



GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO



Vivir Mejor

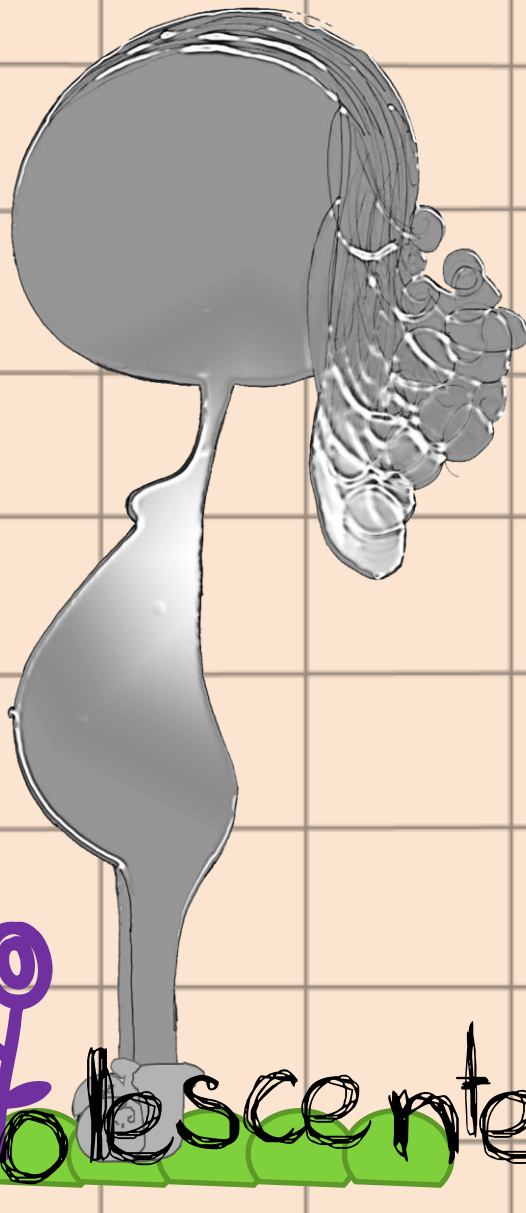
GOBIERNO FEDERAL

"Este material se realizó con recursos del Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género, empero el Instituto Nacional de las Mujeres no necesariamente comparte los puntos de vista expresados por las (los) autores del presente trabajo"

Manual

PARA EL MANEJO DEL EMBARAZO ADOLESCENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Rutas Críticas por Jurisdicción Sanitaria para la aplicación de estrategias de atención a la salud en el Embarazo Adolescente.



TOLUCA



CHIMALHUACÁN



NEZAHUALCOYOTL



ECATEPEC



NAUCALPAN

EMBARAZO Adolescente



Manual

PARA EL MANEJO DEL EMBARAZO
ADOLESCENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Gobierno Federal.

Felipe Calderón Hinojosa

Presidente Constitucional de los Estados Unidos de México

María del Rocío García Gaytán

Presidenta del Instituto Nacional de las Mujeres

Gobierno del Estado de México.

Eruviel Ávila Villegas

Gobernador Constitucional del Estado de México

Elizabeth Vilchis Pérez

Secretaría de Desarrollo Social

María Mercedes Colín Guadarrama

Vocal Ejecutiva del Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social

Agradecemos las facilidades otorgadas por el Instituto de Salud del Estado de México para la realización de este documento.

Elaboración: Centro Interamericano para la Productividad y la Competitividad S.C.

Noviembre 2012

“Este material se realizó con recursos del Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género, empero el Instituto Nacional de las Mujeres no necesariamente comparte los puntos de vista expresados por las (los autores del presente trabajo”.

