujer.

El embarazo precoz es justamente consecuencia de un mecanismo reestablecedor de un supuesto equilibrio, convirtiéndose la solución en un problema más grande y complejo.

El embarazo precoz se debe a varios acontecimientos simultáneos : conflictos familiares bien sea por el abandono de uno de los padres o de sus funciones, por deficiente relación con madrastra o padrastro, crianza de la abuela por acoso sexual, también hay circunstancias adversar de la infancia como la sobrecarga de funciones domésticas o

con el exceso de responsabilidades laborales, se suma a esta situación los problemas derivados de las restricciones en la educación sexual, el desconocimiento de su cuerpo, las prohibiciones en el trato con varones que producen en las jóvenes sentimientos encontrados de idealización y temor; la sexualidad se vive como un misterio que a un mismo tiempo estimula el deseo.

Ahora bien, la adolescencia no es un problema en sí mismo, se vuelve problema cuando los jóvenes entran a hacer parte de una contracultura que enfrenan contestatariamente con sus mayores, quienes pierden el manejo de las riendas que les permiten apoyarlas, controlarlas y entenderlas en su concepción sobre la vida.

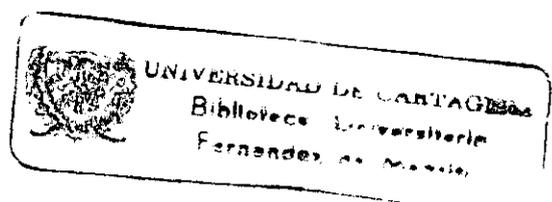
La imposibilidad de cumplir eficazmente la función formativa que posibilite el desarrollo integral de las jóvenes, conduciría a conductas desadaptativas con mayor riesgo de enfermedades, consumo de drogas, delincuencia, deserción escolar, embarazo y psicopatologías.

Los adolescentes sufren cambios en la conformación físico-química y en la relación con los grupos asociados, en la búsqueda de un proceso funcional de crecimiento e identidad como adulto. Estos cambios comprometen al sistema familiar que ha de transformar sus relaciones para posibilitar el crecimiento y egreso del joven, con independencia.

Para vivir satisfactoriamente esta etapa el adolescente debe cumplir con ciertas tareas de desarrollo: conocerse a sí mismo, adoptar un rol sexual, lograr autonomía frente a la familia, definirse vocacionalmente y establecer relaciones interpersonales autónomas para consolidar su identidad. Los elementos del sistema social que hacen posible estas tareas, son el mismo joven y su personalidad, el equipamiento biológico, la familia (apoyo, orientación y recursos), las instituciones y las oportunidades del medio.

Para el año 2000 se prevee que en Colombia habrá ocho millones de adolescentes; el 51% entre 15 y 19 años y el 49% entre 10 y 14 años. Este inminente y cercano hecho nos hace ver que el adolescente será uno de los retos más delicados para el planteamiento de estrategias en Colombia y América Latina.

En Cartagena sólo en la Clínica Rafael Calvo de los 12.350 partos atendidos en el año 1992, el 21.78% corresponde a adolescentes y de los abortos atendidos en ese mismo año 1.813, el 16.98% corresponden al mismo grupo etáreo. Lo anterior puede observarse en la tabla siguiente, como un referente de lo que sucede en la Clínica que cubre el mayor volumen de atención de jóvenes embarazadas en el departamento de Bolívar.



INDICE DE EMBARAZO Y ABORTO EN LA CLINICA DE
MATERNIDAD RAFAEL CALVO CASTAÑO 1988- 1992

Años	Total Partos	Total Abortos	Total Parto Adolesc.	Total Abortos Adolesc.	Tasa Parto Adolesc.	Tasa de Abortos Adolesc.
1988	10.550	1.516	3.615	257	34.26%	16.95%
1989	11.289	1.576	2.529	284	22.40%	18.02%
1990	11.612	1.574	2.573	229	22.15%	14.54%
1991	12.925	1.650	2.609	273	16.00%	16.54%
1992	12.350	1.813	2.690	308	21.78%	16.98%

0.2. JUSTIFICACION

Millones de colombianos que representan un activo capital humano e inmenso potencial para el progreso social y económico del país, continúan aislados de las oportunidades que estimulan su desarrollo como persona, como miembro de una familia y como ciudadanos pertenecientes a una sociedad.

El gobierno colombiano se ha preocupado por la atención a estos grupos de población calificada como vulnerables, ya que son los más afectados por los impactos de los procesos sociales y urbanos, los cambios en la conformación familiar y los fenómenos de violencia que ha acumulado el país en los últimos tiempos.

La mujer, la juventud y la familia se constituyen en el grupo poblacional donde se desea construir un modelo de desarrollo social, siendo necesario investigar la problemática de la mujer adolescente y sus relaciones con el contexto familiar y social que permitan la búsqueda de mecanismos y programas integrales que brinden reales oportunidades de desarrollo humano.

El embarazo en adolescentes es un problema social porque aumenta la morbilidad, la desnutrición, la deserción escolar, el desempleo, altera la estructura y funcionalidad de la familia y puede aumentar el índice de prostitución y de enfermedades de transmisión sexual. Contribuye a

agravar o a sobrecargar la etapa de la adolescencia de por sí conflictiva, causando en la familia, como en la joven, sentimientos de frustración al tener que enfrentar situaciones problemáticas para lo que no están preparadas. En la joven se despierta la sexualidad, pero no todas desean estar embarazadas.

El tener un hijo no deseado puede convertirse en tragedia, la privación afectiva, alimentaria, el maltrato físico, los conflictos mentales, las madres solteras y los matrimonios precipitados entre adolescentes, crean un ambiente propicio para la delincuencia y los problemas de conducta.

Esta problemática se puede observar por el alto índice de embarazos en adolescentes que se atienden en el sistema de salud local. El 3% de las mujeres menores de 15 años son madres. 1/

Esta situación motivó a desarrollar un proceso de investigación-intervención con la adolescente embarazada y su familia, analizando las relaciones de la joven y su contexto, lo que facilitó implementar estrategias de acción profesional en la ciudad de Cartagena.

1/ ICBF. Marco de política del sistema nacional de bienestar familiar 1991 - 1994

En la implementación de estos mecanismos se canalizaron recursos humanos y económicos en programas curativos, asistenciales y de rehabilitación, contribuyendo a la prevención e implementación de estilos de vida saludables, mediante la práctica del autocuidado, no limitando las relaciones genitales sino la práctica responsable de ellas.

0.3. OBJETIVOS

0.3.1. Objetivos Generales

0.3.1.1. De Conocimiento

Establecer la dimensión del problema y la incidencia de embarazos en las adolescentes en la ciudad de Cartagena y factores de riesgo asociados al embarazo precoz.

3.2.1. De Acción

Diseñar y desarrollar una propuesta metodológica de fortalecimiento a la nueva estructura familiar de la adolescente embarazada, involucrando los factores socioculturales y familiares que influyen en ello.

0.3.2. Objetivos Específicos

0.3.2.1. De Conocimiento

- Conocer las condiciones biopsicosociales de la adolescente embarazada.

- Identificar crisis generadas como consecuencia del embarazo en la adolescente y su familia.
- Caracterizar la estructura de la familia de las adolescentes a partir de la organización de los subsistemas conyugal y parento filial.
- Conocer la relación pre-existente entre la adolescente y su pareja, a fin de facilitar la creación de una estructura vincular que los habilite para asumir la responsabilidad familiar.

0.3.2.2. De Acción

- Implementar un programa preventivo, de atención, integral, dirigido a los adolescentes con el fin de educarles en el manejo responsable de su sexualidad.
- Estimular una red interinstitucional que posibilite acciones coordinadas para brindar atención integral a la adolescente embarazada y su familia de procreación.
- Fortalecer en la joven embarazada la autovaloración, confianza, seguridad y respeto por sí misma, lo que se constituye en un soporte fundamental en sus relaciones parentales y conyugales.

0.4 LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y EL CONTEXTO SOCIO-CULTURAL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

0.4.1. Adolescencia

Adolescencia significa crecer, desarrollarse hacia la madurez. Es una etapa de la vida en la que ocurren cambios físicos y de comportamiento.

Físicamente, el crecimiento se acelera en los niños la voz se engruesa, aparece vello en la cara, las axilas y los genitales, aumenta el tamaño del pene y de los testículos, se presentan las primeras eyaculaciones durante el sueño. En las niñas se desarrollan los senos, se redondean las caderas, crece vello en el pubis y las axilas, llega la primera menstruación. 2/

Lewin plantea que la adolescencia es un período de transición en el que el joven cambia de grupo de pertenencia. Implica reaprender distintas formas de conducirse, ya que se le dificulta su ubicación social y el ejercicio de sus obligaciones sociales. 3/

Este período de transición lleva al joven a modificar sus roles y conductas, convirtiéndose en una etapa llena de riquezas y logros, pero también en un período donde se manifiestan conductas riesgosas, entre ellos el embarazo precoz.

2/ Material de apoyo para la Educación Sexual en la vida familiar. Pág. 90 - 91 - 92.

3/ MONROY DE VELASCO, Anameli. Pubertad, adolescencia y cultura.

Se caracteriza por su altruismo y solicitud; es la edad de grandes ideas y anhelos de heroísmo. Su sensibilidad e introversión hace que se replieguen sobre sí mismos. Se inicia el despertar de su psicosexualidad mediante sentimientos, pensamientos, fantasías y emociones que se refieren a la vida sexual.

0.4.2. Familia

La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo se ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar que, a su vez, rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca.

La familia no es una entidad estática. Está en proceso de cambio continuo, lo mismo que sus contextos sociales.

Las relaciones interfamiliares están condicionadas por los valores, normas y pautas de comportamiento de la sociedad en que se halla inmersa, a través de un equilibrio dialéctico.

En nuestra cultura los jóvenes tejen una relación difícil y ambivalente con su cuerpo y los procesos que le son propios.

Existe un conjunto de mitos que se interponen entre los jóvenes adolescentes y sus cuerpos, que contribuyen a hacerla más confusa y distante.

En el contexto familiar es fácil ver como el hombre se le permite tener relaciones genitales, siendo muchas veces el padre o los adultos de la familia las que animan al joven a ir a prostíbulos para "volverse hombre". A la mujer, en cambio, se le ha limitado el derecho a decidir sobre su propia genitalidad, imponiéndole la virginidad como símbolo de dignidad.

La relación con otros y otras está atrevesada por los miedos y temores aprendidos y sobre heredado de sus ancestros sobre el cuerpo.

La subvaloración de lo corpóreo se contrapone con la magnificación de lo espiritual.

Por otra parte la adolescencia es el período de vida durante el cual la capacidad de adquirir y utilizar el conocimiento llega a su máxima eficacia. El adolescente toma su pensamiento como objeto de reflexión, razona sobre sí mismo, considera ciertas alternativas de solución a su problema, toma conciencia de su individualidad, enfoca sus inquietudes hacia sí mismo, analiza y comprende el entorno que lo rodea, factores que posibilitan la construcción funcional de la vida adulta.

Havighurst menciona que la mayoría de los adolescentes pasan por una serie de experiencias evolutivas entre las cuales se destacan :

1. Aceptación de su propia estructura física y del papel masculino o femenino, que le corresponda socialmente.

2. Establecimiento de nuevas relaciones con personas de su edad y de ambos sexos.
3. La búsqueda de independencia emocional tanto de padres como de otros adultos.
4. La adquisición de mayor seguridad e independencia económica.
5. La elección de ocupaciones
6. El desarrollo de aptitudes y conceptos intelectuales necesarios para las actividades cívicas.
7. El deseo y la obtención de conductas socialmente responsables.
8. La preparación para una vida familiar
9. La elaboración de una escala de valores acordes con una imagen científica del mundo.

0.4.3. Factores Socio-Culturales

El contexto socio-cultural ha marcado la vulnerabilidad femenina frente

a géneros (sobreevaluación de lo masculino y depreciación de lo femenino) y al sustento simbólico de los mismo, más que a su condición biológica.

En las últimas décadas se han generado profundas transformaciones en la vida social y el protagonismo femenino, pero se forjan modelos de relación donde las mujeres deben renunciar a la satisfacción de sus necesidades, a sus sueños personales. Este modelo es más grave por su efecto de la ideología patriarcal, transforma la subalternidad femenina en virtud y a las mujeres audaces, dueñas de su genitalidad y su deseo en seres peligrosos y potencialmente destructores.

La cultura construye su función y forma de relacionarse con otros. las mujeres son antes que personas, madres, esposas, domésticas y amantes.

Ellas se agotan a sí mismas para agradar a los demás. 5/

La inferioridad femenina como concepto social es transmitida por las familias a través de sus patrones de crianza, dándose un trato diferencial entre el hombre y la mujer, aprendiendo la segunda que sus

5/ LONDONO, Argelia. SIDA Mujeres, Noviembre, 1982

expresiones de sumisión, ternura y pasividad, serán bien vistas por su comunidad y en particular por su grupo familiar; esta identidad de género femenino explica la sobreprotección de los padres hacia sus hijas limitándoles su espacio social al área del hogar. Estas actitudes a su vez reforzadas o explicadas por los valores de los padres protectores, vigiladores y por lo tanto castigadores, y la hija obediente, sumisa y pasiva llevan a comportamientos de género extremos, ya que el hombre goza de una gran libertad y la mujer de una total limitación, patrones estos productores de tensión, ya que la adolescente necesita de un espacio social más amplio por su característica evolutiva pero que su medio lo dificulta para conservarlas sanas y no autónomas.

0.4.4. La Comunicación entre Padres y Adolescentes

En muchas circunstancias la comunicación está determinada por los sentimientos de uno o de ambos interlocutores, dados por el concepto previo que se tiene sobre el joven o de las reacciones que se esperan ante un código verbal o no verbal. Se espera que el adolescente se muestre enojado, inquieto o intranquilo ante una frase de autoridad del padre.

El adolescente vive intensamente las reacciones que le produce el cambio comunicacional. Resulta confuso para la familia oír las respuestas del adolescente y luego discutir las verdaderas. Es algo así

La sexualidad posee una base biológica universal que es el sexo; éste es el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que, en la especie humana, diferencian al hombre y a la mujer que se complementan para el placer y la reproducción.

Los aspectos psicológicos de la sexualidad están relacionados con lo que cada persona piensa, siente y expresa de acuerdo a lo internalizado, por ello decimos que la sexualidad es única en cada persona. Esto es lo que llamamos identidad sexual y comprende la identidad de género, el rol de género y la orientación sexual.

Identidad de género se refiere a que esté consciente de pertenecer a un sexo determinado, es decir, sentir y pensar como hombre o como mujer. Rol de género se refiere al comportamiento del individuo ante la sociedad con respecto a su sexo.

Los factores sociales implícitos en la cultura en que vivimos establece las normas, valores, creencias y actividades para cada sexo. Esto es transmitido de generación en generación y varía de una cultura a otra.

0.4.6. Aprendizaje de Roles y Estereotipos

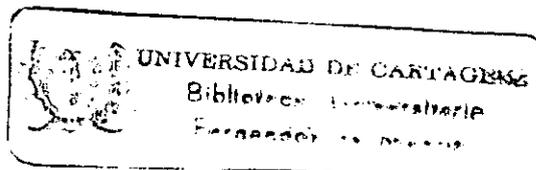
El rol puede definirse como la función que cumple un individuo en determinado grupo, el ser humano aprende a comportarse como varón o

como si el muchacho fuese indiferente y poco reaccionara a la sinfonía comunicacional, cuando lo está viviendo y sintiendo exageradamente hasta el punto que en ocasiones introyecta todas las interacciones comunicacionales de la familia, absorbiendo y leyendo todo lo que el sistema le proyecta.

En su esfuerzo por adquirir independencia, autonomía y control de sí mismo, elige algunos modelos o códigos comunicacionales que le refuerzan este empeño. Puede parecer autosuficiente, burlón o duro en cuando se está refiriendo a los mayores, sobre todo a los que representan una figura fuerte de competencia en la adquisición de su nuevo rol.

0.4.5. Significado y Valor de la Sexualidad en nuestro Medio

Intentar definir la sexualidad implica necesariamente analizar al ser humano en su totalidad. La sexualidad no es un aspecto parcelado, su expresión está condicionada por factores biológicos, psicológicos, sociales, religiosos, políticos y económicos que intervienen en su aprendizaje. La sexualidad es por lo tanto el conjunto de manifestaciones o conductas por medio de los cuales las personas se expresan como hombre y mujer. Se estructura a partir del aprendizaje de sí mismo y con el entorno.



La sexualidad posee una base biológica universal que es el sexo; éste es el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que, en la especie humana, diferencian al hombre y a la mujer que se complementan para el placer y la reproducción.

Los aspectos psicológicos de la sexualidad están relacionados con lo que cada persona piensa, siente y expresa de acuerdo a lo internalizado, por ello decimos que la sexualidad es única en cada persona. Esto es lo que llamamos identidad sexual y comprende la identidad de género, el rol de género y la orientación sexual.

Identidad de género se refiere a que esté consciente de pertenecer a un sexo determinado, es decir, sentir y pensar como hombre o como mujer. Rol de género se refiere al comportamiento del individuo ante la sociedad con respecto a su sexo.

Los factores sociales implícitos en la cultura en que vivimos establece las normas, valores, creencias y actividades para cada sexo. Esto es transmitido de generación en generación y varía de una cultura a otra.

0.4.6. Aprendizaje de Roles y Estereotipos

El rol puede definirse como la función que cumple un individuo en determinado grupo, el ser humano aprende a comportarse como varón o

como hembra, según el patrón cultural. Cada una de nuestras expresiones como mujeres o como hombres están enmarcada dentro de nuestra sexualidad, de cómo aprendimos a ser hombre y mujer, de cómo debe comportarse cada sexo, de lo que se espera de ello en la familia, la escuela y en la sociedad.

Desde muy temprana edad se asignan las tareas del varón y las tareas de la hembra así como los juegos, la manera de comportarse y de vestirse, las actividades fuertes y de la calle le corresponden al varón, subir árboles, y las niñas se les estimula para que tengan las cosas bonitas y en orden, aprendan de su mamá todo lo relativo al hogar y a que sean dulces, tiernas, cariñosas y comprensivas, desde la infancia se les prepara para la maternidad.

El varón, por el contrario, se le estimula par que sea fuerte, no exprese sus sentimientos, sea el protector de la mujer y el proveedor en el hogar y a controlar sus emociones.

Muchas mujeres en la actualidad han logrado ingresar al mercado de trabajo y ocupar posiciones importantes. Sin embargo, su situación en el hogar sigue siendo de desventaja, ya que los quehaceres y la mayor parte de las responsabilidades son asumidas por la mujer tanto en lo relativo a las tareas domésticas como a la educación y orientación de sus hijos, la mujer se encuentra sobrecargada de trabajo.

0.4.7. (Los Adolescentes) y las Relaciones Sexuales.

Por qué ocurren las relaciones sexuales entre adolescentes? Por diversas razones, y al contrario de lo que mucha gente cree no son los de tipo sexual las más poderosas. Numerosas investigaciones coinciden en señalar entre las causas más frecuentes: la curiosidad. Se quiere saber cómo es, cómo se siente. Por accidente sin estar planeado, el juego sexual puede conducir a una relación completa. Por presiones de grupo, tanto de hombres como de mujeres, pueden verse precisados a tener relaciones sexuales para no sentirse excluidos de su grupo de pares, por presión de los padres. En nuestra cultura el varón recibe muchas presiones de sus padres, en especial del papá quien se angustia si su hijo no da muestra de haberse iniciado sexualmente y lo compromete a demostrar cuán hombre es.

Por necesidad de reconfirmación de sí mismo, en la búsqueda de su propia identidad necesita probarse y despejar dudas en cuanto a su capacidad de responder y provocar sexualmente. Por necesidad de afecto, la idea de que sexo y afecto siempre van juntos provoca en el adolescente la ilusión de obtener afecto a través del ejercicio de la sexualidad, como la agresión a los padres puede ser una forma de dañar y castigarlos. Como medio de agresión a sí mismo, muchos jóvenes, en forma inconsciente realizan actos que son lesivos para ellos. Así el ejercicio de la sexualidad puede expresar una manera de dañarse a sí mismo por decisión

propia, ésta, debería ser la razón, sin embargo, se presume que es la menos frecuente.

0.4.8. Consecuencias de Iniciar la Vida Sexual en la Adolescencia

El ejercicio de la sexualidad en la adolescencia conlleva a la joven a determinados riesgos que afectan su corporalidad, psiquis y sociabilidad, tales como enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA.

El embarazo en adolescentes es una crisis que se agrega a los problemas propios de esta etapa y es una situación que se presenta en todos los grupos sociales. Su características causas y consecuencias difieren de un grupo social a otro. En los estratos socioculturales más altos por lo general el embarazo en la adolescente se presenta en el contexto intrafamiliar. En los estratos socioeconómicos bajos el embarazo para la adolescente tiene además serias implicaciones sociales, económicas y culturales tanto para ella, su hijo, su familia y la sociedad.

El embarazo de la adolescente le significa asumir un nuevo rol, algunas veces implica dejar los estudios lo que limita el acceso a la capacitación impidiéndole ingresarse en forma competitiva al mercado laboral; se afecta su proyecto de vida al igual que sus relaciones sociales pues

0.5 HIPOTESIS

El embarazo precoz en las adolescentes en nuestro medio está determinado por factores biológicos, psicológicos, socio-culturales y familiares.

0.5.1 Operacionalización de Variables

- Adolescentes (Características)

Biológicos:

- Edad
- Salud reproductiva
- Menarca
- Embarazo
- Aborto

Psicológicos :

- Identidad
- Autoestima
- Responsabilidad
- Toma de decisiones
- Proyecto de vida

Socio-culturales:

- Rol de género
- Valoración de los sexos
- Escuela formal - no formal
- Mecanismos de prestigio social : Virginidad. Relación prematrimonial.
Matrimonio. Rol de madre.
- Medios masivos de comunicación
- Grupos de iguales
- Mitos y creencias
- Red de apoyo institucional
- Grupos de iguales

Familiares:

- Manejo de la sexualidad
- Comunicación intrafamiliar
- Padres como proveedor de recursos
- Afecto
- Red de apoyo a la familia
- Autoridad
- Poder

Relaciones de la Adolescente con su Contexto

Familiares		Comunicación
de Origen	Conyugal	Poder
	Parental	Afecto
	Filial	Integración
		Autoridad
		Padres como proveedor
		de recursos

Sociales	Grupo de iguales
	Escuela: formal - no formal
	Red de apoyo institucional
	Recreativo - uso del tiempo
	Grupos asociativos - Económico laborales

Familia		Comunicación
Conyugal	Parejas	Interacción
		Roles de género
		Manejo de la sexualidad
	Parental	Autocuidado
		Crianza
		Socialización
		Satisfacción de Necesidades
		Básicas

0.6. METODOLOGIA

Se presenta a continuación el proceso desarrollado en la Investigación - Intervención "Hacia una Alternativa Metodológica de Fortalecimiento a la Nueva Estructura Familiar de la Adolescente Embarazada en la ciudad de Cartagena". Para esto se tuvo en cuenta el enfoque teórico de resolución de problemas porque la influencia de la estructura socio-familiar de la adolescente puede incidir en el embarazo precoz, convirtiéndolo en un hecho real mensurable y en un marco de acción que involucra las instituciones, las relaciones sociales, políticas, económicas y los valores normativos.

Con este trabajo se pretende plantear nuevas alternativas metodológicas de fortalecimiento a la nueva estructura familiar, requiriéndose como primera instancia, aproximarnos a la dimensión e implicaciones del problema de la adolescente embarazada en la ciudad de Cartagena, haciendo uso de historias médicas de los centros clínicos y hospitalarios que atendieron pacientes adolescentes de 12 a 18 años en estado de gestación en 1993. En esta parte del proceso se utilizó información secundaria y datos recogidos antes que los investigadores plantearan sus hipótesis, no entrando en contacto directo con el objeto de estudio. Se analizó las diferentes condiciones socio-económicas de los usuarios que utilizaron los servicios y las instituciones que las atendieron haciéndose necesario la estratificación de los centros hospitalarios en tres grupos de población.

Los estratos con los que se trabajó fueron los siguientes :

Estrato No. 1

Clinica Maternidad Bocagrande, Hospital de Bocagrande, Clinica La Candelaria.

Estrato No. 2

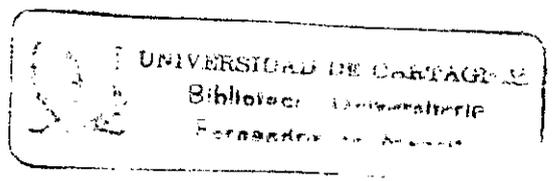
Clinica Henrique De La Vega ISS, Clinica Blas de Lezo, Clinica De La Mujer, Clinica Vargas.

Estrato No. 3

Clinica Maternidad Rafael Calvo.

El universo estudiado arrojó la dimensión e implicaciones del problema de la joven embarazada en la ciudad de Cartagena.

Esté trabajó permitió conocer los altos índices de embarazo del grupo poblacional atendidas en la Clinica Maternidad Rafael Calvo, haciéndose necesario la profundización en las condiciones socio-culturales y familiares que aumentan las posibilidades de aparición del fenómeno.



Esta segunda instancia de la investigación requirió desarrollar los siguientes pasos :

- Seleccionar un grupo de 19 adolescentes embarazadas usuarias de la Clínica Maternidad Rafael Calvo, donde se conoció: Condiciones individuales, estructura familiar, formas de comunicación, autoridad, normas, reglas, ciclo vital, socialización, condiciones sociales, proyectos de vida, patrones socio-culturales, relaciones parentales, conyugales y motivación frente al embarazo.
- Entrevistas Estructuradas, Individuales y Familiares (Ver Anexo Nos. 1, 2 y 3).

Observación : No estructurada lo que permitió conocer las vivencias del sistema familiar y conyugal de la adolescente en sus relaciones cotidianas.

- Proceso de Grupo : Se trabajó a través de un taller de 24 horas en un lapso de 2 meses donde se partió de las necesidades y expectativas de los miembros en el desarrollo del trabajo educativo en doble vía, por una parte dirigida a :

- a) El grupo de Jóvenes
- b) La Familia

- c) Cónyuge
- d) Subsistema Institucional
- e) Equipo Profesional que Desarrolló el Trabajo
- f) Red Interinstitucional

En el interflujo Investigación-Intervención se permitió ahondar en el conocimiento, de las variables contribuyentes en el problema y generar respuestas profesionales e institucionales para la atención integral del mismo.

El proceso de intervención se propició a través de un trabajo educativo con :

- Enfoque bio-psicosocial que integre el contexto familiar en el proceso de atención en salud partiendo de la premisa básica que consideran al sistema familiar como el ambiente social más íntimo y por lo tanto más importante para la atención y resolución de enfermedades.

Fortaleciendo el trabajo en grupo facilitó :

- Inventariar recursos profesionales en la búsqueda de mayores beneficios en la formación de la joven y su familia.

- Inventariando recursos institucionales a través de los cuales se posibilitó la atención integral de la adolescente embarazada facilitando la conformación de una red de apoyo para el logro de objetivos planteados.

- Atendiendo en forma integral a las usuarias ya que son personas con necesidades básicas insatisfechas y por los altos riesgos de embarazo.

Este esfuerzo como proceso de Investigación - Intervención se convirtió en posibilidad que disciplinas, profesiones, objetivos institucionales interactuen armónicamente, estableciéndose puntos de encuentro para atender el problema y buscar soluciones, facilitando canales de comunicación conscientes, eficaces y así entrelazar conceptos, métodos y estrategias para el logro de metas comunes. x

1. LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN LA CIUDAD DE CARTAGENA

1. LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN LA CIUDAD DE CARTAGENA

1.1 Dimensión e Implicaciones

Todas las sociedades establecen sus normas y patrones de conducta que son internalizados por los individuos al interior de su familia inicialmente, donde viven su proceso de conformación como personas interactivas. Este proceso de conformación del individuo que vive dentro del contexto familiar, está determinado por las normas de una sociedad, en la cual funciona la familia, optando por una conformidad una armonía social, según las características de su estructura familiar, ya que es ésta la que proporciona los insumos psicosociales necesarios para que se dé o no las exigencias que la persona considera más o menos esenciales para ella, según el momento de su ciclo vital individual y/o familiar por la que atraviesa.

Vista la familia como un sistema abierto, tiene dos fuentes de cambio entre los que están situados todos los miembros de una sociedad. Una interna que son las demandas de sus miembros ligados al proceso de desarrollo en que se encuentren y una exterior que son las demandas sociales. El equilibrio de estas dos fuentes dependerán de como responde la familia ante las demandas de sus miembros, según los parámetros culturales que determinan su estructura.

La década del 70 en Colombia que fructifica en los 80, ofrece en las capas sociales un polimorfismo de familia que se cristaliza en variadas tipologías donde proliferan, nupcialidad reincidente y madre solterismo, familia superpuesta, uniones de hechos, entre otros, lo que permite señalar que sea cual fuere la tipología de la familia la alta inestabilidad reinante en ellas presiona u oprime, produciendo estados de desequilibrio y cambio que se ve reflejado en el incumplimiento de funciones parentales tanto psicosociales como afectivas, lo que dificulta el desempeño de tareas esenciales y, por ende, el crecimiento de sus miembros.

Los estudios realizados en de dos últimas décadas por importantes investigadores como la doctora Virgina Gutiérrez, Ligia Echeverri, Hernán Henao, Lucero Zamudio entre otros, permiten analizar la correlación de las transformaciones sociales, económicas y políticas han perturbado al sistema familiar. Estos modelos nuevos de familia hacen crisis en las generaciones de adolescentes que se levantan y envuelven prioritariamente los estratos medio y bajos, comprometiéndolos en comportamientos no ajustados al ayer familiar.

En los sectores tanto superiores como populares han hecho incursión la madre soltera adolescente que en su etapa de gestación puede representar la familia mínima. Esto conlleva a la proliferación de diadas incompletas, configuradas por la madre y su grupo familiar que

generalmente provienen de una familia rota con estructura legal o de hecho.

En la región éstas transformaciones también modifican la estructura y composición de la familia girando fundamentalmente en la vinculación de la mujer al espacio productivo, educativo y social, la jefatura económica femenina que deprime las condiciones económico-culturales de la familia, las migraciones del campo a la ciudad, la reorganización familiar como una opción jurídica y social, la tendencia al consumismo que choca fundamentalmente con el nivel de frustración de sus miembros al no estar nunca en capacidad de satisfacer las necesidades individuales, familiares y sociales, esto sumado a las deficiencias de acceso a los servicios, altos índices de violencia intrafamiliar y social, lleva a la familia a recomponerse en familias superpuestas, diadas, familias extendidas incompletas y no preparadas para la satisfacción de sus necesidades biopsicosociales tales como la alimentación, vestido, vivienda, educación, valores, principios, afecto, socialización que estimula una difícil interacción entre sus miembros, obstaculizando el normal desarrollo, presentándose situaciones conflictivas como el embarazo en adolescentes, que no son más que el sistema de estas carencias.

Preocupados por la incidencia del problema y sus consecuencias para la población materno-infantil especialmente, este trabajo gira en torno a la necesidad de conocer la dimensión del problema en la ciudad de

Cartagena, ya que cifras nacionales expresan la importancia de profundizar el problema y así poder incrementar el repertorio de respuestas en el desarrollo y cambio de la situación.

Tomando los datos del Censo Nacional de Población de 1993, específicamente al municipio de Cartagena encontramos los siguientes resultados:

La población total del municipio de Cartagena es de 585.618 habitantes, diviendola en hombres 275.482 y mujeres 310.136 para una distribución porcentual de 47.041% de hombre y mujeres con 52.959%.

En la cabecera municipal (ciudad de Cartagena de Indias) el total de la población es de 576.308 habitantes lo que nos daría una población femenina de 305.206 mujeres.

La distribución por edades nos muestra que en el rango de estudio se encuentra el 17% de la población (edad entre 12 y 18 años) que presentaría una población de 51.885 adolescentes femeninas.

Al consultar los registros de los centros de atención hospitalaria en la ciudad, se establece que 1.295 adolescentes recibieron atención en éstos centros, en edades comprendidas entre 12 y 18 años cumplidos. Lo que indica que el 2.49% de los jóvenes de la ciudad asisten a los centros cuando se encuentran embarazadas.

Esta población de adolescentes embarazadas, que representan el 2.49% del total de la población adolescente femenina, son las que utilizan los servicios hospitalarios de la ciudad. Quedaría por ahondar aquellos embarazos que no llegan a término y de jóvenes que son atendidas por familiares y comadronas en sus casas.

Independiente de los datos faltantes el 2.49% de la población ya es un número importante de ellas que requiere atención y demuestra la falta de educación sexual en la juventud.

TABLA 1: ADOLESCENTES ATENDIDOS EN CENTROS HOSPITALARIOS DE CARTAGENA DE INDIAS EN EL AÑO DE 1993

E D A D	ESTRATO 1			ESTRATO 2				ESTRATO 3		TOTAL	% MUESTRA
	A	B	C	D	E	F	G	H			
12	-	-	-	13	-	-	-	-	2	15	1,16
13	1	-	-	9	-	3	-	-	1	14	1,08
14	-	-	-	10	-	-	2	-	35	47	3,63
15	1	-	-	17	2	1	4	96	-	121	9,34
16	2	1	-	0	5	10	5	189	-	212	16,37
17	6	2	1	15	11	33	14	310	-	392	36,27
18	6	5	-	27	14	63	12	367	-	494	38,15
SUBTOTAL	16	8	1	91	32	110	37	1000	-	1,295	100

FUENTE: Datos obtenidos de registros de ocho centros hospitalarios en el año de 1993.

Si bien es cierto que la sexualidad es una de las manifestaciones de la cultura de toda grupo social, que le permite a sus miembros comunicarse e identificarse como hombres o como mujeres, es en la adolescencia donde estos procesos que conducen a la autonomía y diferenciación se consolidan.

El rol de género femenino en contraposición al masculino está orientado a la función de reproducción de la fuerza de trabajo, ser ama de casa y madre, no mujer reprimiendo cualquier comportamiento que contenga, denote incite a la sexualidad, conductas represivas aumentan la posibilidad que se presente el fenómeno.

El desarrollo de la autonomía de la mujer está centrado en el desempeño del hogar y en la crianza de los hijos factor de importancia; significativo. al analizar que el 9.34% de las adolescentes embarazadas de 15 años se eleva hasta el 38.15% en jóvenes de 18 años presentándose un aumento significativo de la incidencia de embarazos en la población objeto de estudio.

Es alarmante y de gran preocupación las condiciones de niñas gestantes en la edad de 12 y 13 años en los estratos 1 y 2 con una incidencia del 2.24%, que representa una población de alto riesgo biopsicosocial aumentando la morbimortalidad y aquellas que sobreviven una alternativa de vida precaria, deprimida y sin posibilidad de

constituir una relación parental-filial funcional, por la sustitución de la abuela en el ejercicio de la función materna, porque mental y económicamente la adolescente no puede hacerle frente a su nuevo estado.

Al iniciar la vida sexual activa a temprana edad conlleva al establecimiento de uniones sucesivas, de muy corto tiempo, incrementando la inestabilidad de la familia.

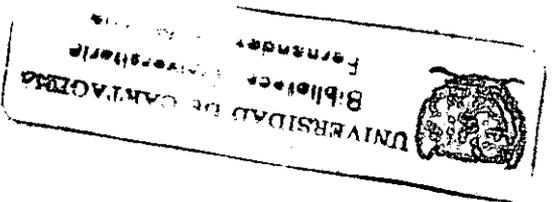
Las jóvenes tienen un concepto ambiguo sobre la sexualidad. Por un lado al inicio de la menarquia se educa con conceptos represivos, para evitar el inicio temprano de estas.

El sexo es reservado para la procreación y el ámbito de uniones legales o de hecho, como lo observamos en el porcentaje de 1295 jóvenes que se embarazan como única alternativa, vemos como es sublimado y a la vez degradado, lo que genera en la joven por una parte aparentes posibilidades de vida, pero lo que realmente ocurre es cercenar las pocas alternativas que le ofrece el contexto.

TABLA 2: ADOLESCENTES EMBARRAZADAS ATENDIDAS
 EN CENTROS HOSPITALARIOS SEGUN
 CONDICION SOCIO-ECONOMICA

Estrato Socioeconómico	Centro Hospitalario	Casos Registrados	Total Estrato	% de acuerdo al Estrato
1	A	16	25	1.93
	B	8		
	C	1		
	D	91		
2	E	32	270	20.84
	F	110		
	G	37		
	H	1000		
TOTAL		1295	1295	100

Fuente: Registros de Centros Hospitalarios de Cartagena 1993



Es significativo señalar como existen condiciones contextuales que agravan la aparición del problema, muestra de esto está expresada en los resultados obtenidos cuando se analiza el índice de embarazos atendidos y su correlación con el estrato a que pertenecen.

Señalamos la estratificación como la condición económica y social de la joven que le permite apropiarse de recursos para salir adelante.

En el Estrato 1, 25 adolescentes solicitaron servicios en los centros asistenciales lo que corresponde a un 1.93% de la población total. En el Estrato 2 se muestra 270 adolescentes correspondiente al 20.84% y en el Estrato 3, 1.000 adolescentes embarazadas que corresponde a un 77.23% de la población objeto de estudio.

Tomando como referente los datos anteriores observamos la progresión existente en la medida que decrece las condiciones socio-económicas de la población.

En el Estrato 1 y 2 los medio de planificación familiar permiten evitar embarazos a temprana edad, cuando este se presente, las jóvenes también asumen la decisión de terminarlo a través de abortos.

En el Estrato 3 los índices se elevan en proporciones preocupantes. Mostrando, que los factores socio-económicos tales como aumento en

61

costo de vida, obligaciones económicas uniparentales, necesidades básicas insatisfechas, posibilita que esta franja de población que está viviendo sus etapas de crianza y socialización a través de otras instituciones como las educativas, la familia extensa, personas ajenas al sistema familiar y por último el subsistema fraterno.