INDICE

PRESENTACIÓN	3
INTRODUCCIÓN	5
Capítulo 1 ANTECEDENTES	9
Capítulo 2 MODELO DE ATENCIÓN BIOPSIICOSOCIAL Y DE GÉNERO	13
2.1 Determinantes Biopsicosociales para la salud.	15
2.2 Determinantes Psicosociales de género.	16
2.3 Sugerencias para la atención clínica desde un modelo biopsicosocial con perspectiva de género.	21
Capítulo 3 MODELO DE ATENCIÓN BIOPSIICOSOCIAL CENTRADA EN EL/LA ADOLESCENTE	25
3.1 Actitudes no recomendadas al médico/a en el contacto con los/las adolescentes.	27
3.2 Técnicas recomendadas en la atención centrada en el/la adolescente.	29
3.3 Formas de presentación de el/la adolescente.	31
3.4 Estructura de la entrevista.	32
3.5 Técnicas de la entrevista.	33



Capítulo 4 INTRODUCCIÓN A LA PERSPECTIVA DE GÉNERO 37

4.1 Perspectiva de Género. 40

Capítulo 5 MATERNIDAD-PATERNIDAD ADOLESCENTE 45

a) Maternidad adolescente. 45

b) Paternidad adolescente. 46

5.1 Consecuencias de la maternidad-paternidad adolescente. 53

5.2 Discriminación de la madre adolescente. 54

5.3 Planteamiento de un nuevo proyecto de vida. 55

PROPUESTAS DE ATENCIÓN POR JURISDICCIÓN

Resumen 58

Jurisdicción Ecatepec 59

Jurisdicción Nezahualcóyotl 61

Jurisdicción Naucalpan 62

Jurisdicción Toluca 64

Jurisdicción Chimalhuacán 66

GLOSARIO 69

BIBLIOGRAFÍA 73



PRESENTACIÓN

La salud ha sido un tema de interés social fundamental a nivel mundial, sin embargo, fue definida como un derecho universal a partir de la Declaración Universal de Derechos Humanos, en 1948 (artículo 25). El reconocimiento de la universalidad del derecho a la salud implica, por un lado, superar las diferencias que existen entre las personas basadas en el sexo, la edad, la raza, la religión, la condición económica, el lugar de residencia y cualquier otra distinción y, por otro, establecer que todos y todas deben acceder a la información y a los servicios básicos que les posibiliten el cuidado mínimo de su salud y su cuerpo, evaluado sobre parámetros comunes.

En la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979), se estableció que una de las maneras de eliminar la discriminación contra las mujeres implicaba asegurar el acceso a los servicios de atención médica y de planificación familiar en condiciones de igualdad (Artículo 12).

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se habla del Derecho de la protección a la salud en el Artículo 4o, en el párrafo tercero y el texto dice lo siguiente:

"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución".



El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública ya que aún, cuando la tasa de embarazo nacional ha disminuido, en adolescentes se ha incrementado.

El presente manual es resultado del “Diagnóstico sobre el Embarazo Adolescente en municipios del Estado de México: Ecatepec, Nezahualcóyotl, Naucalpan, Toluca y Chimalhuacán” realizado por el Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social del Estado de México como un esfuerzo para conocer las causas que rodean el embarazo adolescente, así como de proponer una guía de manejo del embarazo en las adolescentes con una perspectiva de género que provea a los profesionales de información valiosa para aplicar durante la atención médica. Esto con el objetivo de considerar aristas ignoradas que puedan estar influyendo de forma negativa en la problemática.

El **propósito** de este manual es que sea de utilidad para todos los profesionales en el área de salud y cualquier persona que esté en contacto con adolescentes embarazadas, y de esta manera impactar hacia la baja en esta problemática.



INTRODUCCIÓN

El enfoque de género es un valor emergente recogido en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. El Artículo 27 estipula la integración del principio de igualdad en la política de salud y el principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres, evitando que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones. A su vez, el género es considerado un determinante de salud y es una aspiración actual a trabajar para cambiar los factores determinantes de género que vulneran la salud de las mujeres, y también de los hombres (Organización Mundial de la Salud, Glosario; Gita Sen y cols., 2005 y 2007).

La práctica clínica es una oportunidad para influir en determinantes a nivel individual. Al mismo tiempo, la clínica es altamente sensible a actuaciones sesgadas por estereotipos de género, en los que aún hoy, todos podemos estar inmersos.

Estos sesgos dan lugar a inequidades en la atención, sobre todo cuando se trata del manejo clínico del embarazo en las adolescentes, la atención se sesga como consecuencia de todos los constructos culturales y morales que tienen que ver con todo lo relacionado a la sexualidad.