En este estrato aumenta además la proporción de familias uniparentales como padres sustitutos o con sistemas fraternos bicompuestos, o las estructuras familiares en donde los miembros no están preparados para las funciones parentales debido a su poca madurez tanto somática como emocional. En este sentido encontramos a la adolescente al cuidado del hogar donde la madre cabeza de familia le toca trabajar en la calle, la sobrecarga emocional por presiones económicas y la ausencia de estímulos, la impulsa a experiencias con jóvenes que en ese momento le brindan la "oportunidad de mejorar su situación familiar".

**2. CONTEXTO INTRA Y EXTRAFAMILIAR DE
LA ADOLESCENTE.**

2. CONTEXTO INTRA Y EXTRAFAMILIAR DE LA ADOLESCENTE

La familia es un sistema social natural. Entendemos sistema como un conjunto de unidades interrelacionadas entre sí. Con esta definición el enfoque del observador no se centra en ningún individuo en particular, sino en las relaciones dentro del sistema familiar. La familia siendo un sistema social posee reglas y roles como para retroalimentarse sobre lo que está ocurriendo dentro y fuera de ella.

La adolescencia está descrita como un período de transición en el cual se produce la plena maduración sexual del individuo y del niño dependiente se pasa a ser adulto autosuficiente.

Esta etapa donde ocurren drásticos cambios físicos, evoluciona el pensamiento cognitivo y se busca una identidad independiente.

Los jóvenes son frecuentemente influenciados por factores situacionales, lo cual contribuye a modelar sus comportamientos y los cursos futuros de su desarrollo.

Los afectan enormemente las variables políticas, económicas, culturales y sociales, ya que se enfrentan a variadas presiones en medio de su propia búsqueda de un equilibrio entre los valores internos y externos. La duración de este período en gran parte dependerá del contexto cultural en que viva el adolescente. Para algunos puede ser un corto prelude a la independencia y para otros una larga etapa antes de alcanzarla.

En cuanto al desarrollo físico es importante la parte psicológica que conllevan cambios corporales en los jóvenes, es necesario anotar que la edad en que se producen los cambios varía, tanto entre diferentes sexos - las mujeres comienzan más a temprana edad. Estos cambios generan un notorio aumento de la preocupación por su imagen personal.

El hecho de que no tengan un status definido como niños o adultos les resta seguridad en momentos en que necesitan sentirse igual a sus pares.

Por tanto, las diferencias físicas generan en los adolescentes grandes preocupaciones. A esta inconformidad se suma toda la propaganda publicitaria que promueve estereotipos rígidos de hombres y mujeres ideales. Hay que tener en cuenta que el desarrollo de una autoestima positiva es producto, en gran parte de lo que los otros piensan de ellos y como ellos. Los adolescentes se protegen entre ellos en esta tarea

de buscar la identidad creando estereotipos de ellos mismos, de sus ideales y sus amigos.

Así como buscan su identidad personal dan interés creciente a los ideales y valores morales. Durante la adolescencia es común que los jóvenes se adhieren a una ideología hasta que no alcancen una coherencia interna de valores. ✕

Erikson ve dos peligros que pueden ocurrir en esta etapa. El primero es la formación de una identidad prematura que hace que los individuos se limiten alcanzar una identidad madura, eligiendo tempranamente sus roles futuros. EL segundo, es una prolongación del período, lo que no permitirá establecer un sentido de sí mismo, alcanzando una identidad difusa. 6/

Por último mencionaremos que en esta etapa también tiene lugar la socialización sexual que implica la elección del objeto sexual de preferencia, asumir la identidad de género, aprendizaje de roles sexuales y desarrollo de conocimientos y habilidades sexuales.

En las relaciones con el otro sexo, comienzan a aprender acerca de su propia tarea: la intimidad.

6/ RODRIGUEZ, Aroldo. Psicología Social, 1989.

Sin embargo la intimidad en la adolescencia esta enfocada hacia la consolidación de la propia identidad, más que a una real entrega de sí mismo, facilita el paso desde el egocentrismo hacia una entrega al otro.

2.1. Dimensiones Psicosociales del Problema del Adolescente Embarazada

Estudiando las características socio-económicas y familiares de estos adolescentes, como también las posibilidades de apoyo en la crianza de su hijo, los encontramos con una panorama crítico.

Nuestro estudio señalan que los adolescentes provienen en su mayoría de lugares donde prevalecen de necesidades básicas insatisfechas. La actitud de los padres en su inicio fue negativa. Muchas veces el embarazo de la hija adolescente acarrea serios problemas al interior de la familia, especialmente debido a que es muy común que el padre culpe a la madre de la situación.

El hecho de que los progenitores (padres de adolescentes) en un inicio no apoyan a las adolescentes embarazadas genera uno de los factores de riesgo de más peso en ésta problemática, la ilegitimidad. Esto quiere decir que los progenitores no reconocen ante la ley su paternidad. En muchos casos, significa que se priva a los menores de la seguridad social, pensión de alimentos, acceso a los servicios de salud y otra serie de beneficios.

La ayuda del progenitor a la madre adolescente es indispensable. Su ausencia se agrava ante el hecho de que la mayoría de los adolescentes que se embarazan son inactivas, y si estaban estudiando, abandonan las aulas. Ante esta realidad, las posibilidades de trabajo y generación de ingreso para la crianza del menor son siempre en ocupaciones de baja rentabilidad, agudizandose la situación de pobreza existente.

En este contexto, la adolescente enfrenta serias dificultades y encuentra pocas posibilidades de apoyo. AL vislumbrar esta situación cabe preguntarse las razones que motivaron al adolescente a embarazarse y fueron por amor, el afecto es un factor importante en el desarrollo de la identidad y personalidad del adolescente.

Otra conclusión más frecuente es atribuir el hecho a un inicio más temprano de la vida sexual activa, a un gran desconocimiento en materia de sexualidad y reproducción, junto a la ausencia de políticas de prevención del embarazo a esta edad. Igualmente el adolescente busca lograr independencia de los padres o satisfacer sus necesidades de pertenencia. Posteriormente, no logra independizarse de sus padres y bajo la tutela familiar debe asumir labores domésticas y enfrentar los conflictos que muchas veces se generan en torno a las pautas y responsabilidades en la crianza del menor. Así la madre tiene un rol ambiguo, ya que a pesar de haber sido madre, depende más que nunca de los padres.

Progresivamente, la adolescente embarazada pierde contacto con su grupo de iguales (abandono de la escuela, espacios informales juveniles, lo que en muchos casos está situación es vivida en gran aislamiento y soledad).

Así como el adolescente no esta preparada para la maternidad, tampoco lo están para tomar decisiones sobre la constitución de la pareja. Cuando se unen encuentran grandes obstáculos, ya que carecen de las capacidades personales para enfrentar la relación de pareja. Por tanto su proyecto de vida se queda estancado. Si permanecen solteras, el matrimonio es visto como un medio para tener un hogar propio, más que en el establecimiento de la función de pareja.

Es así como el embarazarse en la adolescencia conlleva una serie de problemas a los cuales se les agregan los factores socioeconómicos de deprivación que al parecer están relacionados con los embarazos de término en éste período.

Varios autores plantean y lo afirmamos en nuestra investigación que los embarazos de madres adolescentes sienten un arrepentimiento y fracaso ante la vida. Perciben que les fallaron a sus padres y que no tienen posibilidades de elegir cambios y caminos de desarrollo personal. Si aún no han terminado con su relación de pareja se encuentran viviendo momentos de conflicto y tensión, no sintiéndose capaces de satisfacer las necesidades de su progenitor.

A partir del análisis cualitativo del embarazo en adolescentes a continuación identificamos los elementos cuantitativos que nos dieron pautas para el anterior análisis y reflexión de la problemática de la adolescente embarazada.

AO

TABLA 3: EDAD Y TIEMPO DE EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES QUE RÉCIBEN
 ATENCION EN LA CLINICA DE MATERINIDAD RAFAEL CALVO
 CARTAGENA 1994

EDAD	TIEMPO DE EMBARAZO (EN MESES)								TOTAL	
	3	4	5	6	7	8	NO SABE	No.	%	
14 años	-	-	-	-	-	1	-	1	5.26	
15 años	1	-	-	-	1	1	-	3	15.78	
16 años	-	1	1	1	1	-	-	4	21.05	
17 años	1	1	3	1	-	-	-	6	31.57	
18 años	-	-	-	3	1	-	1	5	26.31	
TOTAL	2	2	4	5	3	2	1	19	100	

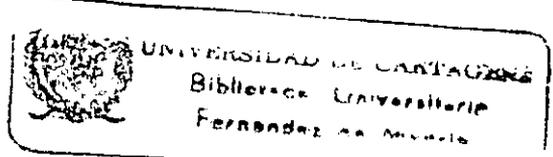
Fuente: Datos recopilados por investigadoras

Del estudio de las 19 adolescentes seleccionadas en la consulta externa de la Clinica de Maternidad Rafael Calvo, con las cuales se conformó el grupo objeto de estudio, encontramos que el 16.31% tienen una edad cronológica de 18 años y una edad gestacional de 24 y 28 semanas; el 31.57% que es el mayor número de embarazadas adolescentes tienen una edad de 17 años con una edad gestacional de 12 semanas.

Además el grupo más vulnerable se encuentra entre las jóvenes de 14 y 16 años, correspondiendo ello al 42.09% gestando el último mes de embarazo. Estas jóvenes comenzaron a gestar antes de cumplir 18 años, edad temprana para la maternidad porque la mujer fisiológicamente puede concebir una vez llega la menarquia que se produce entre los 10 y 14 años, pero se considera científicamente que a los 20 años es cuando alcanza completa madurez de los organos reproductores y psicológicamente puede afrontar mejor la responsabilidad de ser madre.

El embarazo en adolescentes es considerado de alto riesgo porque las complicaciones asociadas a éste, son más frecuentes en ese grupo etario, tales como toxemia, anemia, parto prematuro o prolongado, y complicaciones posparto. Estudios recientes demuestran que cuando se proporciona una amplia atención obstétrica disminuyen las complicaciones en este campo.

El estudio demostró que es alto el porcentaje de adolescentes embarazadas lo que se convierte en un problema social de gran magnitud,



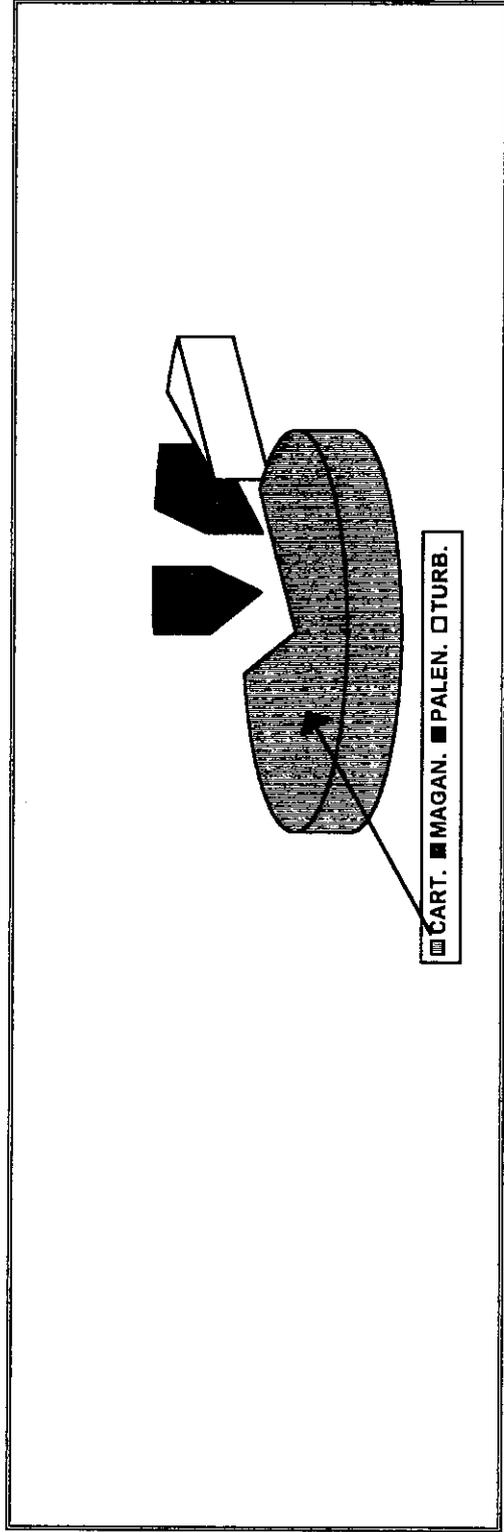
no asociado a una clase determinada. Las adolescentes embarazadas pueden ser consideradas como un grupo de riesgo de repetición de embarazo, causando problemas sociales, educacionales y sanitarios en el futuro. Los niños producto de los embarazos de adolescentes corren peligro de gran variedad de problemas como abandono y retardo en el desarrollo físico y emocional.

El embarazo precoz puede afectar a la joven mujer y mas si no es deseado, porque este hijo puede ser producto de un encuentro no planeado, desconocimiento de métodos anticonceptivos o una violación; en estas condiciones la futura madre se enfrenta a problemas psicológicos que repercuten en el feto. Si a esto se le suma las precarias condiciones económicas por falta de empleo que le aporte un buen salario y prestaciones sociales la angustia crece lo que puede hacer que atente contra su vida.

El rechazo familiar es otro de los conflictos que debe afrontar la adolescente embarazada. Del apoyo de la familia depende en gran parte el éxito del embarazo, parto y crianza del niño. El grupo objeto de estudio mostró que el 100% está respaldado por la familia.

TABLA 4: PROCEDENCIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE RECIBEN ATENCION EN LA CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO - CARTAGENA, 1994

PROCEDENCIA	ADOLESCENTES	
	N°.	%
CARTAGENA	16	84.21
MAGANGUE	1	5.26
PALENQUE	1	5.26
TURBACO	1	5.26
T O T A L	19	100



FUENTE: Datos recopilados por las investigadoras en entrevistas con la adolescente y su familia nacieron en otros municipios pero residen en Cartagena.

El 84.21% de las adolescentes que conformaron el grupo procede y reside en Cartagena, el 15.79% es oriundo de otros municipios. Llegaron a la ciudad a trabajar y en la actualidad residen en Cartagena, comparten la vivienda con otras personas quienes toman las decisiones del hogar, ellas se consideran alojadas, su espacio habitacional es estrecho, hay hacinamiento.

No tienen poder decisorio, las que viven con el cónyuge lo hace en la casa de origen de él y quienes toman las decisiones familiares son los suegros y las que no tienen compañero y viven con su madre, padre o ambos padres y son estos quienes imparten autoridad en el hogar. La adolescente es relegada, ignorada y no se respetan sus decisiones.

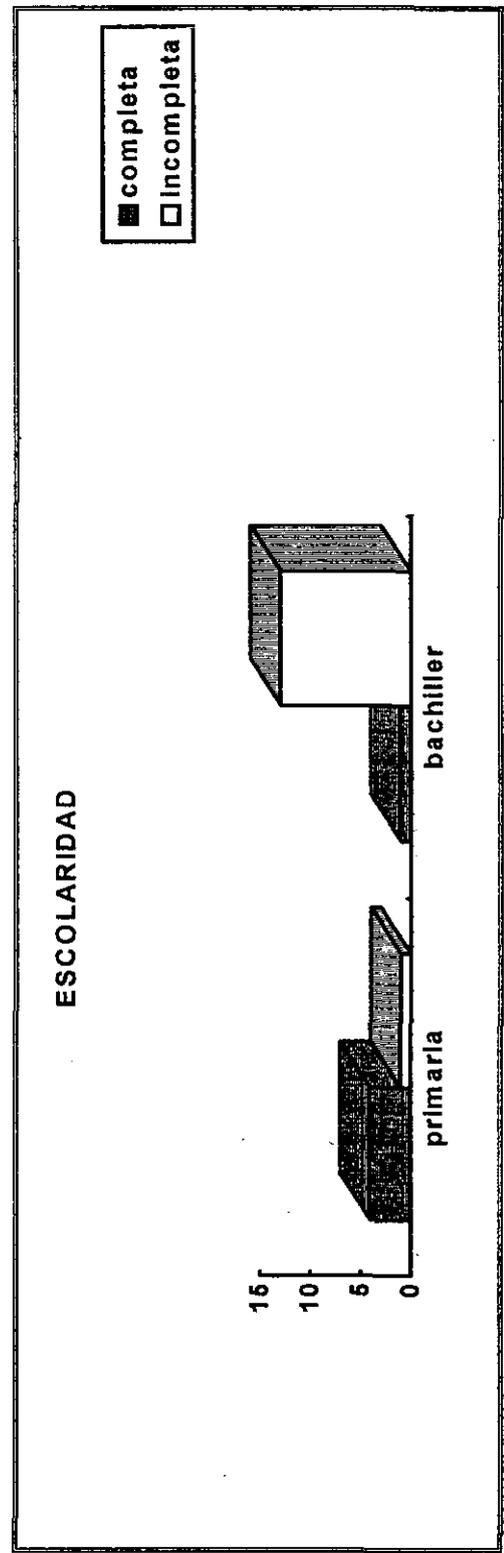
El 100% de las adolescentes del grupo objeto de estudio son apoyadas en su embarazo por su familia, pero no les pueden ofrecer una habitación para ella sola porque no hay suficiente espacio en la casa que por lo general tienen 2 ó 3 cuartos en los que duermen 8 y 9 personas. Ver tabla.

Si nos detenemos a pensar que Cartagena cuenta con 585.618 habitantes y el 70% de la población se encuentra en los estratos medios y bajo y donde las condiciones deprimidas de la población se constituyen en factor de riesgo, para el desarrollo de condiciones de vida dignas, nos lleva a inferir que es urgente no solo trabajar el síntoma sino los otros

factores que inciden en la aparición del fenómeno, como son procesos educativos claros, planes, programas y proyectos que enfrenten la real incidencia de la problemática.

TABLA 5: ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE RECIBEN ATENCION EN LA CLINICA RAFAEL CALVO CARTAGENA, 1994

ESCOLARIDAD	ADOLESCENTES	
	N°	%
PRIMARIA INCOMPLETA	1	5.26
PRIMARIA COMPLETA	4	21.05
BACHILLERATO INCOMPLETO	13	68.42
BACHILLERATO COMPLETO	1	5.26
T O T A L	19	100



Fuente: Datos recopilados por las investigadoras.

77

TABLA 6: PROYECTO DE ESTUDIO DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE RECIBEN
 ATENCION EN LA CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO
 CARTAGENA 1994

ESTUDIA	Falta de recursos		Pérdida del año		Por atender hnos. menores		Posee recursos		Por embarazo		No le gusta		Se casó		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SI	-	-	-	-	-	-	2	100	-	-	-	-	-	-	2	10.52
NO	3	100	1	100	1	100	-	-	6	100	4	100	2	100	17	89.47
TOTAL	3	100	1	100	1	100	2	100	6	100	4	100	2	100	19	100

Fuente: Datos recopilados por las investigadoras

La educación es el medio principal con que cuenta el grupo social para afirmar la personalidad de los individuos enriqueciéndolos con la capacidad de afrontar las contingencias de la vida y crear oportunidades de superación. Es así mismo un instrumento para establecer relaciones entre los miembros, velar por la conservación de los valores del patrimonio cultural, promover y afianzar en los individuos la adquisición de intereses que propenden a un mayor bienestar individual y colectivo.

El nivel de escolaridad no es un factor determinante de un embarazo, pero si es considerado un factor condicionante al favorecer una predisposición a la iniciación de una vida sexual temprana.

En la presente investigación se puede observar en la tabla 5 el nivel de escolaridad de las jóvenes embarazadas que conformaron el grupo. El 5.26% cursó primaria incompleta, el 21.05% primaria completa, 68.42% bachillerato incompleto, solo el 5.26% termino la secundaria.

Las adolescentes entrevistadas y sus familiares consideraron que la no culminación de los estudios fue por falta de recursos económicos, el 15.78% le tocaba trabajar para ayudar a la familia.

El 52.53% quedó al cuidado de la casa mientras la madre cabeza de familia

laboraba, porcentaje significativo, si se tiene en cuenta que la tendencia de familia con jefatura femenina, deprime aún más las condiciones de vida.

Solo un 10.52% de las entrevistas posee recursos para estudiar. El 21.17% no estudia porque perdieron el año, otro factor de riesgo lo constituye la decersión escolar, como aspecto predisponente al embarazo precoz.

El grupo estudiado proyecta hacer cursos de manualidades después de tener el bebé consideran que esos estudios les permitirán ganar dinero y atender a su hijo. Sus aspiraciones educativas son muy limitadas y la única función gira fundamentalmente a través de la maternidad.

La educación como espacio de socialización tiene la virtud de proporcionarle al menor las herramientas que le ayuden a identificar las circunstancias que en la comunidad y la familia se presentan, igualmente contribuirá a que se aprendan normas y valores para poder vivir en comunidad.

Las limitaciones educativas tanto formales como informales terminan por limitar aún más el proceso de socialización de la persona condicionándola para un comportamiento posterior. Es el caso de el grupo de adolescente cuyo proyecto de vida es tener su hijo y sus

posibilidades de educación se han reducido, optando luego por la cultura de criar hijos y ser ama de casa y en última instancia dedicándose a la economía informal.

TABLA 7: NUMERO DE PERSONAS QUE COMPARTEN LA VIVIENDA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE RECIBEN ATENCION EN LA CLINICA DE MATEARNIDAD RAFAEL CALVO
 CARTAGENA 1994

PERSONAS	ADOLESCENTE	
	No.	%
4	1	5.26
5	2	10.52
6	4	21.05
7	5	26.31
8	3	15.78
9	3	15.78
10	1	5.26
TOTAL	19	100

Fuente: Datos recopilados por investigadoras.

TABLA 8: NUMERO DE CUARTOS Y CAMAS EN LAS VIVIENDAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
 QUE RECIBEN ATENCION EN LA CLINICA DE MATERINIDAD RAFAEL CALVO
 CARTAGENA 1994

CUARTOS	NUMERO DE CAMAS												TOTAL	
	2		3		4		5		6				No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
DOS	2	100	2	66.66	3	42.85	2	40	-	-	-	-	9	47.36
TRES	-	-	1	33.33	3	42.85	2	40	1	50	7	36.84		
CUATRO	-	-	-	-	1	14.28	1	20	1	50	3	15.78		
TOTAL	2	100	3	100	7	100	5	100	2	100	19	100		

Fuente: Datos recopilados por investigadoras

TABLA 9: EDAD Y ACTITUD FRENTE A LA MENARQUIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
 QUE RECIBEN ATENCION EN LA CLINICA DE MATERINIDAD RAFAEL CALVO
 CARTAGENA 1994

EDAD	Alegria-emocion		Miedo		Normal-natural		Positiva		Tranquilidad		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
9	-	-	-	-	-	-	1	50	-	-	1	5.26
10	-	-	-	-	-	-	-	-	1	33.33	1	5.26
11	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	1	5.26
12	1	50	3	3	-	-	1	50	1	33.33	6	31.57
13	1	50	3	3	3	75	-	-	-	-	7	36.84
14	-	-	1	1	1	25	-	-	1	33.33	3	15.78
TOTAL	2	100	8	8	4	100	2	100	3	100	19	100

Fuente: Datos recopilado por las investigadoras

La vivienda es una necesidad básica para el ser humano, la carencia insuficiencia y/o mal estado es un problema que afecta directamente al individuo. En las entrevistas domiciliarias se pudo observar el número de personas que comparten la vivienda con la adolescente embarazada, el número de cuartos y camas que hay en la vivienda. Una adolescente vive hasta con 11 personas con lazos de parentesco diversos. La casa más amplia cuenta con 4 cuartos y 6 camas. Ver tablas 7 y 8.

El hacinamiento es causa de relaciones genitales precoz, la joven desde la infancia ve a los miembros adultos de su familia en este tipo de relaciones por falta de privacidad. Muchas veces el cuarto de la joven es compartido con otras personas que han iniciado su vida sexual activa y son las que estimulan a la joven a hacer lo mismo.

La adolescente necesita su propio espacio porque le dá sentido de pertenencia y seguridad. En el grupo de adolescentes que reciben atención médica en la Clínica Maternidad Rafael Calvo se observó que el 15.78% comparten la vivienda con 9 personas en 6 camas, el 26.31% comparten la vivienda con 7 personas en 2 cuartos, lo particular de esta convivencia es que hay padrastro, madrastra, primos, abuelos, que muchas veces originan conflictos generacionales que terminan por hacer que la adolescente se vaya de la casa, buscando ser gratificada en un ambiente más amable, pero no siempre el pretendiente del momento se

hijo en el vientre, situación que degrada aún más la imagen de la joven frente a su contexto relacional.

El problema lo constituye la calidad y de distribución del tipo de vivienda, que en su mayoría no cuenta con los requisitos mínimos para vivir dignamente. La inadecuada distribución de la vivienda es una variable en las familias que residen en casa con espacios reducidos, que son divididos según sus necesidades para así lograr cierta privacidad que en última no es posible debido al alto número de personas que habitan por vivienda. En estos espacios realizan diferentes actividades como dormir, comer, descansar, cocinar, etc. lo que representa para estas personas compartir varias actividades en un espacio reducido.

Esta situación se agrava cuando se encuentran mas de dos familias en una misma vivienda conformándose las familias extensas, y que como resultante a ella se refleja el hacinamiento en que se vive ocasionando conductas como la promiscuidad, inversión de valores, transferencia de roles y otros, usurpación de funciones familiares, generación de conflictos, agresión entre otros.

En cuanto al grupo de adolescentes con las cuales se llevo el proceso de **Investigación-Intervención**, ninguna tiene un espacio propio, puesto que conviven con su familia de origen o con los de sus maridos no teniendo posibilidades de autonomía y de independencia tanto en su vida como en la de su hijo.

86

TABLA 9: EDAD Y ACTITUD FRENTE A LA MENARQUIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
 QUE RECIBEN ATENCION EN LA CLINICA DE MATEANIDAD RAFAEL CALVO
 CARTAGENA 1994

EDAD	Alegria-emocion		Miedo		Normal-natural		Positiva		Tranquilidad		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
9	-	-	-	-	-	-	1	50	-	-	1	5.26
10	-	-	-	-	-	-	-	-	1	33.33	1	5.26
11	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	1	5.26
12	1	50	3	3	-	-	1	50	1	33.33	6	31.57
13	1	50	3	3	3	75	-	-	-	-	7	36.84
14	-	-	1	1	1	25	-	-	1	33.33	3	15.78
TOTAL	2	100	8	8	4	100	2	100	3	100	19	100

Fuente: Datos recopilado por las investigadoras

La menarquia se produce entre los 10 y 14 años de edad, es la madre, quien prepara a la niña para que en esta etapa de la vida enfrente angustias o acepte la menarquia como un hecho inherente a la naturaleza de la mujer, el padre culturalmente no participa de ésta función y entrega toda la responsabilidad al manejo de la situación a la madre.

La tabla 6 muestra la actitud de las jóvenes del grupo objeto de estudio frente a la menarquia y su edad cronológica.

El 5.26% tuvo su menarquia a los 9 años, el 5.26% a los 10 años, el 5/26% a los 11 años, el 31.57% a los 12 años, el 36.84% a los 13 años y el 15.78% a los 14 años.

La actitud emocional fue diversa dependiendo del nivel cultural de cada una de ellas. El 10.52% sintió alegría, el 42.10% miedo, el 21.05% lo acepto como normal de la mujer, el 10.52% reaccionó positivamente y el 15.78% lo enfrente con tranquilidad.

La menarquia marca el inicio de la etapa reproductora en la mujer, observando en los datos anteriores que su inicio fué prematuro, de la orientación de la adolescente depende que tenga relaciones genitales responsables, en esta etapa comienza a funcionar hormonas que hasta ese momento permanecían inactivas lo que despierta la libido, es normal que ella sienta atracción por el sexo opuesto, pero hay que informarle los riesgos de embarazo si no se protege.

No todas las jóvenes del grupo de estudio querían estar embarazadas, el 89.47% se motivó por desconocimiento de los métodos anticonceptivos, y falta de educación sexual, otro elemento que aparece es el miedo, el cual es entendible si se correlaciona con la edad de las jóvenes y el desconocimiento que poseen de su condición biológica.

Los padres tratan de librar a sus hijos de algo que les puede dañar, puesto que saben que éstos no son lo suficientemente capaces como para enfrentar y sobrepasar los obstáculos que el mundo exterior les presente, se impiden entonces las opciones para que analicen y conozcan las posibilidades y limitaciones que deben enfrentar frente a los riesgos de embarazo.

Se reconoce la sexualidad y la adolescencia como fenómenos culturales y sociales, en el marco familiar nos dotan de un nombre, una autoestima un aprecio por los seres cercanos, nos afianzan el hecho de ser hombre o de ser mujer y según el género se le brinda la seguridad al individuo.

TABLA 10: EDAD Y MOTIVO DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
QUE RECIBEN ATENCION EN LA CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO
CARTAGENA 1994

EDAD	MOTIVO										TOTAL	
	Amor	Contacto cercano	Deseos	Experimentar	Necesidad	Rapto	Conflictos familiares	No.	%			
13	2	-	-	-	-	-	-	-	2	10.52		
14	2	-	1	-	-	-	1	100	4	21.01		
15	3	1	-	-	-	1	-	-	5	26.31		
16	3	-	-	-	-	-	-	-	3	15.78		
17	2	-	-	-	1	-	-	-	3	15.78		
18	1	-	-	1	-	-	-	-	2	10.52		
TOTAL	13	1	1	1	1	1	1	100	19	100		

Fuente: Datos recopilado por las investigadoras

Los conflictos familiares pueden desembocar en violencia hacia los hijos, la presencia de padrastro, madrastra, los escasos recursos económicos, falta de empleo, estreches habitacional, en ocasiones hace que la joven busque su "independencia", pero la falta de experiencia y educación sexual hace que se embarace con lo cual agrega un problema más a su vida, porque terminan siendo madres solteras y viviendo con su familia de origen.

En el grupo estudiado se encontró que el 10.52% tuvo su primera relación genital por amor, el 21.01% por amor hacia su cónyuge, deseos y violencia de la madre, el 26.31%, por amor y rapto del novio, el 15.78%, y el 10.52% por experimentar.

Fundamentalmente, la familia hace dos cosas: asegurar la supervivencia física y constituir lo esencialmente humano del hombre, la satisfacción de las necesidades biológicas básicas, es esencial para sobrevivir pero no es todo lo que se requiere para existir. Lo que mantiene a la familia reunida es mas el factor psicológico.

Vemos que los conflictos irresueltos, la agresión, la insatisfacción y el no aportar los insumos psicosociales y afectivos para el desarrollo de la joven, inciden en gran medida en la aparición del embarazo precoz.

91

TABLA 11: NUMERO DE UNIONES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
 QUE RECIBEN ATENCION EN LA CLINICA DE MATERNIDAD
 RAFAEL CALVO - CARTAGENA, 1994

UNIONES	ADOLESCENTES	
	N°.	%
1	18	94.73
2	1	5.26
TOTAL	19	100

Fuente: Datos recopilados por los Investigadoras

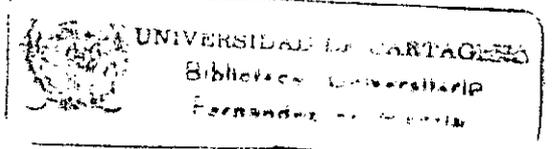


TABLA 12: SENTIMIENTOS EXPERIMENTADOS EN SU PRIMERA
 RELACION SEXUAL POR LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
 QUE RECIBEN ATENCION EN LA CLINICA DE MATERNIDAD
 RAFAEL CALVO - CARTAGENA, 1994

SENTIMIENTOS	ADOLESCENTES	
	N°.	%
ALEGRIA	2	10.52
ATRACCION	1	5.26
DOLOR	4	21.05
EMOCION	3	15.78
ORGULLO	2	10.52
PENA	1	5.26
TEMOR	6	31.57
T O T A L	19	100

FUENTE: Datos recopilados por las investigadoras

TABLA 13: SENTIMIENTOS EXPERIMENTADOS EN SU VIDA SEXUAL
 COMO PAREJA, DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
 QUE RECIBEN ATENCION EN LA CLINICA DE MATERNIDAD
 RAFAEL CALVO - CARTAGENA, 1994

SENTIMIENTOS	ADOLESCENTES	
	N°.	%
EMOCIONES PLACENTERAS	6	32
EMOCIONES DISPLACENTERAS	4	21
ARREPENTIMIENTO	9	47
T O T A L	19	100

Fuente: Datos recopilados por las investigadoras

A lo largo de la historia, la sexualidad se ha expresado como algo misterioso y lo prohibido. La ordenación sexual es una red tupida que abarca la mayor parte de las situaciones vitales, tanto del individuo como de la comunidad.

De esta manera el manejo de la sexualidad responde a una realidad familiar y social dentro de los valores sexuales en los contextos culturales, nos encontramos en que la sexualidad esta en un trance de tomar otro rumbo donde los contravalores se hacen más potentes y los valores se hacen menos auténticos.

De las adolescente del grupo objeto de estudio, el 94.73% solo a tenido 1 sola unión, es la actual y de ésta esperan su hijo; el 5.26% han tenido 2 compañeros. El 10.52% experimentó alegría, el 5.26% siente atracción por el sexo, el 21.05% dolor, el 15.7% emoción, un 10.52% orgullo porque ya era mujer, el 5.26% pena y el 31.57% temor. Ver tablas 11 y 12.

Estas jóvenes manifestaron tener su primera relación por amor, pero los sentimientos expresados por ellas indican que no estaban preparadas para tener relaciones genitales y mucho menos para la maternidad.

Del total de la población de adolescente que llegan a la Clinica de Maternidad Rafael Calvo el mayor porcentaje 47% expresan el

sentimiento de arrepentimiento que experimentan ellas después de afrontar lo que se deriva de dicha situación: las responsabilidades como pareja, las expectativas en el desarrollo de su vida sexual y el cumplimiento alterno de sus actividades como estudiantes e hijas que son.

Sigue en su orden el porcentaje de adolescentes que experimentaron emociones placenteras (32%), en el inicio de su vida sexual, esto indica que las relaciones con su pareja presentan un alto grado de afectividad, comprensión, seguridad y apoyo en lo que han enfrentado. Ver tabla 13.

El porcentaje más bajo corresponde a la adolescentes que vivieron emociones displacenteras (4.21%), debido al estado de tensión en que se encontraban por las expectativas, temores, angustia y culpa que experimentaron en el inicio de su vida sexual de pareja, por el hecho de no ser esto aceptado dentro de las normas sociales del (grupo) sistema al cual pertenecen.

Analizando la estructura familiar de las adolescentes que conformaron el grupo, podemos observar que lo normal es que ellas trataran de conformar su familia de procreación, pues en su familia de origen carecen de espacio propio, esto lo tienen que compartir con un gran número de personas, los incentivos son pocos y las responsabilidades son muchas.

Viven con la madre, hermanos y abuela, cuñados, sobrinos y algunas con padrastros como se puede ver en la tabla No. 14 Estructura Familiar.

Esto posiblemente las llevó a buscar independencia, pero una vez embarazadas han quedado con su familia de origen, el 33.15% viven con su cónyuge, pero con la familia de origen de él, porque económicamente no pueden independizarse.

El 36.85% que vive con su familia de origen, reciben apoyo total de ellos y esperan el nacimiento de su hijo con expectativa. Pero el poder de tomar decisiones es nulo en este tipo de personas por las mismas condiciones en que se encuentran.

TABLA 14: COMPOSICION FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE RECIBEN
 ATENCION EN LA CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO
 CARTAGENA 1994

No.	PARENTESCO																						
	Padre		Madre		Padrastra		Hermano		Hermana		Marido		Hijo		Hija		Abuelo		Abuela		Tio		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	8,3	1	33,3	-	-	-	-	-	-	-	-	
2	-	-	1	9,01	-	-	2	10,52	1	12,5	1	8,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
3	-	-	1	9,01	-	-	-	-	-	-	1	8,3	-	-	-	-	-	-	1	25	-	-	
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	8,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
5	-	-	1	9,01	-	-	1	5,26	-	-	-	-	-	-	-	-	1	50	1	25	-	-	
6	-	-	1	9,01	-	-	1	5,26	-	-	1	8,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	8,3	1	33,3	-	-	-	-	-	-	-	-	
8	-	-	1	9,01	1	33,33	5	26,31	-	-	-	-	-	-	-	-	1	50	1	25	-	-	
9	1	25	1	9,01	-	-	1	5,26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	8,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
11	-	-	1	9,01	1	33,33	-	-	2	2,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	8,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
13	1	25	1	9,01	-	-	3	15,78	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
14	1	25	1	9,01	-	-	1	15,26	1	12,5	-	-	-	-	-	-	-	-	1	25	-	-	
15	-	-	1	9,01	1	33,33	3	15,78	1	12,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100
16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	8,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	8,3	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	-
18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	8,3	1	33,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	1	25	1	9,01	-	-	2	10,52	3	37,5	1	8,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	4	100	11	100	3	100	19	.	8	100	12	100	3	100	1	100	2	100	4	100	1	100	

Fuente: Datos recopilados por las investigadoras

TABLA 14: COMPOSICION FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE RECIBEN
 ATENCION EN LA CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO
 CARTAGENA 1994

No.	PARENTESCO																				Total	
	Tia		Primo		Prima		Sobrino		Sobrina		Suegro		Suegra		Cuñado		Cuñada		No.	%		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%				
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	25	1	12,5	3	17,6	1	8,33	8	6,15		
2	-	-	1	33,3	1	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	8,33	8	6,15		
3	3	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	5,38		
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	25	1	12,5	2	11,7	1	8,3	6	4,61			
5	-	-	2	66,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	4,61		
6	1	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	3,07		
7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	12,5	1	5,88	3	25	7	5,38			
8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	6,92		
9	-	-	7	87,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	7,69		
10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	25	1	12,5	2	11,8	-	-	5	3,84			
11	1	20	-	-	-	1	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	4,61			
12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	25	1	12,5	2	11,8	-	-	5	3,84			
13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	16,6	7	5,38			
14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	3,84			
15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,88	-	-	8	6,15			
16	-	-	-	-	-	1	25	-	-	-	1	12,5	3	17,6	1	8,33	7	5,38				
17	-	-	1	12,5	-	-	-	-	-	-	1	12,5	2	11,8	2	16,6	8	6,15				
18	-	-	-	-	-	1	25	1	100	-	-	1	12,5	-	-	1	8,33	6	4,61			
19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	6,15			
TOTAL	5	100	8	100	3	100	4	100	1	100	4	100	8	100	17	100	12	100	130	100		

Fuente: Datos recopilados por las investigadoras

Entender el problema de la adolescente embarazada solo es posible cuando simultaneamente, lo concebimos en estrecha relación con la realidad familiar.