Es necesario que el personal médico mantenga la auto observación y mirada analítica sobre su práctica para detectar cuándo el sexo, o las condiciones sociales de e/la paciente, pueden provocarle actitudes estereotipadas que sean el motor imperceptible de las actuaciones clínicas sesgadas que llevan a la inequidad.

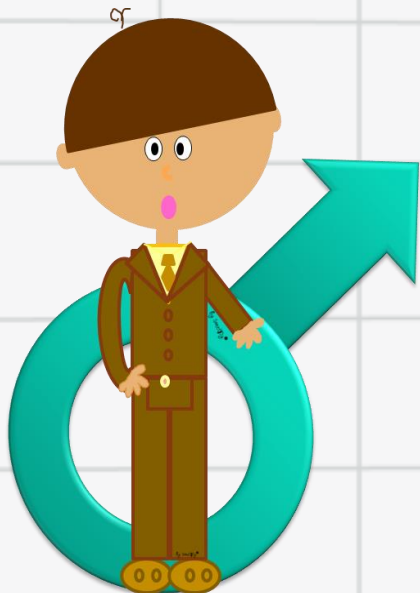


Para que sea posible este abordaje se propone el modelo **Biopsicosocial de atención a la salud** y que, además, entre los factores psicosociales, incluya los factores determinantes de género, planteándose métodos que cambien las actitudes de vulnerabilidad.

El modelo biopsicosocial, ha de enriquecerse para ello, con un cierto grado de inclusión de la subjetividad y un alto grado de comprensión de género. El manual aborda los conceptos fundamentales de la teoría y la perspectiva de género como ejes que regulen la práctica del manejo del embarazo en las/los adolescentes.

Así se comprenderán los constructos con los que se integran las identidades masculinas y femeninas que permean la conducta adolescente y que los llevan a la repetición de estereotipos genéricos.

Al conocer acerca de la maternidad adolescente y todos los aspectos biopsicosociales que la rodean, se puede comprender la importancia de un trato humano durante la práctica médica que pueda proporcionar alivio y acompañamiento cálido durante este periodo de gestación.



Se propone un modelo **biopsicosocial con perspectiva de género** que parte del concepto de salud-enfermedad como proceso en el que influyen la biología, el contexto social y la experiencia subjetiva vivida. Las tres esferas, (la biológica, la social y la psíquica), se construyen en una interacción que continúa a lo largo de toda la vida.

Nada de lo que le ocurre a una persona es sólo biológico, o sólo social, o sólo psíquico.



**“Manual para el manejo del
embarazo adolescente con
perspectiva de género”**



1. ANTECEDENTES

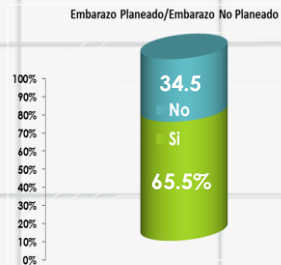
El embarazo en mujeres adolescentes en el Estado de México se ha incrementado en razón de un 14% en los últimos años, por lo que se considera como un problema de salud pública.

Se considera embarazo en la adolescencia a aquella gestación que ocurre durante los 2 primeros años después de la primera menstruación (entre 10 y 13 años aproximadamente), y hasta los 19 años, edad en la que se considera que termina esta etapa según la Organización Mundial de la Salud. Tiempo durante el cual se mantiene una dependencia social y económica de los padres. Esto quiere decir que los adolescentes son capaces de procrear mucho antes de alcanzar la madurez emocional.

De acuerdo a estadísticas de la Secretaría de Salud, se registran al menos 80 mil embarazos de adolescentes cada año en el Estado de México. Y el municipio con mayor tasa de estos embarazos en 2011 fue Ecatepec, seguido por Toluca, Naucalpan, Nezahualcóyotl y Chimalhuacán (Gráfica 1).

Los embarazos adolescentes en el Estado de México aumentaron 25%, al pasar de 84 mil en 2007 a 105 mil 375 al cierre del año 2011.

En la entidad se está presentando un fenómeno llamado “rejuvenecimiento de la fertilidad”, es decir, que las mujeres se embarazan en la adolescencia



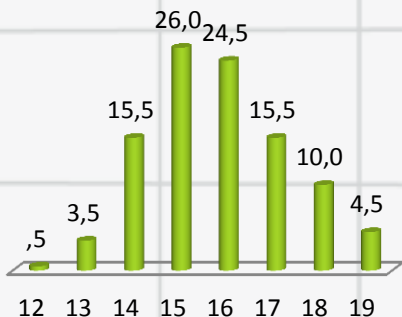
Gráfica 2: Porcentaje de situación de embarazo, en tanto planeado o no planeado.



Gráfica 1: Tasa de embarazos adolescente por municipios del Estado de México.

como ocurría hace tres décadas. Sin embargo, actualmente el 65.5% de los embarazos de menores de 20 años no son planeados. Y el 9% de estos terminan en aborto (Gráfica 2).





Gráfica 3: Porcentaje de abortos.

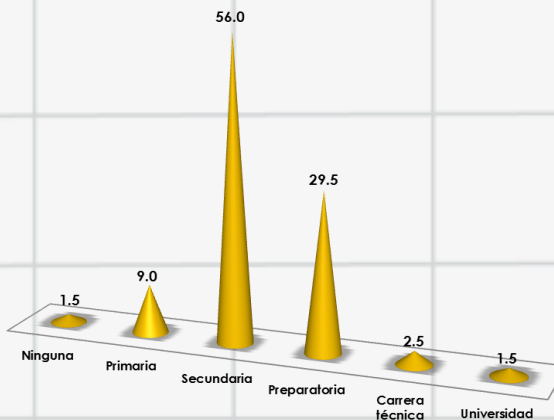
De acuerdo con los estudios realizados el 51% de las adolescentes inician su vida sexual entre los 15 y 16 años, no tardando más de un año en embarazarse por primera vez, pues el 47% de las adolescentes manifiesta haber tenido su primer embarazo entre los 16 y 17 años (Gráfica 3).

Factores que predisponen a las adolescentes a embarazos.

- 1. Inicio precoz de relaciones sexuales:** Cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- 2. Bajo nivel educativo:** Con desinterés general pues el 56% de las adolescentes embarazadas solo estudió hasta la secundaria, el 29.5% ha estudiado la preparatoria y solo el 4% de las encuestadas, tienen estudios de nivel superior (Gráfica 4).

Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

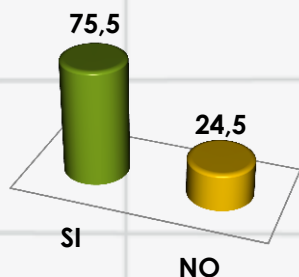
Escolaridad de las adolescentes embarazadas



Gráfica 4: Nivel educativo.

3. Factores socioculturales: La evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

¿Aún convives con tu pareja?



Gráfica 5: Adolescentes embarazadas que aún tienen pareja.

Circunstancias comunes en las que se encuentran las madres adolescentes.

Casi siempre se produce una **separación de los grupos sociales a los que las madres adolescentes pertenecen**, el 52.5% decide vivir con su pareja, pues es frecuente la expulsión o el abandono del hogar (Gráfica 5).

Familia disfuncional, que en principio no acepta la situación. 36.5% mantiene los lazos familiares con sus padres y en algunos casos, incluso se acepta que la pareja (6%) se integre a la familia de la adolescente.

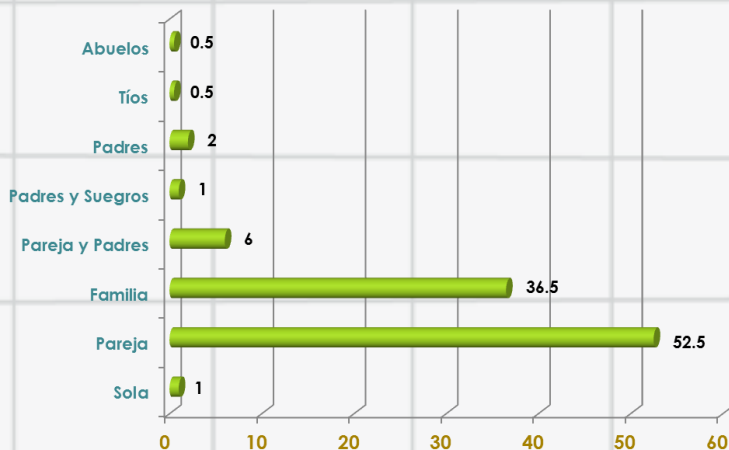
Es bajo el porcentaje de las adolescentes, que se acerca a otros familiares para que le apoyen en el embarazo, como puede ser los tíos y abuelos, mientras que sólo el 1% afronta el embarazo sola (Gráfica 6).