Analizar los elementos críticos que han operado para las transformación de la estructura y composición de la familia en la región, ha girado fundamentalmente en la vinculación de la mujer al espacio productivo, la jefatura femenina, que deprime las condiciones económico-social de la familia, los procesos migratorios, la reorganización familiar, la tendencia al consumismo que choca con el nivel defrustración de sus miembros al no estar nunca en capacidad de satisfacer necesidades individuales, familiares y sociales, esto sumado al escaso acceso a los servicios, condiciones precarias de la vivienda y altos índices de violencia intrafamiliar y social, lo que lleva a la familia a recomponerse en familia superspuesta, diadas, familias extendidas incompletas y no preparadas para satisfacer el requerimiento de los menores.

Esto lo podemos resaltar en la tabla 14, donde el 33.68% de los adolescentes carecen de la figura materna y paterna, la crianza y socialización es asumida por la tia y/o abuela, encontrándose en su totalidad deficiencia en el cumplimiento de funciones básicas, de orientación, seguridad, identidad y afecto.

En tablas anteriores se observó la incidencia de madres de las adolescentes que establecieron sus uniones maritales a edad similar que las jóvenes, constituyéndose ésto, en el modelo a imitar que poseen ella, al intentar construir su proyecto.

Se suma a ésto que las uniones libres, sin compromiso jurídico y con un alto grado de inestabilidad, generan uniones sucesivas que se hacen y de hacen en un tiempo limitado de duración.

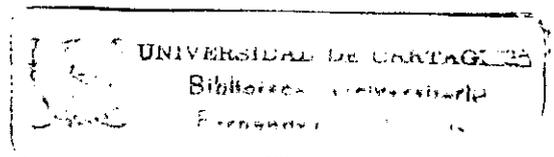
Esta tipología admite la relación plural, es decir modalidades polígina y poliandrias, que generan rupturas reincidentes estableciendo un cuadro de inestabilidad familiar y posibilitando crisis de desajuste como el embarazo precoz.

Se observó que el 100% de la población objeto de estudio presenta un alto grado de complejidad familiar. En el 52.63% de las familias se encuentra la ausencia de la figura paterna, agravando el problema, sustentado en el planteamiento anterior.

Se encontró que el espacio habitacional es reducido en proporción al número de miembros que comparten la vivienda.

Un 38% de las adolescentes conviven con abuelas, tios, suegros, cuñadas, lo que representa un promedio de 8 personas por vivienda.

El 63.15% de las adolescentes conviven con su pareja, y el 27.10% no viven con su pareja, lo que indica que la adolescente se convierte en mujer cabeza de hogar, desde temprana edad.



102

TABLA 15: PROYECTOS DE VIDA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE RECIBEN ATENCION EN LA CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO CARTAGENA 1994

PROYECTOS ANTES DE EMBARAZO	Seguir estudios		Casarse		Planificar		Cuidado hijo		Estudiar		Trabajar		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
CURSOS	1	9.09	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4.54
ESTAR EMBARAZADA	-	-	-	-	-	-	1	20	-	-	-	-	1	4.54
ESTUDIAR	8	72.72	2	100	-	-	-	-	2	100	-	-	12	54.54
MODELO	-	-	-	-	-	-	1	20	-	-	1	100	2	9.09
SECRETARIA	-	-	-	-	-	100	1	20	-	-	-	-	1	4.54
NINGUNO	2	18.18	-	-	1	-	1	20	-	-	-	-	4	18.18
TRABAJAR	-	-	-	-	-	-	1	20	-	-	-	-	1	4.54
TOTAL	11	100	2	100	1	100	5	100	2	100	1	100	22	100
%	50	-	9.09	-	4.55	-	22.73	-	9.09	-	4.55	-	-	-

Fuente: Datos recopilados por las investigadoras

Indudablemente los adolescentes tienen pocos proyectos de vida y si miramos las condiciones socio-económicas con que cuenta el grupo objeto de estudio nos damos cuenta que la conformación o la unión sexual y algunas veces emocional de una joven entre los 11 y 18 años, con un joven de cualquier edad convivan o no y en el cual se halla concebido un hijo contribuye a agravar o a sobrecargar la etapa de la adolescencia de por si conflictiva. Causando en la joven sentimientos de frustración al tener que enfrentar nuevas problemáticas o situaciones para las que no estan preparadas.

Las adolescentes que conformaron el grupo llegaron a él con sólo el proyecto de vida de ser madre, sin embargo la encuesta demostró que el 54.54% desea estudiar, terminar el bachillerato, el 4.54% hacer un curso de modistería porque los recursos económicos no le permiten pensar en otro tipo de estudio. El 4.54% desea terminar Secretariado Comercial, 9.09% desean ser modelo y 4.54% trabajar para sostener su hogar y no depender de sus familiares. Ver tabla 15.

El 22.72% no tiene proyecto de hacer algo diferente a ser madre, consideran su responsabilidad luchar por su hijo con o sin apoyo del padre. Este 22.72% deseaba tener su hijo, el 77.28% se embarazo sin planearlo.

TABLA 16: FORMAS DE RESOLVER LOS CONFLICTOS Y SANCIONES QUE SE EJERCEN EN LA FAMILIA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE RECIBEN ATENCION EN LA MATERNIDAD RAFAEL CALVO CARTAGENA 1994

FORMAS DE RESOLVER CONFLICTOS	SANCIONES													
	Llamar atención		Indiferencia		No dejar salir		Pegan		Regañan		No responde		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
DIALOGO	4	100	-	-	1	50	2	40	5	83.3	-	-	12	83.15
DISCUSION	-	-	1	100	1	50	-	-	-	-	-	-	2	10.52
VIOLENCIA	-	72.72	-	-	-	-	1	20	-	-	-	-	1	5.26
NO DIRIGEN PALABRAS	-	-	-	-	-	-	2	40	-	-	-	-	2	10.52
NO HAY CONFLICTO	-	-	-	-	-	-	-	-	1	16.6	-	-	1	5.26
NO RESPONDE	-	18.18	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100	1	5.26
TOTAL	4	100	1	100	2	100	5	100	6	100	1	100	19	100

Fuente: Datos recopilados por las investigadoras

TABLA 17: COALICIONES Y ALIANZAS QUE SE PRESENTAN ENTRE LAS PERSONAS QUE CONFORMAN LA FAMILIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA MATERNIDAD RAFAEL CALVO CARTAGENA 1994

COALICIONES Y ALIANZAS CUANDO HAY CONFLICTOS	S A N C I O N E S																			
	Abuelos o amigos		Cunados		Hno. menor		Hermanos		Madre e hijo		No hay		No responde		Padre		Todos		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
MADRE	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	15.52
NO HAY	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	1	100	1	-	7	36.84
NO RESPONDE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	5.26
HERMANO	1	100	-	-	2	100	1	100	1	-	1	100	1	-	-	-	2	100	9	47.36
TOTAL	1	100	1	100	2	100	1	100	3	100	1	100	7	100	1	100	2	100	19	-

Fuente: Datos recopilados por las investigadoras

En el hogar la autoridad la ejercen los padres o quien tiene a su cargo la educación de los adolescentes son ellos los que sancionan las faltas y gratifican el buen comportamiento.

Es frecuente el conflicto generacional con los adolescentes, se les critica la forma de vestir, escuchar la música, las largas conversaciones telefónicas, la rebeldía, las salidas y amistades. El adolescente se siente incomprendido e insatisfecho, hace alianza con un hermano, tío o abuelo, dándose triangulaciones que en ese momento dado se parcializan con ellos en la búsqueda de solución a los problemas.

El grupo de adolescentes objeto de estudio de esta investigación mostró como se castigan las faltas. El 73.41% usan el diálogo como forma de acercarse a sus hijos. El 5.26% emplea la violencia, golpes, palos, amenazas. EL 10.52% les retiran la palabra. El 5.26% manifiesta no hay conflicto en sus familias y el otro punto 5.26% no respondió. Ver tabla 16

Como se puede observar la autoridad en estas estructuras familiares son débiles, el diálogo lo hacen a base de promesas que muchas veces no cumplen, el maltrato físico y psicológico hace que la joven se vaya del hogar, busque pareja, se embarace y a su vez repita el patrón interaccional haciendo uso del maltrato para sancionar a sus hijos.

En cuanto a las alianzas el 12.52% lo hace con la madre, debido a que hace una identificación proyectiva con su hija puesto que durante su adolescencia vivió una situación igual; el 36.20% manifiesta que no hay alianzas, por que cada miembro trata de resolver sus problemas y es indiferente a la situación de los demás, el 5.26% no responde, el 47.36% se alia con los hermanos. Ver tabla 17

La alianza con hermanos es la más frecuente en este grupo porque hay otros adolescentes en el hogar que al igual que ellas tienen los mismos problemas de embarazo y comparten expectativas.

108

TABLA 18: TIPOS DE ESTIMULOS Y FORMA DE EXPRESAR AFECTOS DE LA FAMILIA
DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA MATERNIDAD
RAFAEL CALVO CARTAGENA 1994

TIPOS DE ESTIMULO	FORMAS DE EXPRESAR AFECTOS														TOTAL	
	Abrazos y besos		Bienes materiales		Cariñosamente		Detalles		Felicitaciones		No lo expresan		No.	%		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%				
Apoyo emocional	-	-	-	-	-	-	-	-	1	20	-	-	-	-	-	-
Fiestas en su honor	1	14.28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5.26	-	-
Felicitaciones	1	14.28	-	-	1	25	1	100	-	-	-	-	3	15.78	-	-
Palabras	2	28.57	-	-	-	-	-	-	3	60	-	-	5	26.31	-	-
Premios	1	14.28	1	100	2	50	-	-	-	-	1	100	5	26.31	-	-
Los tratan mejor	1	14.28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5.26	-	-
Ninguno	1	14.28	-	-	1	25	-	-	1	20	-	-	3	15.78	-	-
TOTAL	7	100	1	100	4	100	1	100	5	100	1	100	19	100	-	-

Fuente: Datos recopilados por las investigadoras

TABLA 19: TIPO DE CASTIGOS Y QUIENES LO EJERCEN EN LA FAMILIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA MATERNIDAD RAFAEL CALVO CARTAGENA 1994

TIPOS DE CASTIGO	QUIENES LO EJERCEN														TOTAL	
	Figura materna		Hermano mayor		Madre		Padres		Suegros		Toda la familia		NO		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Llamada de atención	-	-	-	-	1	14.2	1	33.3	-	-	-	-	-	-	2	10.52
No dejan ver TV	-	-	-	-	1	14.2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5.26
No dejan jugar con amigos.	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5.26
Prohíben salidas	-	-	1	100	-	-	1	33.3	-	-	-	-	-	-	2	10.52
No los castigan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	33.33	2	100	3	15.28
Pegan	-	-	-	-	2	28.5	1	33.3	-	-	-	-	-	-	3	15.28
Regañan	-	-	-	-	3	42.8	-	-	2	100	2	66.66	-	-	7	36.84
TOTAL	1	100	1	100	7	100	3	100	2	100	3	100	2	100	19	100

Fuente: Datos recopilados por las investigadoras

Apoyando las tablas anteriores es importante resaltar la aceptación y expresión de afecto como valor significativo para el fortalecimiento de una estructura funcional que permita el desarrollo del nuevo miembro.

Las interacciones madre-hijo surgen desde el momento de la concepción. A medida que el feto crece la comunicación debe ser permanente; el sentirse aceptado y querido es fundamental para su salud física y mental posterior.

Modos eficaces de comunicación se establecen a través de acariciar el vientre, hablar con él, colocarlo en el pecho al momento del nacimiento y en general brindarle expresiones de afecto que le garanticen atención de seguridad, autoestima, aceptación y reconocimiento como persona.

El grupo de adolescentes que reciben atención en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo, manifiestan la forma como sus familias expresan el afecto:

El 5.26% les brinda apoyo emocional.

El 5.26% celebran fiestas en su honor.

El 42.09% demuestran su afecto con felicitaciones y palabras

El 15.78% expresaron que sus familias no les manifiestan afecto de ninguna forma, lo que impulsa a la adolescente a buscar fuera del sistema familiar que se convierten en competidores muy poderosos en la

111

búsqueda de apoyo, seguridad lo que permite compensar el estado de carencia en que se encuentran, pero que indudablemente agrava aún más el problema.

Así la falta de afecto en la familia puede impulsar a la adolescente a las relaciones genitales, tratando de encontrar amor fuera de su familia de origen, específicamente con su pareja, emociones hasta el momento desconocidas por ella, produciendo el clima propicio para el embarazo precoz.

El grupo de adolescentes objeto de estudio mostró la forma como se sancionan las faltas en su familia.

Resaltando el dato del 36.84% que les regañan y el 15.28% utilizan formas violentas como azote y cachetadas. Situación que se precipita a la joven a abandonar el hogar dificultando el desarrollo normal y predisponiendo a conductas desadaptativas y repetitivas en la nueva estructura relacional.

112

TABLA 20: ACTITUDES FRENTE AL PERMISO Y DEMORA DE LOS HIJOS EN LA FAMILIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE RECIBEN ATENCION EN LA MATERNIDAD RAFAEL CALVO CARTAGENA 1994

PERMISO DE LAS HIJAS	DEMORA DE LAS HIJAS																	
	Angustia		Lo toman en serio		No dejan salir		No aceptan		No se preocupan		Pegan		Regañan		TOTAL			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
HERMANO MAYOR	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5.26		
MADRE	1	100	-	-	1	100	1	33.33	-	-	-	-	5	45.4	8	42.10		
PADRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100	1	9.09	2	10.52		
PADRES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	18.1	2	10.52		
SALEN POR SU CUENTA	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-	-	-	1	5.26		
SUEGROS	-	-	-	-	-	-	1	33.33	-	-	-	-	1	9.09	2	10.52		
NO SABEN	-	-	-	-	-	-	1	33.33	-	-	-	-	-	-	1	5.26		
ABUELA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	18.1	2	10.52		
TOTAL	1	100	1	100	1	100	3	100	1	100	1	100	11	100	19	100		

Fuente: Datos recopilados por las investigadoras

En toda familia, la autoridad y el poder están centrados en los progenitores, los padres deben regular el crecimiento y desenvolvimiento de los miembros de la familia a través de su historia, pero también debe poseer sus propias pautas de autoridad encaminadas a lograr una relación funcional, en la cual los miembros sienten un respeto mutuo, intimidad emocional, apoyo y habilidad de comunicarse uno con otro para vislumbrar sus problemas referentes a su interacción como cónyuges, la existencia de acuerdos respecto a los asuntos básicos de la vida en común ya sean en las áreas sociales, sexuales, de los como la forma de privilegio y de sanciones.

Las pautas jerárquicas se deben ir acomodando a la evolución y crecimiento que experimentan los miembros de la familia.

En el 42.3% de la tabla analizada, es la madre quien otorga los permisos y en gran número de los casos estos son autocráticos y a la vez permisivos, presentando una línea de autoridad ambivalente otro porcentaje significativo lo genera la abuela (10.52%), quien es gestora de los procesos afectivos de autoridad cuando la familia es extensa; involucrandose en forma directa en todas las situaciones que se presentan en la familia, en cuanto al área social la abuela al explorar la existencia de libertad en la escogencia de amistades, por tanto tiene la autoridad para decidir y discriminar las relaciones extrafamiliares.

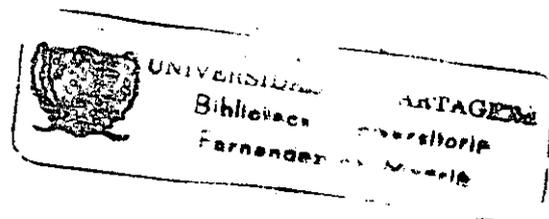
Es importante señalar que en éste tipo de estructura es frecuente las relaciones triangulares donde se estable coacción intergeneracional apareciendo un sistema combativo y desafiante.

Los adolescentes quedan atrapados en una relación triangular donde dos pregenitores (sean padres), (madre-abuela, padrastro y madre entre otros) en conflicto manifiesto o encubierto, intrangularon en contra del otro, la simpatia o apoyo de la hija. Este tipo de relación es seriamente disfuncional y exacerba la aproximación de los síntomas entre ellos el embarazo.

El grupo de adolescentes que reciben atención médica en la Clinica de Maternidad Rafael Calvo respondió a esta pregunta lo siguiente: los permisos los dan el hermano mayor 5.26%, la madre un 42.10%, el padre 10.52%, salen por su cuenta 10.52%, la suegra 10.52%, no salen 5.26%, la abuela un 10.52%.

Como se pudo ver la autoridad la ejerce el dueño de la casa así esté presentes los padres o el marido de la joven, el permiso hay que pedirlo al dueño de la casa. Lo mismo pasa con los adolescentes hombres, la libertad la marca la independenciam económica, no importa edad o sexo.

Se observa que la joven carece de autonomía representado, en que solo el 10.52% de ellas, salen de la casa sin solicitar permiso, los



porcentajes restantes deben dar a conocer sus movimientos lo que denota un escaso grado de libertad y manejo de responsabilidad. Ni siquiera la maternidad posibilita una actitud menos represiva y con posibilidad de diálogo.

TABLA 21: LIBERTAD QUE TIENEN LOS HIJOS PARA ESTABLECER RELACIONES CON EL SEXO OPUESTO EN LA FAMILIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE RECIBEN ATENCION MEDICA EN LA CLINICA DE MATERINIDAD RAFAEL CALVO 1994

116

LIBERTAD DE LOS HIJOS CON EL SEXO OPUESTO	ADOLESCENTES	
	No.	%
ACEPTAN	6	31.57
HOMBRES MAS LIBERTAD	1	5.26
NINGUNA	4	21.05
NO ACEPTAN	1	5.26
NO VIGILAN	1	5.26
POCO	2	12.52
REGAÑAN	1	5.26
SI	3	15.78
TOTAL	19	100

Fuente: Datos recopilados por las Investigadoras.

117

TABLA 22: EDAD ESTABLECIDA PARA LA UNION Y ELECCION DE LA PAREJA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE RECIBEN ATENCION MEDICA EN LA CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO CARTAGENA 1994

EDAD ESTABLECIDA PARA LA UNION	ELECCION DE PAREJA								TOTAL	
	Fisico		Emocional		Otras		No.	%	No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%				
14 - 16	-	-	4*	28.57	1	50	5	26.31		
17 - 19	2	66.66	8	57.14	-	-	10	52.63		
20 - 22	-	-	2	14.28	-	-	2	12.52		
23 - 25	-	-	-	-	1	50	1	5.26		
CUALQUIER EDAD	1	33.33	-	-	-	-	1	5.26		
TOTAL	3	100	14	100	2	100	19	100		

Fuente: Datos recopilados por investigadoras

Las relaciones entre lo masculino y lo femenino no pueden verse de manera arbitraria o aislándose del contexto socio-cultural, puede existir en algunas culturas una información de género.

Entendiendo por poder la capacidad de una persona para imponer su voluntad sobre otra u otras.

Las personas constituyen en el transcurrir del ciclo vital los roles que entra a desempeñar cada género, el hombre esta en la cultura y la mujer en la natural o significado de su función material, ambas tareas adquieren ante los ojos de la comunidad valores diferenciales muy determinados que marcan también la superioridad del hombre como agente de la sociedad y la subordinación femenina como expresión de fisiología reproductiva.

La imagen del hombre y de mujer se moldea para acoplarse a los postulados del poder. La socialización solo permite desarrollar aquello que lo beneficia y recorta lo que no debe permitirse para ejercerlo en la forma dispar de los géneros.

Las condiciones del entorno, evolucionan forzando el cambio en los mecanismos del poder entretenidamente las instituciones colombianas entran en una actividad dinámica cuya visión se proyectó en lo necesario para mostrar el mito del manejo del poder en las relación de los sexos.

El niño desde la etapa preescolar comienza su socialización, la relación con sus padres es necesaria para afianzar su personalidad.

El adolescente necesita del grupo porque aislado no puede lograr desarrollarse los padres en ocasiones no respetan la independencia del joven y tratan de imponer sus puntos de vista, rechazan las amistades de los jóvenes, critican la forma de vestir, la música, las fiestas, con lo cual activan las conductas de rebeldía.

En el grupo de adolescentes que reciben atención médica en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo encontramos que el 31.57% aceptan que sus hijas se relacionen con el sexo masculino, el 26.21% no lo aceptan, el 23.04% poco lo aceptan y el 15.78% ven con buenos ojos que sus hijos tengan amigos.

En cuanto a la edad y elección de pareja encontramos que las adolescentes consideran que la edad para establecer relaciones es la siguientes : el 26.31% entre 14 y 16 años, el 52.63% entre 17 y 19 años, el 12.52% entre 20 y 22 años un 5.26% entre 23 y 25 años y un 5.26% a cualquier edad.

TABLA 23: RESPONSABILIDAD DE LA EDUCACION DE LOS HIJOS Y ORIENTACIONES SEXUALES
 EN LA FAMILIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE RECIBEN ATENCION
 EN LA CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO
 CARTAGENA 1994

(MADRE - ADOLESCENTE) EDAD DE LA 1a. RELACION SEXUAL	QUIEN DA LAS ORIENTACIONES SEXUALES														TOTAL	
	Hermanos entre sí		Madre		Ninguno		Padre		Profesor		Por la calle		Tía materna		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
MADRE	2	100	1	50	5	50	1	50	-	-	1	100	-	-	10	52.63
PADRE	-	-	1	50	-	-	1	50	-	-	-	-	-	-	2	12.56
PADRES	-	-	-	-	3	30	-	-	1	100	-	-	-	-	4	21.01
SUEGRO	-	-	-	-	1	10	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5.26
SUEGRA	-	-	-	-	1	10	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5.26
TIA MATERNA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100	1	5.26
TOTAL	2	100	2	-	10	100	2	100	1	100	1	100	1	100	19	100

Fuente: Datos recopilados por investigadoras

TABLA 26: ESCOLARIDAD Y OCUPACION DEL CONYUGE DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE RECIBEN ATENCION EN LA CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO CARTAGENA 1994

ESCOLARIDAD CONYUGE	OCUPACION CONYUGE											
	Estudiante		Trabajador formal		Trabajador informal		No responde		Desempleado		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
PRIMARIA COMPLETA	-	-	3	42.85	2	33.33	-	-	-	-	5	26.31
SECUNDARIA INCOMPLETA	2	66.66	1	14.28	3	50	-	-	1	100	7	36.84
SECUNDARIA COMPLETA	1	33.33	4	57.14	1	16.66	-	-	-	-	6	31.37
NO RESPONDE	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-	1	5.26
TOTAL	3	100	7	100	6	100	1	100	1	100	19	100

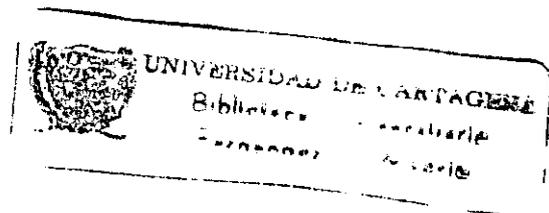
Fuente: Datos recopilados por las investigadoras

De acuerdo con la escolaridad de los cónyuges de los adolescentes embarazadas encontramos que en un 26.31% hay primaria incompleta, esto nos demuestra el grado de deserción escolar que existe en este grupo de población y en donde los adolescentes optan por otros estilos de vida. Ver tabla 26

Existen igualmente un 36.84% que no han cumplido sus estudios de secundaria, por lo tanto, se han visto en la necesidad de optar por trabajos alternativos que apoyen su subsistencia.

Hay además un 31.57% que han culminado sus estudios de seguridad, si analizamos los dos porcentajes encontramos que se hace necesario, que se refuercen en los estamentos educativos conocimientos, aptitudes y prácticas de la educación sexual. El aspecto decisivo de la educación sexual lo juega la familia y es uno de los componentes más importantes de la educación en general. Precisamente la deserción escolar en estos casos es por tener que suplir con obligaciones de padre y marido.

Conviene así mismo recordar que la educación sexual en el estado actual de nuestra cultura, no es otra cosa que, un sistema razonado de respeto mutuo. Toda educación sexual debe estar exento de represión. Esta proposición exige un planteo cuidadoso que la educación sexual no debe ser represión no quiere decir de ninguna manera, que lo sexual debe ser aceptado todo lo contrario el pudor, la intimidad y el recato forman parte del aspecto personal del sexo.



Vislumbrando la necesidad que se presenta en todos los estratos poblacionales en cuanto al manejo de la sexualidad el Ministerio de Educación Nacional en los colegios se brinda en la actualidad orientación sexual a los jóvenes porque los padres o las personas que tienen a su cargo la educación de éstos se limitan a la prohibición de las relaciones genitales, con lo cual muchas veces despiertan en el joven la curiosidad por lo desconocido. Se pudo observar que el nivel educativo de los padres de las adolescente embarazadas no les permite una buena orientación, por tal el proceso familiar para que no se presente conflictos generacionales.

Las adolescentes entrevistadas manifestaron lo siguiente : el 52.63% fue orientada por la madre, por el padre el 33.57%, el 5.26% por una tía, el 26.27% lo que ha oído de educación sexual es por parte de los suegros con relación a las cuñadas. Ver tabla 23

Esto nos demostró como en el hogar esta educación es descuidada y los jóvenes aprenden por su cuenta con los grupos de pares, tan desorientados como ellos, porque los conocimientos impartidos en el hogar no corresponde al cumplimiento del propósito educativo, razón por la cual se inician relaciones sexuales tempranas fundadas en la curiosidad.

TABLA 24: CONCEPCION DE LAS FORMAS DE UNION ESTABLECIDAS POR LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONSULTA EN LA MATERINIDAD RAFAEL CALVO CARTAGENA, 1994

FORMA DE UNIONES ESTABLECIDAS	ADOLESCENTES	
	No.	%
CADA UNO EN SU CASA	1	5.26
CASADO	5	26.31
SOLTERAS	1	5.26
NO RESPONDE	1	5.26
UNION LIBRE	11	57.89
9	3	15.78
10	1	5.26
TOTAL	19	100

Fuente: Datos recopilados por las Investigadoras.

Dentro del grupo de adolescentes embarazadas encontramos que las formas de uniones que se presentan nos demuestran que un porcentaje de 5.26% son partidarios que cada uno estén en su casa, esto da lugar a que se presenten irresponsabilidades un mal manejo del afecto y de las relaciones sexuales. Ver tabla 24

Igualmente encontramos un 26.31% de adolescentes que prefieren el matrimonio por considerar que este además de ser un ritual, le dá permanencia a la relación y estatus social.

En cuanto a la unión libre hay un 57.89% es el porcentaje más significativo y esto nos denota que el ejercicio de la sexualidad puede ser fuente de inmenso placer y expresión de sentimientos profundos, pero también puede ser fuentes de graves trastornos en la vida personal y social del individuo.

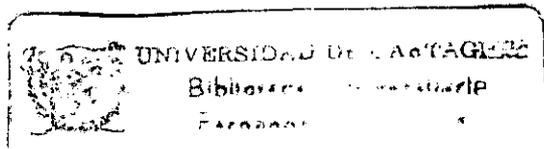
En la misma medida en que el sexo puede ser un ejercicio para la comunicación entre los seres humanos. La unión libre es el comienzo de escape de las normas de control que la comunidad ejerce sobre el individuo en la estructura de la familia de procreación. Como lo expresa Virginia Gutierrez "la atracción física desemboca pronto en culminación biológicas". (1)

1/ GUTIERREZ DE P. Virginia. Familia y Cultura en Colombia. Coediciones del Tercer Mundo y Departamento de Sociología, 1975.

Quiere decir que existe un cortejo en donde un tiempo determinado concluye con unas relaciones sexuales no estable y fuera de control familiar, hasta cuando es reconocido y aceptado por la comunidad.

Los motivos más frecuentes que se dan y que obligan a que la pareja afronte sus relaciones es el embarazo de la joven, convirtiéndose esto en un compromiso "formalización " de una unión no necesariamente el matrimonio.

Este tipo de unión para la imagen masculina, no presiona a su libertad ni lo limita porque, es obligaciones voluntarias que además, lo satisface sin que lo limite sin compromisos legales forzosos, sintiéndose de esta manera capaz de alejarse de esta relación en cualquier momento que no se sienta gratificado.



127

TABLA 25: EDAD Y PROCEDENCIA DE LOS CONYUGES DE LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS QUE RECIBEN ATENCION EN LA CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO
CARTAGENA 1994

EDAD CONYUGAL	PROCEDENCIA CONYUGAL										TOTAL	
	Cartagena		No responde		Palenque		San Joaquín				No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%				
16 - 19	7	-	-	-	1	100	1	100	1	100	9	47.36
20 - 23	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	21.05
24 - 27	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	15.78
28 - 31	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5.26
32 - 35	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5.26
No responde	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	1	5.26
TOTAL	16	100	1	100	1	100	1	100	1	100	19	100

Fuente: Datos obtenidos por las investigadoras

Del estudio realizado a las 19 adolescentes embarazadas, analizamos también la edad y procedencia de los conyuges de éstas vemos que un 47.36% tienen edades entre 16 - 19 años y su procedencia es Cartagena. Este es el dato significativo y que demuestra las hipótesis planteadas.

Si analizamos las edades de 16 - 19 años es un período en el cual se dinamizan diversos procesos a nivel físico, genético, cognocitivo, emocional y del comportamiento social todos ellos enmarcados dentro de un contexto cultural específico.

Este período de transición lleva al joven desde una perspectiva de género a modificar sus roles y conductas convirtiéndose en una etapa llena de riquezas y logros, pero también en un período donde se manifiestan conductas riesgosas o comportamientos peligrosos que puedan llegar a desencadenar procesos patológicos específicos.

La adolescencia es un período en el que el joven se ve afectado por rápidos y profundos cambios que conllevan la necesidad de modificar sus roles y conductas de acuerdo con su propia evolución.

En cuanto a la procedencia vemos que la problemática en Cartagena cada día se va acrecentando y no es más sino la influencia del contexto. Los patrones socio-culturales varían de una cultura a otra y más que todo en aquellas culturas marginadas, quienes por sentirse excluidos del

orden existente moldean su propia vida de acuerdo a sus interés cotidianos.

Son patrones que han sido a fuerza de costumbre interiorizados por los individuos quienes lo establecen y lo consideran parte fundamental de su modo de vida.

TABLA 27. CRITERIOS ACERCA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES QUE RECIBEN ATENCION EN LA CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO CARTAGENA, 1994

QUE PIENSA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR	ADOLESCENTES	
	No.	%
ESTA DE ACUERDO DESPUES DEL PRIMER HIJO	10	52.63
EVITA HIJOS	2	10.52
EMBARAZO NO DESEADO	1	5.26
NO SABE	6	31.57
T O T A L	19	100

Fuente: Datos recopilados por las Investigadoras.

TABLA 28: UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS POR PARTE DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA QUE RECIBE ATENCION EN LA CLINICA DE MATERINIDAD RAFAEL CALVO 1994

UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	P O R Q U E									
	CONDICIONES ECONOMICAS		PARA NO TENER HIJOS		DESCONOCEN		NO RESPONDEN		TOTAL	
SI	2	100	10	100	2	100	1	20	15	78.94
NO	-	-	-	-	-	-	4	80	4	21.05
TOTAL	2	100	10	100	2	100	5	100	19	100

Fuente: Datos recopilados por las Investigadoras

132

TABLA 29: EDAD DE LA PRIMERA RELACION GENITAL Y EL INICIO
 A VIVIR CON SU MARIDO LAS MADRES DE LAS ADOLESCENTES
 EMBARAZADAS QUE RECIBEN ATENCION EN LA CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO
 CARTAGENA 1994

(MADRE - ADOLESCENTE) EDAD DE LA 1a. RELACION SEXUAL	EDAD DE INICIO DE CONVIVENCIA MARITAL					TOTAL	
	13 - 17	18 - 22	23 y más	No responde	No.	%	
13 - 17	11	-	-	1	12	63.15	
18 - 22	-	-	1	-	1	5.26	
23 y más	-	-	1	-	1	5.26	
NO RESPONDE	-	-	-	5	5	26.31	
TOTAL	11	1	1	6	19	100	

Fuente: Datos recopilados por las investigadoras

TABLA 30: NUMERO DE UNIONES DE LA MADRE Y EXISTENCIA DE PADRASTRO
 DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE RECIBEN
 ATENCION EN LA CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO
 CARTAGENA 1994

NUMERO DE UNIONES (MADRE)	EXISTENCIA PADRASTRO						TOTAL	
	SI		NO		No.	%	No.	%
	No.	%	No.	%				
1	1	11.11	5	50	6	31.57		
2	6	66.66	1	10	7	38.84		
3	2	22.22	2	20	4	21.05		
NO RESPONDE	-	-	2	20	2	12.56		
TOTAL	9	100	10	100	19	100		

Fuente: Datos recopilados por las investigadoras

Dentro del proceso de Investigación-Intervención con el grupo de adolescentes embarazadas, se vislumbro que existe una conducta repetitiva en la adolescente embarazada, al igual que su madre, puesto que ellas ven como normal tener relaciones sexuales a temprana edad, y si identificamos el modelo que se genera en las familias es la madre el modelo ideal y además perfecto para imitar.

Así, el 63.15% de las madres adolescentes del grupo objeto de estudio tuvieron su primera relación a los 17 años y el 36.83% tuvo su primera relación después de los 18 años.

Es importante anotar que aunque hay un alto índice de uniones libres un 31.57% sigue con su compañero desde que se unieron, esto expresa que no siendo la unión legal, sí existe un grado de estabilidad, lo que denota la decisión de conformarse hombre y mujer para convivir en forma permanente.

Así mismo el 36.84% ha tenido más de una unión convirtiéndose esto en uniones inestables, y que de buena forma induce a que el adolescente adopte comportamientos de inseguridad y asuma la alternativa de salir de su hogar tomando la determinación de entablar una relación marital, que no posibilita verdaderos encuentros dificultando así instancias comunicativas, de doble vía, armónicas de tolerancia, respeto, ternura, libertad e igualdad como valores indispensables para la construcción de una relación de pareja funcional.

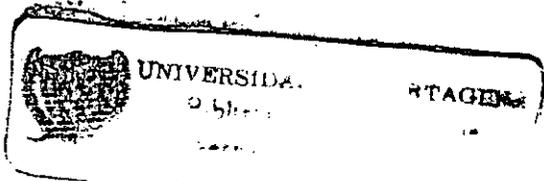
Del total de la población de los familiares de las adolescentes que no dieron respuesta a los estudios realizados el mayor porcentaje corresponde a los miembros que se encuentran en etapa de madurez (59%), la evasión a esta respuesta se debe a la poca importancia que representa para ellos el nivel de estudios que alcanzaron, algunos saben leer y escribir ya que el medio al cual pertenecen, ofreció a esta generación menos oportunidad en el aspecto educativo. A pesar de esto es apreciable que la generación siguiente en su la oportunidad totalidad ha tenido la oportunidad de alcanzar un porcentaje alto en estudios de bachillerato (67%) indicando la preocupación de la familia y del estado de ofrecer estudios a su hijos para mejorar la calidad de los mismos. Ver tabla 31

Al seguir se evidencia que en el total de la población de los familiares de las adolescentes embarazadas que se encuentra entre los 13 a 18 años, el mayor porcentaje corresponde a quienes terminaron estudios de básica primaria (41%), luego en su orden esta la población que presenta bachillerato incompleto lo que permite indicar que escasamente llegan a cumplir con la primaria debido a que muchos deciden abandonar los estudios por iniciar su vida de pareja o vincularse al campo laboral satisfaciendo las necesidades básicas con los ingresos que reciben.

Otro aspecto encontrado es que del total de la población de familias de las adolescentes embarazadas el 39% presentan básica primaria

incompleta, esto debido a que aún son puberes que por su edad aún se encuentran en ese proceso de escolaridad y puedan culminarla.

Este tipo de familia residente en zonas marginales presentan un alto grado de deserción escolar por sus mismas condiciones, la educación no es elemento primordial de superación y progreso, lo mejor es hacerse mujer e independizarse pero esto se convierte en una dificultad mayor a la lista de deprivación que debe enfrentar la joven y su familia.