Al ser concebido el género como un constructo mental y sociocultural, en estos se considera a la mujer dentro del seno familiar como débil, irracional, incapaz de tomar decisiones en la vida pública.

A nivel institucional la visión no es diferente ya que tradicionalmente, los gobiernos municipales acostumbran concebir y relacionarse con las mujeres como madres, esposas, amas de casa, beneficiarias pasivas, grupos vulnerables y clientelas electorales. Se han realizado esfuerzos municipales en este sentido pero **aún queda un largo camino por recorrer para que asuman el conjunto de competencias necesarias en el ejercicio de la equidad de género.**



¿Con quiénes viven las adolescentes embarazadas?



Gráfica 6: Situación de adolescente embarazada.

La **equidad de género** se fundamenta en el principio de igualdad, justicia y derechos humanos de las mujeres y los hombres, así como en el reconocimiento de que en la sociedad, en su conjunto, y en los espacios locales, existen y se perpetúan situaciones de discriminación de mujeres respecto a hombres. Y, en este sentido, las adolescentes se convierten en un objetivo claramente vulnerable por género, edad y condición gestante.



2. MODELO DE ATENCIÓN BIOPSIICOSOCIAL Y DE GÉNERO

Se trata de incorporar el concepto de salud integral, que incluya el uso de criterios sobre la enfermedad procedentes del contexto social y de la subjetividad, es decir, una comprensión biopsicosocial. Para aplicar el enfoque de género en la clínica, es necesario recuperar con firmeza este marco conceptual, porque los determinantes de género no son biológicos, sino psicosociales.

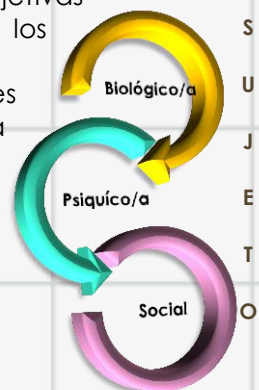
El modelo biopsicosocial parte del concepto de salud-enfermedad como proceso en el que influyen la biología, el contexto social y la experiencia subjetiva vivida. Las tres esferas, (la biológica, la social y la psíquica), se construyen en una interacción que continúa a lo largo de toda la vida. Nada de lo que le ocurre a una persona es sólo biológico, o sólo social, o sólo psíquico. En cualquier suceso, en cualquier vivencia e incluso en cualquier proceso de enfermedad, intervienen las tres esferas (Diagrama 1).

En la esfera **biológica**, el cuerpo es portador de la diferencia anatomo-fisiológica que determina la adscripción a un sexo biológico. Hablamos de sexo para referirnos a estas **realidades anatómicas** aún no reconvertidas por el proceso social y psíquico.

En la esfera **social** de relación y vínculos con los otros, nos acabamos adscribiendo a identificaciones de *mujeres* o de *hombres*. Durante la socialización, aprendemos a representar los roles asignados y a identificarnos con esos papeles sociales de hombre y mujer. Estos son los **roles de género**.

En la esfera **psíquica** se construyen para cada persona posiciones subjetivas *femeninas* y *masculinas*. Se forman a lo largo de la vida interiorizando los ideales sociales y las **identificaciones** a través **de las experiencias vividas**. Las feminidades y masculinidades proceden de los modelos ideales propuestos por la sociedad, pero interiorizados y modificados por cada persona hasta convertirlos en sus ideales personales, motor de sus actos.

El **sujeto**, es el habitante del cuerpo en el espacio psíquico y se ha construido a partir de la interacción de las tres esferas. El sujeto está condicionado tanto por el cuerpo, como por las relaciones sociales, como por la realidad psíquica.



La subjetividad comprende las funciones de este sujeto biopsicosocial particular construido por cada individuo.

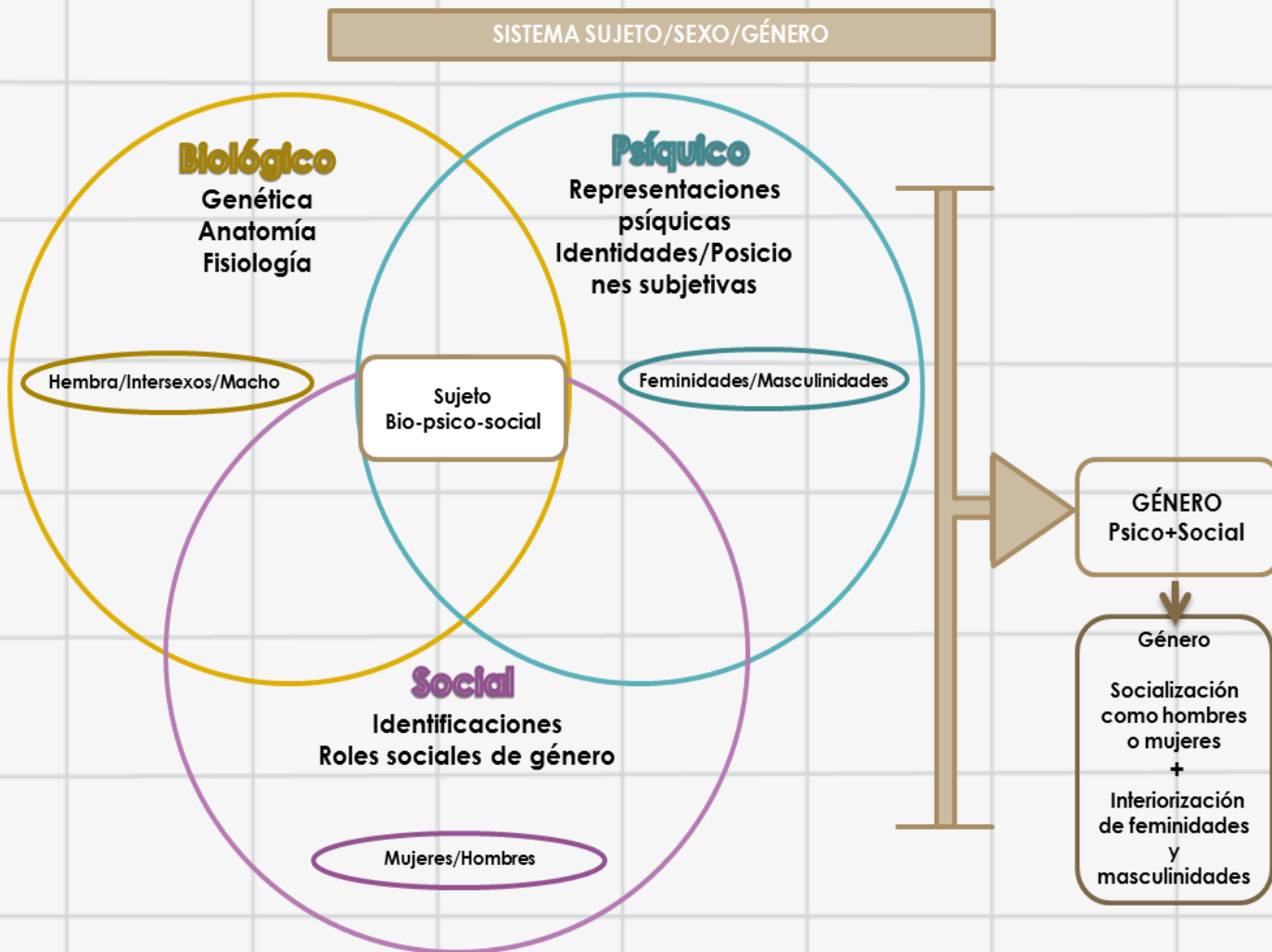


Diagrama 1: Sara Velasco, 2006 y 2009.