137

TABLA 31: EDAD Y ESCOLARIDAD DE LOS FAMILIARES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE RECIBEN ATENCION EN LA CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO CARTAGENA 1994

EDAD (AÑOS)	QUIENES LO EJERCEN																TOTAL	
	Jard-Guar-Preesc.		Primaria incompleta		Primaria completa		Bto. incompleto		Bto. completo		Analfabeta		No responde		No.	%		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%				
0 - 7	10	100	6	14.63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	12.30		
8 - 12	-	-	16	39.02	1	5.88	2	7.40	-	-	1	100	-	-	20	15.38		
13 - 18	-	-	9	21.95	7	41.17	10	37.03	1	8.33	-	-	-	-	27	20.76		
19 - 35	-	-	6	14.63	4	23.54	12	44.44	8	66.66	-	-	5	22.7	35	26.92		
36 - 50	-	-	2	4.87	3	17.64	2	7.40	3	25	-	-	13	59.0	23	17.69		
51 Y MAS	-	-	2	4.87	2	11.76	1	3.70	-	-	-	-	4	18.1	9	6.92		
TOTAL	10	100	41	100	17	100	27	100	12	100	1	100	22	100	130	100		

Fuente: Datos recopilados por las investigadoras

3. PROPUESTA DE INTERVENCION.

**MUJER ADOLESCENTE EN BUSCA DE ESPACIOS,
QUE DINAMICEN SU DESARROLLO.**

3.1 JUSTIFICACION

La creación de programas para brindar atención a la adolescente embarazada solo puede desarrollarse en forma eficaz, cuando el problema abordado es entendido como un conjunto de síntomas que tienen su manifestación en factores socio-culturales. Esta problemática suele expresar aquello que acontece en los vínculos humanos.

La necesidad de su abordaje debe generar mayores posibilidades de vida en la población materno-infantil lo que solo será una realidad si se dimensiona como un problema de salud integral, enfatizando aquellos factores individuales, familiares y sociales que preservan el mantenimiento de la misma, vislumbrando recursos privados, estatales, comunitarios que participen mancomunadamente, en la ejecución de proyectos educativos que le den mayores posibilidades no solo a la joven y su hijo, sino al padre y a la estructura familiar de origen siempre presente contribuyendo con sus fortalezas y debilidades a mantener el síntoma o generar transformaciones que perturben el contexto individual y social.

La opción de cambio se construye solo al lograr que estos grupos de jóvenes se constituyan en sujetos de sí mismos, de su vida, de su cuerpo de su sexualidad, de su gozo, de su dolor, sus fantasías, sueños, posibilidades lo que les permitirá la selección de opciones dignas de e íntegras como sujetos sociales.

Es fundamental que ésta construcción irradie las funciones que ancestralmente han tenido los géneros donde lo masculino ha estado ligado a conductas de poderío, gozo, superioridad, incapacidad para expresar sentimientos de dolor, afecto, ternura, debilidad y lo femenino ligado a conductas de sumisión, sufrimiento, abnegación, relaciones de subalternidad que implica la desconstrucción de una ética de autoagresión y por el contrario generar procesos de convivencia, reciprocidad, relaciones intergenero solo fundamentadas en una estructura de relaciones simétricas, horizontales que se constituyan en encuentros con el otro donde se promuevan instancias comunicativas, de doble vía armonicas de tolerancia, respeto, ternura, decisiones conjuntas libertad e igualdad.

El planteamiento de esta propuesta está fundamentado en resultados obtenidos en la investigación donde se muestra información relevante, sobre factores individuales, familiares y socio-culturales como contribuyentes en la aparición del fenómeno de la adolescente embarazada.

El proceso de **Investigación- Intervención** se consolidó a través de un trabajo educativo, constituyendose en la estrategia principal a través del cual se profundizó en el conocimiento del problema, se amplió la concepción de la familia, fomentando relaciones interpersonales que

posibilidades de establecimiento de metas personales para el mejoramiento de sus condiciones de vida.

El grupo de jóvenes y sus familias han sido el eje de la acción profesional, ya que siendo la mujer la principal transmisora de valores e impacto dentro de la sociedad, es necesario perturbar este grupo humano para el logro de su transformación social.

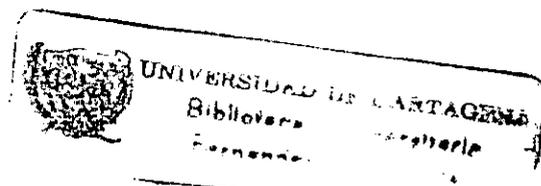
Es importante resaltar de los datos obtenidos que existe escasa participación del padre en la crianza y socialización de la hija, papel reactivado por la cultura, lo que posibilita relaciones desligadas entre padre e hija y sobreinvolucradas con la madre, no dando la opción de acuerdos parentales, variable que precipitan la conformación temprana de familia.

Los diagnósticos sociales muestran evidencias de cómo la población juvenil ha sido afectada como resultado de cambios sociales, expresados por las carencias, cambios de valores, escasos proyectos individuales, inestabilidad familiar y social, lo que genera fenómenos de delincuencia, violencia, prostitución, embarazos indeseados, enfermedades de transmisión sexual, lo que sustenta el planteamiento de programas para el fortalecimiento de alternativas que lleven a las jóvenes a construir un proyecto de vida propio humano y digno.

Es así como la acción profesional surge para dar respuesta a la incidencia del problema de la adolescente embarazada identificado a través del proceso de investigación de archivos clínicos en hospitales y clínicas de la ciudad de Cartagena donde el mayor índice de partos atendidos se presentan en la Clínica Maternidad Rafael Calvo, donde de cada 100 partos 22 corresponden a jóvenes, situación que ilustra el delicado reto social que enfrenta el sistema de salud local, lo que se constituyó en sustento para el desarrollo de esta propuesta educativa con este grupo poblacional.

Este esfuerzo de investigación intervención tuvo como propósito que las entidades que trabajan con la joven mujer y su familia puedan responder a las necesidades propias de su condición que aún no han sido resueltos por el estado, la familia y/o el contexto social.

Es importante resaltar el énfasis planteado por la política social dirigida al desarrollo de acciones para este grupo poblacional ameritando la conformación de una red para canalizar servicios interinstitucionales que supere el fraccionamiento en los niveles de atención y promoción, prevención y tratamiento y facilitando las acciones conjuntas donde los recursos sean verdaderamente aprovechables y los resultados cualificados.



La red como forma de organización social sólo puede lograrse en la medida que se genera un proceso educativo de doble vía dirigido a :

- a) La adolescente su pareja y familia
- b) El equipo de salud que diseña y ejecuta el programa
- c) La red inter-institucional, requerida para aportar recursos y acciones que estimulen esfuerzos conjuntos en la calidad de los servicios y la solución del problema.

Este esfuerzo se hace eficiente en la medida que las disciplinas, profesiones, objetivos institucionales interactúan armónicamente donde se establecan puntos de encuentros para entender el problema y las soluciones, lo que facilita canales de comunicación conscientes, eficaces y así entretrejer conceptos - métodos y estrategias para el logro de metas comunes.

El fin último de este proceso es sembrar las bases para la joven madre en la construcción de un ser humano renovado, autónomo, capaz de decidir responsablemente y de compartir en la interrelación con su hijo sentimientos de afecto, respeto y amor, únicos valores que hacen posible que la tolerancia, ternura, libertad e igualdad sean una realidad.

3.2. Objetivos

3.2.1. Objetivos Generales

- Propiciar cambios en los valores, conocimientos y actitudes en jóvenes embarazadas y su familia, con relación a su salud reproductiva, sexualidad, respeto, responsabilidad y autodeterminación, lo que permitirá sentar las bases en la construcción de un ser humano capaz de decidir responsablemente y compartir en la interacción con su hijo.
- Estimular la red interinstitucional que posibilite acciones concretas y coordinadas para brindar atención integral a la adolescente embarazada y su familia.

3.2.2. Objetivos Específicos

- Promover prácticas de autocuidado en salud, lo que permitirá el bienestar físico y mental en la adolescente embarazada y su niño.
- Generar una mejor relación hombre-mujer a fin de lograr mayor equidad en la relación conyugal y en las funciones de género.
- Promover la participación del padre en la crianza y socialización de los hijos fomentando el afecto, responsabilidad, gratificación y compromiso en esta relación.

- Fortalecer en la joven embarazada la autovaloración, confianza, seguridad y respeto por sí misma, lo que se constituye en un soporte fundamental en sus relaciones parentales y conyugales.
- Capacitar en el desarrollo de destrezas y habilidades manuales, como instancia preparatoria para ejercer adecuadamente el rol materno.
- Establecer interacción con instituciones que atiendan el problema, lo que permitirá aunar esfuerzos para el lineamiento de planes de acción y el enriquecimiento mutuo.

3.3. Fundamentos Teóricos de la Propuesta de Intervención

3.3.1 La Cultura y el Sistema Familiar del Adolescente

- Entender el problema del adolescente trascenderlo al contexto donde ella interactúa. En primera instancia su familia, definida ésta como el grupo natural que en el curso del tiempo elabora pautas de interacción que constituyen la estructura familiar, la que rige el funcionamiento de cada uno de sus miembros, define su gama de conductas y facilita y dificulta la interacción recíproca.

La familia como unidad dinámica está en continuo proceso de transformación y sujeta tanto a presiones internas (la de sus miembros) como a externas (la de las instituciones sociales).

Así la familia que alcanza su ciclo vital con hijos adolescentes debe enfrentar una doble crisis : la de los padres que entran en la edad media evaluando sus metas, aspiraciones y fracasos y la de los hijos que llegan al final de una etapa conducente a asumir permanentes modificaciones. Esta convergencia de crisis hace a padres y adolescentes más vulnerables sobre todo cuando llegan a este momento con problemas irresueltos y relaciones interpersonales disfuncionales.

Otra instancia favorecedora del problema son los factores socio-culturales que conciben a la mujer programada desde su primera infancia para la maternidad, asociandose su sexualidad exclusivamente a la función de ser madre y objeto de satisfacción del hombre.

Al llegar a la adolescencia se espera que la joven viva en un mundo rodeado de fuertes y rígidos controles y normas y el adolescente empujándolo a mostrar su virilidad factores que se enfrentan en contraposición para establecer adecuadas relaciones de hombre-mujer en su condición de pareja.

disminuir la morbilidad, sino que también permite el fortalecimiento de la familia y la comunidad, interviniendo en el fenómeno de salud y en la prevención y manejo de riesgos sico-sociales.

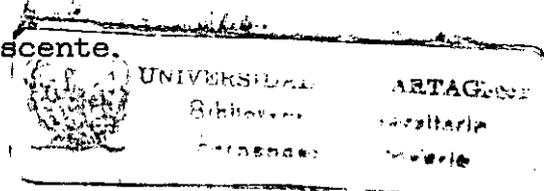
Por lo anterior se entiende la salud integral desde dos niveles:

- a) Tener en cuenta aspectos físicos, psíquicos, económicos y sociales de la joven y su familia.
- b) El trabajo de salud debe permitir un papel activo y protagónico de la familia en la conservación y recuperación de la misma.

El desarrollo de este proceso se logra a través de :

- Atención básica en salud de la joven y el neonato.
- El autocuidado, a través de un proceso de enseñanza-aprendizaje flexible que surja de los requerimientos del grupo.

El aprendizaje se especifica en términos prácticos no en términos de comprensión abstracta o teórica. En su dinámica metodológica se incluye la capacitación de la joven, su pareja (si la tiene) y demás miembros del sistema familiar, donde se obtiene como fin el aprendizaje para la reflexión, la acción y el cambio basados en las características, necesidades y aspiraciones de la joven adolescente.



3.4. Metodología de la Propuesta de Intervención

Tomando como base los anteriores planteamientos teóricos en un intento de crear formas de abordaje que faciliten unas condiciones de vida más humanas y permitan el crecimiento y desarrollo de la adolescente y su familia, se utilizará simultáneamente los subsistemas de atención que conforman el sistema social.

3.4.1. Subsistema Individual

El foco primordial de la acción profesional es la adolescente y el neonato donde se brindó en forma permanente:

- Atención médica
- Orientación familiar y jurídica
- Conocimiento de sus condiciones de vida
- Proceso de capacitación, donde se reforzó: la autovaloración, educación sexual, relaciones interpersonales y proyectos de vida.

3.4.2. Subsistema Grupal

Permitió el desarrollo de un proceso de capacitación en áreas de crecimiento y desarrollo humano, generando la socialización de

conceptos, experiencias, dificultades, consolidación, cohesión, sentido de pertenencia, y compromiso, en la búsqueda de alternativas y recursos conjuntos que posibilitaron la interacción con su grupo de iguales.

3.4.3. Subsistema Familiar

Desde el primer momento se estableció un acercamiento y vinculación del sistema familiar al proceso de intervención, estimulando a los miembros disponibles en entrevistas al medio familiar al proceso de grupo y así lograr un comprometimiento real con la joven y buscar formas conciliatorias que generaron acuerdos sobre su nuevo papel como persona madre y pareja.

3.4.4. Subsistema Conyugal

Este subsistema fundamental en el desarrollo familiar permitió buscar relaciones más igualitarias responsabilidades parentales repartidas aportando alternativas que favorecieron procesos de acomodación y reorganización y así constituir una estructura familiar más funcional.

3.4.5. Subsistema Equipo Profesional

El equipo de trabajo se constituyó en el ente ordenador y de organización que activo el desarrollo del proceso de investigación-intervención.

Se acercó paulatinamente alrededor de propósitos comunes partiendo de:
la necesidad del contexto para abordar el problema de la adolescente embarazada.

- Fortalecimiento de insumos teóricos y metodológicos comunes para el desarrollo del trabajo.
- Aporte de experiencias anteriores para facilitar las acciones presentes.
- Disposición a la consolidación responsabilidad y compromiso compartido.
- Metas comunes para brindar alternativas al adolescente y su familia.

3.4.6. Subsistema Institucional

El proyecto requirió para su ejecución nutrirse de los recursos institucionales en este caso (la maternidad Rafael Calvo), generando la participación activa y movilización de profesionales y servicios para atender a la adolescente y así trascender a la meta de un trabajo mas cercano, humanizante, interdisciplinario que propenda por la salud

integral de la misma. Esta propuesta se estableció para disminuir los factores de riesgo a que la joven se enfrenta con el embarazo precoz.

3.4.7. Red Interinstitucional

Esta propuesta se convirtió en la posibilidad de multiplicar la eficacia de acciones, generar servicios en coordinación con otras entidades que evite la ejecución de acciones aisladas y duplicidad de servicios.

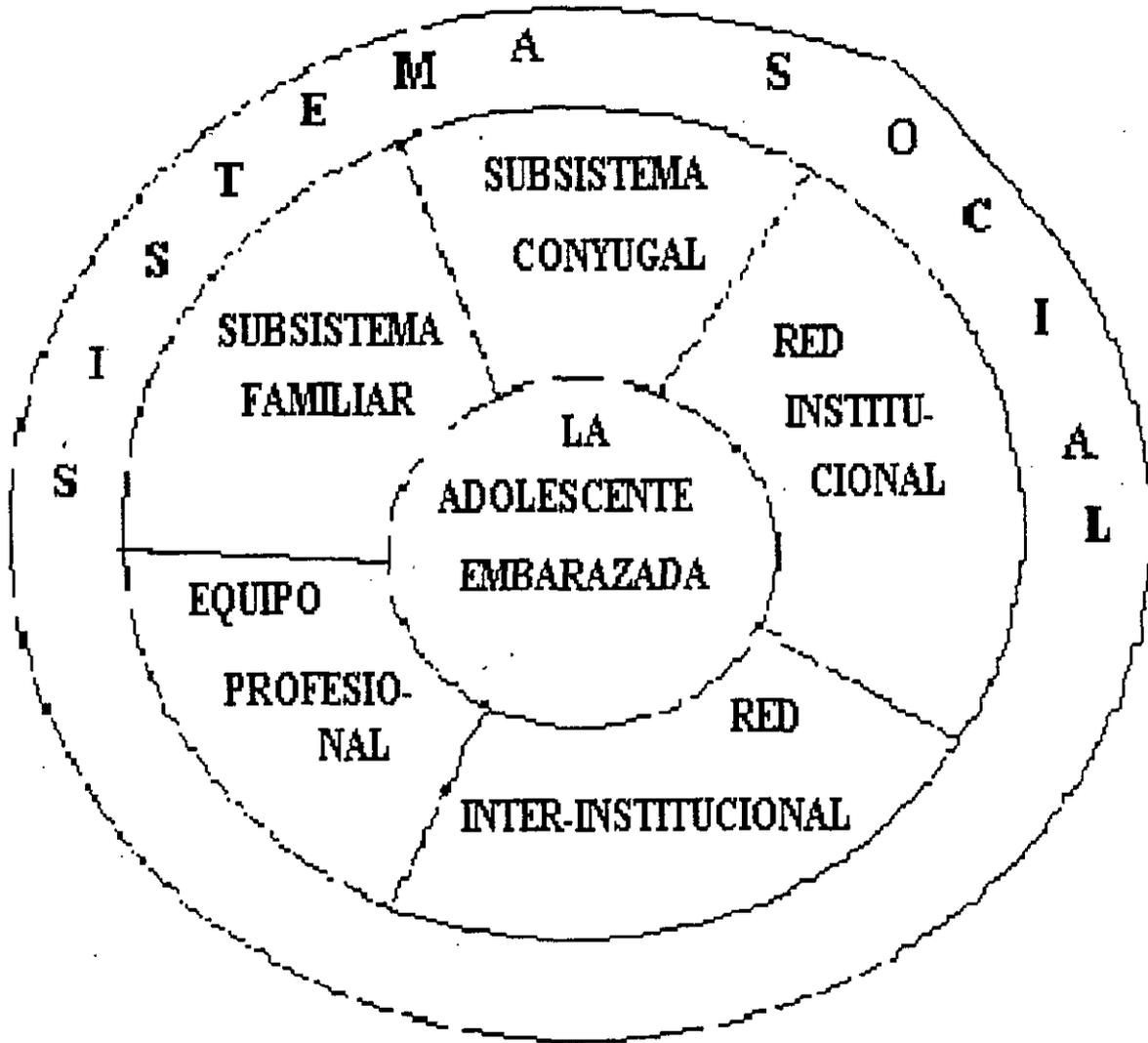
La red se debe constituir no como un programa transitorio sino permanente con una organización ágil que ofrezca el servicio requerido por la joven y su familia.

3.4.7.1 Momentos en la Organización de la Red

- Desarrollar un inventario de instituciones estatales y Organizaciones no Gubernamentales, en posibilidad de brindar servicios a la adolescente embarazada.

- Estimular la cofinanciación de programas dirigidos a la adolescente embarazada lo que aumenta las posibilidades de acceso de la población a los servicios.

SUBSISTEMAS INVOLUCRADOS EN LA ATENCION PROFESIONAL



- Analizar en que porcentaje se brindan los servicios en relación a la demanda del mismo. En el proceso realizado se cubrió aproximadamente el 2.5% de las adolescentes embarazadas que asisten a la Clinica de Maternidad Rafael Calvo.

- Sensibilizar a directores de instituciones personal profesional, técnico y la comunidad sobre su papel en el establecimiento de un servicio apropiado para responder a las demandas de la población.

- Establecer espacio de análisis en el abordaje del problema y sus soluciones que posibilite un sistema de atención integral con cobertura adecuada, identificando la población de mayor riesgo.

- Entender a la joven y su familia como agentes protagonistas de su cambio, ofreciendo posibilidades para asumir en forma responsable los requerimientos que la situación exija.