2.1. Determinantes biopsicosociales para la salud.

Hay un componente biológico o constitucional prácticamente en toda patología, pero también hay un componente psicosocial, biográfico, que contribuye a su aparición en un momento determinado y no en otro, y que ha impactado en la capacidad de resistencia o la vulnerabilidad de la persona. Y también hay un componente subjetivo, (cómo es vivida la experiencia), que inscribe en la vida psíquica un significado personal de los acontecimientos, contribuyendo también a escribir la enfermedad sobre el cuerpo o influir en su curso (Diagrama 2).

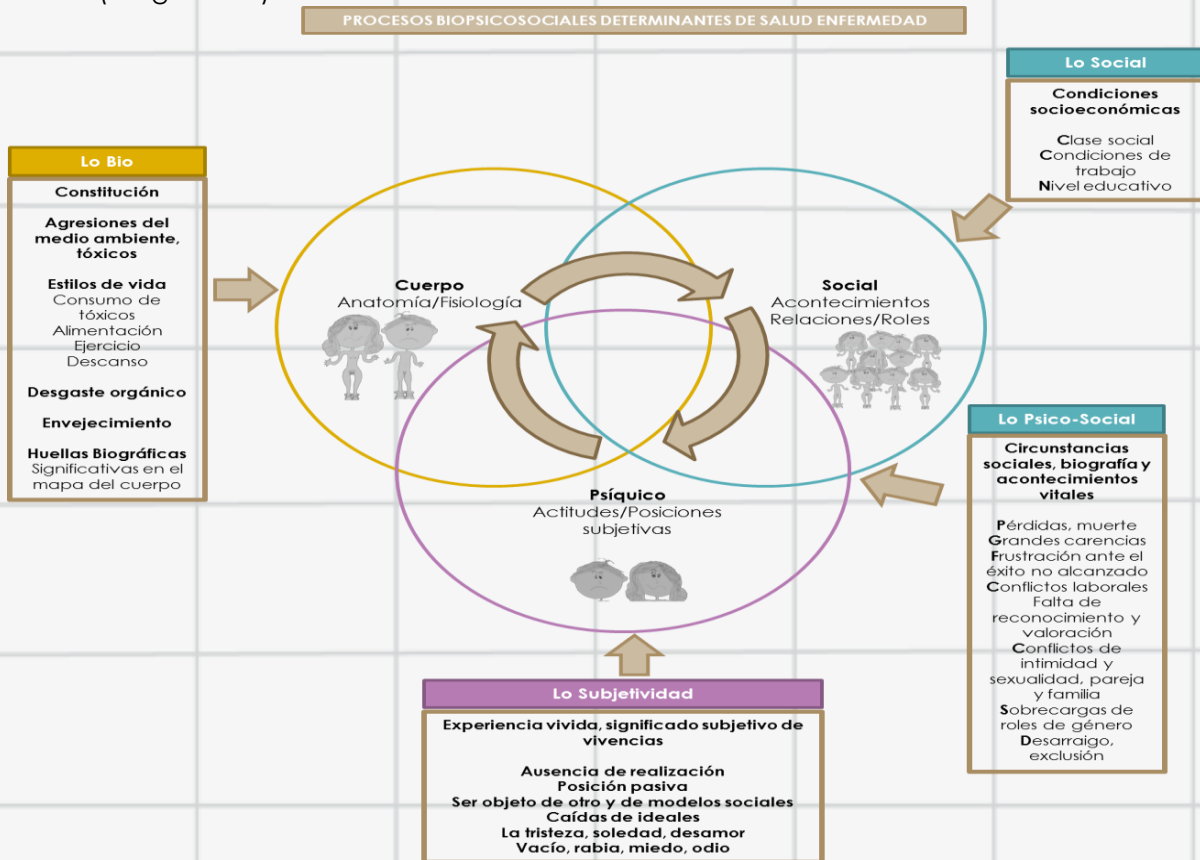


Diagrama 1: Sara Velasco, 2006 y 2009.



2.2 Determinantes psicosociales de género.

Cuando los procesos psicosociales son debidos a las formas de vida como mujeres u hombres, son procesos psicosociales de género. Son modos de vida o condiciones psicosociales que determinan vulnerabilidad. Estos procesos se agrupan bajo varios modelos de género distintos.

Se puede vivir bajo el modelo de género tradicional, o bajo un modelo evolucionado en transición de género, o bajo un modelo más nuevo, procedente de los modos de vida y las condiciones actuales, un modelo de género contemporáneo (Tabla 7).