3.5. Proceso Operativo de Intervención Profesional

El proceso operativo se efectuó a través de un equipo interdisciplinario conformado por un Médico, cinco Trabajadores Sociales, una Emfermera, Abogado y Psicólogo cuando se requiera.

Este equipo tuvo a su cargo la atención de la salud integral de 19 adolescentes embarazadas, objeto de estudio, y su familia, con las cuales se desarrolló una alternativa metodológica de fortalecimiento a la nueva estructura familiar de la adolescente embarazada, en la ciudad de Cartagena.

Desarrolló de funciones generales y específicas en el trabajo con las adolescentes.

Entre las funciones generales tenemos:

- Investigar, planear, asesorar, orientar e intervenir a la adolescente embarazada y su familia.
- Supervisar acciones, evaluar procesos, brindar un servicio multidisciplinario e interdisciplinario.
- Capacitar en modelo reeductativo a la pareja de la adolescente.
- Orientar, asesorar y atender casos de adolescentes embarazadas para superar la situación y desarrollo de las potencialidades.
- Diseñar programas preventivos para disminuir la frecuencia del problema.

- Coordinar acciones interinstitucionales para la remisión adecuada de pacientes.
- Diseñar paquetes educativos de prevención y reflexión sobre la problemática de la adolescente embarazada, destinados a los usuarios de la entidad hospitalaria en la cual funciona el grupo.
- Investigar e informar permanentemente sobre la prevalencia y la incidencia de casos para realizar ajustes y modificaciones.

El grupo de profesionales contará con un coordinador, quien realizará las siguientes funciones:

- Mantener información adecuada sobre las actividades que se llevarán a cabo.
- Establecer la red institucional que permita aunar esfuerzos públicos y privados en la solución del problema.
- Coordinar recursos locativos, ayudas educativas y personal de la institución.
- Coordinar fechas de asistencia del grupo de adolescentes y del profesional que le corresponda.

- Realizar la entrevista inicial con la adolescente, sensibilizar y concientizar al grupo.

El equipo interdisciplinario trabajará así:

- El embarazo a temprana edad está considerado de alto riesgo tanto para la futura madre como para el hijo, porque la adolescente no ha alcanzado su completo desarrollo físico, ni su madurez mental, lo que puede ocasionar partes prematuros, desnutrición de la madre y el niño y en algunos casos, la muerte. Por esta razón el Médico Ginecólogo realizará una evaluación médica especializada sobre el control prenatal y postnatal, remisión adecuada de pacientes, valoración nutricional, peso, talla y recomendaciones nutricionales.

El Médico Ginecólogo tendrá a su cargo los problemas específicos de la salud de la adolescente, elemento fundamental de la personalidad humana que incluye aspectos orgánicos, psíquicos y sociales. Es fundamental que la adolescente siempre sea atendida por el mismo especialista, lo cual permitirá hacer una historia completa de la paciente y despertar mayor confianza en ella; la historia debe contener información sobre el embarazo, enfermedades orgánicas, cirugías, traumas, hospitalizaciones, nivel escolar, núcleo familiar y relaciones familiares; estos datos son importantes y deben compararse con la historia de la familia, lo cual ayuda a conocer mejor al paciente.

En lo posible el Médico que ha hecho el seguimiento prenatal debería atender el parto.

La Enfermera tendrá a su cargo el desarrollo de actividades en el proceso educativo de la adolescente y su familia. Será la encargada de la parte preventiva, peso, talla, toma de signos vitales y de charlas educativas, a fin de lograr la integración del paciente con su medio hospitalario. Además, observará y realizará el seguimiento de la adolescente embarazada. Igualmente, reeducará a los padres corrigiendo las conductas que puedan conducir a relaciones sexuales prematuras e inestables en sus hijos y, aportará los conceptos de responsabilidad personal dando opciones de planificación familiar.

El Psicólogo se encargará de reforzar la estructura de la personalidad de la adolescente, su sentido de pertenencia, compromiso con su pareja e hijo, y autoestima. Enseñará a la adolescente a manejar el proceso de identidad, el conocimiento de su cuerpo, su sexualidad, y temores sobre el embarazo y parto.

La Trabajadora Social será la primera persona receptora de la paciente, la cual hará una evaluación socio-económica y un diagnóstico social; además, tendrá como función brindarle información y orientación sobre la red de apoyo y continuar con el seguimiento mediante pautas de reeducación, movilización de recursos para la remisión y reubicación de la madre.

Las Trabajadoras Sociales tendrán a su cargo entrevistas a la adolescente y su familia, intervención grupal, aplicación de encuesta y conformación de redes de apoyo.

Las pacientes objeto de estudio fueron captadas en la consulta externa de la Clinica Maternidad Rafael Calvo, Centro de Operación, donde acudieron las jóvenes todos los miércoles de 2:00 a 5:00 de la tarde y fueron atendidas por el grupo interdisciplinario, que periódicamente evaluó los resultados del trabajo y los objetivos logrados.

El manejo de la información de la adolescente es delicado por los efectos y reacciones que puedan producir en el desarrollo psíquico, por eso, esta parte del programa será llevada por cinco Trabajadores Sociales y un estudiante de Trabajo Social que servirá de apoyo al grupo.

3.5.1 Areas Temáticas

Necesidades y expectativas de los grupos participantes.

Identidad

- Quién soy
- Autovaloración
- Conozco mi cuerpo, lo que me lleva a decidir

- Sé reconocer y expresar sensaciones, pensamientos y sentimientos
- Mi sexualidad
- La adolescencia y el embarazo

Yo Pertenezco a una Familia

- Cuáles son los cambios que la familia debe asumir
- Funciones de la familia
- Ser pareja y ser padres
- La importancia de los hermanos
- La convivencia y los límites familiares
- Mi salud y la de mi familia
- Prácticas de autocuidado
- Cuidados perinatales
- Salud física y mental del infante y de la madre
- Control PAI
- Controles médicos de rutina para el cuidado de la salud

El Papel de ser Hombre y ser Mujer

- La responsabilidad de ser madre
- Madre y mujer, dos papeles fundamentalmente diferentes
- Ser pareja
- Reconocimiento de mi historia

- Cómo se construye una relación igualitaria en las diferencias
- Derechos que me brinda el sistema Jurídico
- La importancia de una identidad

3.6. Recursos

3.6.1 Humanos

Trabajadores Sociales

Médico

Enfermera

Psicologo

Abogado

Comunicador Social

Adolescente embarazadas y sus familias

Camarografos

3.6.2 Materiales

Ayudas Educativas

Audiovisuales

Folletos

Material impreso

3.6.3 Institucionales

- Universidad de Cartagena - Facultad de Ciencias Sociales y Educación
- Clinica de Maternidad Rafael Calvo
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- Fundación Amigo de Los Niños
- Unidad de Atención de la Adolescente Embarazada
- Clinicas y Hospitales de la ciudad de Cartagena que brindan atención a la adolescentes embarazadas

3.7 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Motivación y Selección de la población vinculada al programa	■	■														
Aplicación de entrevistas al medio familiar.				■	■	■	■									
Diagnostico médico			■	■												
Entrenamiento al equipo de salud				■	■											
Desarrollo de la estrategia educativa Modulo I						■	■	■	■							
Desarrollo de la estrategia educativa Modulo II										■	■	■				
Desarrollo de la estrategia educativa Modulo III.													■			
Coordinación Institucional	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Establecimiento de la red Interinstitucional.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Evaluación de resultados				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Sistematización de la Eaper Presentación de resultados														■	■	■

3.8

P R E S U P U E S T O
 Universidad de Cartagena
 Clínica Maternidad Rafael Calvo
 I.C.B.F. - Cartagena

		MATERNIDAD	U. de C.	I.C.B.F.
1.	Estructura física	150.000		
2.	Ayudas Educativas			300.000
3.	Recurso Humano			
	■ Tutor		400.000	
	■ Coordinador		400.000	
	■ Médico	200.000		
	■ 1 Enfermera	100.000		
	■ 4 Trabajadoras Sociales		1.600.000	
	■ 1 Auxiliar		150.000	
	■ 1 Promotora Social	100.000		
	■ 1 Abogado		100.000	
4.	Transporte Urbano		50.000	
5.	Sistematización Experiencia			
	■ Transcripción			50.000
	■ Dirección-Guión, producción y realización del video			400.000
	■ Producción de Campo (grabación)			295.000
	■ Edición y Post-producción			400.000
	■ Localizaciones y Utilerías			100.000
	■ Apoyo económico a la Adolescente Embarazada.	200.000		
	T O T A L	\$750.000	\$2.700.000	\$1.540.000

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Dada la heterogeneidad cultural del país es inútil buscar un modelo general para el desarrollo de la adolescente y su familia. Los distintos modelos solo pueden surgir del balance de características particulares que den muestra de aquellos aspectos socio-culturales y familiares que identifiquen valores, posibilidades, debilidades de las condiciones más significativas de la región y así las formas de abordar el fenómeno partiendo del mejoramiento de las condiciones para elevar el nivel de vida de la población objeto de estudio.

Los centros hospitalarios que atienden a adolescentes embarazadas deben orientarse y asistirse por profesionales que dediquen su atención y sus capacidades al servicio de la joven y su familia con una concepción biopsicosocial teniendo en cuenta la crisis de desajuste que esta situación conlleva, permitiendo convinar conocimientos, recursos y el clima emocional para atender en forma integral el problema.

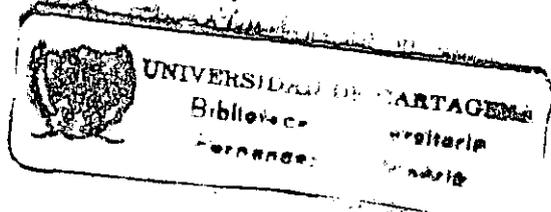
El embarazo en la adolescencia se constituye en un problema social porque aumenta la morbilidad, la desnutrición, la deserción escolar, el desempleo, altera la estructura y composición familiar y puede aumentar el índice de prostitución y enfermedades de transmisión sexual. Contribuye a gravar o a sobrecargar la etapa de la adolescencia de por

domésticas, amantes. Este concepto social es transmitido por la familia reforzándolo, alimentándolo y cercenándole posibilidades.

El embarazo precoz puede darse por la convergencia de factores sociales, económicos, familiares y culturales que hacen que la joven busque una salida a los conflictos que se presentan en la etapa de la adolescencia, no conflictiva en sí, sino que se vuelve caótica porque el adolescente trata de reafirmar su identidad, sus creencias, código de valores y en esa búsqueda se enfrenta contestatariamente con los adultos.

Al entender los factores socio-culturales y familiares que contribuyen a afianzar el problema, es necesario entender sus soluciones desde la perspectiva de la salud integral, atendiendo los factores de riesgo psicosociales que inciden en el fenómeno y propiciando conjuntamente con el sistema familiar la búsqueda de lazos fuertes que se constituyan en recursos indispensables para el desarrollo individual y familiar.

La propuesta de Intervención se constituye en un aporte de gran validez, ya que brinda a la adolescente un espacio social más amplio que le permita ser consciente del pertenecer a un sexo determinado, establecer relaciones igualitarias con su contexto, y estimulando por ello a la construcción de su proyecto de vida. Esta opción de cambio la logramos solo cuando los jóvenes se constituyan en sujetos de sí



sí conflictiva, causando tanto en la familia como en la joven, frustración al tener que enfrentar situaciones problemáticas para lo cual no están preparadas.

En el interflujo Investigación- Intervención se permitió ahondar el conocimiento de las variables contribuyentes a generar el problema y estimular posibilidades que disciplinas, profesionales y objetivos institucionales interactuen armónicamente, estableciendo puntos de encuentro para atender el fenómeno y buscar soluciones, facilitando canales de comunicación, conscientes, eficaces y así entrelazar conceptos, métodos y estrategias para el fortalecimiento de propósitos y acciones comunes.

La sexualidad es el conjunto de manifestaciones o conductas por medio de las cuales las personas se expresan como hombres o mujeres. Se estructura a partir del aprendizaje de sí mismo y el entorno. Los factores implícitos en la cultura en que vivimos establece las normas, valores, creencias y actitudes para cada sexo. Esto es transmitido de generación en generación y varía de una cultura a otra.

El contexto socio-cultural marca funciones significativas entre los sexos, estableciendo sobrevaloración de lo masculino y depreciación de lo femenino. La cultura construye la función y formas de relacionarse con los otros. Las mujeres somos antes que personas, madres, esposas,

mismos, de su vida, de su cuerpo, de su sexualidad de su gozo, de su dolor, fantasías, sueños, posibilidades lo que les permitirá la selección de opciones dignas e íntegras como sujetos sociales.

La mujer ha sido concebida por el contexto socio-cultural desde su primera infancia para la maternidad, asociándose su sexualidad exclusivamente a la función de ser madre y objeto de satisfacción del hombre.

De otra forma aparece el hombre formado con un alto grado de virilidad, gozando de una gran libertad; llevando a comportamientos de géneros extremos lo que dificulta el establecimiento de relaciones igualitarias y funcionales.

En la búsqueda de encuentros intergeneros se deben encaminar los programas de desarrollo familiar.

BIBLIOGRAFIA

✓ ANDOLFI, Mauricio. Dimensiones de la Terapia Familiar. Ediciones Paidos.

✓ BARCELO, Rodrigo. Autocuidado en el medio Familiar. Memorias I Congreso Colombiano de Salud Familiar. Octubre de 1987.

✓ CARTER, Umbargen. Terapia Familiar Estructural. Buenos Aires. Amornortu Editores.

✓ COROMINAS, Fernando. Como Educar a tus Hijos. Ediciones Palabra, S.A. Madrid, 1993.

CORDOBA, Angela Hernández, NUÑEZ VARON, Jaidivi. Modelo de Trabajo Preventivo con Familias de Extrema Pobreza. Santafé de Bogotá, 1992.

CORPES. Consejo Regional de Planificación de la Costa Atlántica. I Foro Nacional de Políticas Culturales. Octubre de 1989.

DABAS, ELIANA, Nora. Red de Redes. Las Prácticas de la Intervención en Roles Sociales. Edic. Paidos. Buenos Aires, 1993.

ECHEVERRI DE FERRUFINO. Ligia. Antropología y Familia. Ediciones Tercer Mundo.

ELIZUR , Joel. MINUCHIN, Salvador. La Locura y las Instituciones. Editorial Gedisa. Buenos Aires, 1991.

ESCALLON, Carmen. La Comunicación de las Familias con sus Hijos Adolescentes. Modulo Especialización Procesos Sociales de la Familia.

GUTIERREZ DE PINEDA, Virginia. La Familia Colombiana de Hoy y de las Dos Ultimas Décadas. Memorias Simposio Perspectiva de la Familia Hacia el Año 2.000. Comfama, 1989.

MATURANA, Humberto. Emociones y Lenguaje en Educación y Política. Cuarta Edición. Colección Hachette Comunicación. Chile, 1991.

MEAD, Margaret. Adolescencia, Sexo y Cultura en Somoa. Obras Maestras del Pensamiento Contemporáneo. Ediciones Planeta.

MINUCHIN, Salvador. Técnicas en Terapia Familiar. Editorial Paidós. Buenos Aires.

MORAD DE MARTINEZ, María del Pilar, RUEDA DE ALVARADO, Zorayda. Un Abordaje para el Cambio en Salud Familiar. Universidad de Cartagena. Congreso Interamericano de Psicoterapia Sistémica. Buenos Aires, octubre 1991.

MORAD DE MARTINEZ, María del Pilar, RUEDA DE ALVARADO, Zorayda, CASTILLO, Armenta. Contexto Socio-Cultural y Familia. Factores Activos y Reactivo que

120

Propician la Conformación Temprana. Universidad de Cartagena. Facultad de Trabajo Social, 1989.

WATZLAWICK, Paul y Otros. Teoría de la Comunicación Humana. Ediciones Herder. Barcelona, 1986.

121

ANEXO 1. ENTREVISTA ESTRUCTURA, CARACTERISTICAS DE LA ADOLESCENTE Y SU FAMILIA

1. IDENTIFICACION

Nombre de la adolescente: _____
Fecha de nacimiento : _____
Edad : _____ : Procedencia: _____
Dirección actual : _____
Tiempo de embarazo: _____
Donde estudia? (en caso negativo plantee el motivo) _____

2. TIPO DE UNION

Casada _____ Soltera _____ Unión libre _____ Otro _____
Número de hermanos: _____
Lugar que ocupa en la familia: _____

3. TENENCIA DE LA VIVIENDA

Vive en casa: Propia __ Arrendada __ Alojada __ Cedica __
Cuántas personas comparten la vivienda ? _____
Cuántos cuartos hay? _____
Cuántas camas hay? _____

ANEXO 2. CARACTERISTICAS DEL CONYUGE

Nombre: _____

Edad: _____

Residencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Tiempo de residencia: _____

Ultimo año de estudios cursado: _____

Ocupación actual: _____

CARACTERISTICAS DE LA UNION CONYUGAL

Tipo de unión: _____

Motivo: _____

Tiempo de la unión: _____

Convivencia actual de la pareja: _____

Motivo: _____

PROYECTOS PARA EL FUTURO DESPUES DEL EMBARAZO

Qué piensa de la planificación familiar? _____

Piensa usar algún método anticonceptivo? Si _____ No _____

Por qué? _____

A3

ANEXO 3. ESTRUCTURA FAMILIAR DE ORIGEN DE LA ADOLESCENTE

CARACTERISTICAS DE LA MADRE DE LA JOVEN EMBARAZADA

Nombre: _____

Edad: _____

Residencia: _____

Edad de la primera relación sexual: _____

Edad al comenzar a vivir con su primer marido: _____

Número de uniones: _____

Existencia de padrastro: _____

CARACTERISTICAS DEL PADRE DE LA JOVEN EMBARAZADA

Nombre: _____

Edad: _____

4. CONDICIONES DE SALUD DE LA JOVEN

Edad de la menarquia? _____

Actitud en el momento de la menarquia: _____

Edad de la primera relación sexual: _____

Motivo: _____

Número de uniones: _____

Sentimientos experimentados en la primera realacion

sexual: _____

Proyectos antes del embarazo: _____

Proyectos para después del embarazo: _____

6. RELACIONES PARENTOFILIARES

Formas de resolver conflictos. Como los enfrenta? _____

Quiénes las ejercen? _____

Que tipo de estímulos? _____

Se establecen coaliciones y alianzas cuando hay conflicto ?

Entre que personas se establecen? _____

Que tipo de castigos? _____

En que forma expresan los afectos a la familia? _____

Quien da permiso para salida de los hijos _____

Que libertades tienen los hijos para establecer relaciones con el sexo opuesto? _____

Aceptan las salidas de las hijos? _____

Aceptan las salidas de las hijas? _____

Quién responde por la educación de los hijos? _____

Quién da las orientaciones sexuales? _____

7. CONCEPCIONES DE NOVIAZGO

Edad establecida para la unión? _____

Formas de uniones establecidas? _____

OBSERVACION : _____

UNIVERSITATIS
Biblioteca
Fernandez

UNIVERSITATIS
Biblioteca
Fernandez