No somos del género mujer u hombre. Hay dos sexos, pero varios modelos de géneros. Una persona es del sexo mujer u hombre y funciona en un modelo de género tradicional, o en transición, o contemporáneo. El sexo es una variable biológica, el género es una experiencia psicosocial.

A. Modelo de género tradicional.

Se apoya en una organización social que precisa la división sexual del trabajo apoyándose en el sistema patriarcal de relaciones de género, basado en relaciones jerarquizadas y de poder/subordinación de hombre a mujer. Plenamente vigente hasta finales del siglo XIX en el mundo occidental y con presencia social aún en las generaciones adulta y mayor.

Los procesos determinantes de vulnerabilidad para mujeres y hombres, procedentes de este modelo se deben en síntesis a las relaciones de poder/subordinación.

ESTRUCTURAS DE GÉNERO TRADICIONAL, EN TRANSICIÓN Y CONTEMPORÁNEA

	A. Modelo tradicional.	B. Modelo en transición.	C. Modelo contemporáneo.
Finalidad Estructurada de Relación	Núcleo social básico: la familia jerarquizada. Motivo de la unión: constituir el núcleo social básico.	Núcleo social básico: la pareja. Motivo de la unión: amor y crear una familia no jerarquizada. Compartir proyectos de vida.	Núcleo social básico: el individuo. Motivo de unión: amor y sexualidad en pareja. Compartir y facilitar los proyectos individuales mediante alianza de recursos.
	Hombre y mujer. Tener hijos es un mandato. Relaciones jerarquizadas, división sexual del trabajo y de los ámbitos de acción. Relación de poder/subordinación. Familia depositaria de la propiedad y de su transmisión. Contrato matrimonial de permanencia y exclusividad. Roles muy diferente.	Dos personas de cualquier sexo. *Hijos/as son proyecto en común. *Trabajo remunerado ambos y doméstico desigualmente repartido. No relación de poder, pero dependencia mutua para apoyo socioeconómico y afectivo. Propiedad y su transmisión en la pareja. Unión no permanente, formas de convivencia cambiantes con fantasía de permanencia y exclusividad. Roles multifuncionales de ambos	Dos o más personas de cualquier sexo. Hijos/as son realización de proyectos individuales sumables. Relaciones no jerarquizadas. Valores prioritarios de libertad individual. Propiedad y su transmisión: los individuos. Sin contrato o acuerdo de permanencia ni exclusividad. Roles multifuncionales.

Tabla 7: Descripción de Estructuras de Género.



B. Modelo de género en transición.

Este modelo avanza desde principios del siglo XX y evoluciona por el acceso de las mujeres a la educación, al trabajo y el ámbito público y la consecuente salida del lugar de subordinación. Lo viven mujeres y hombres innovadores que han de transgredir el modelo de género tradicional en el que han sido socializados. Por ello, se trata de un cambio no acabado en el que hombres y mujeres han modificado el modelo social, aunque conservan aún valores tradicionales en la esfera íntima (Tabla 8).

Sus riesgos proceden de la multifuncionalidad de ambos, la sobrecarga de múltiples roles y la acumulación y, a menudo, conflicto entre ideales antiguos y nuevos.

C. Modelo de género contemporáneo.

En la segunda mitad del siglo XX y en el XXI se ha evolucionado de la sociedad productiva a la sociedad de consumo. Esta organización socioeconómica tiene su objetivo central en la producción y consumo de los bienes materiales, y se estabiliza a base de dar un lugar preferencial a los intereses individuales. Conlleva el desplazamiento de los valores e ideales sociales hacia la realización individual a través del éxito personal y social, cuyos indicadores principales son la capacidad de consumo de bienes materiales y el confort. El cuerpo llega al primer plano representando al individuo y, por tanto, su imagen ha de reflejar los signos del éxito, la belleza y el disfrute (Tabla 9).

En este contexto, las parejas se unen para cooperar en los proyectos individuales de ambos, por lo que el valor de la libertad individual y la satisfacción están por encima de la permanencia de la relación.

El amor es el horizonte ideal de la unión, aunque la sexualidad es el trazador del éxito de la relación. Los círculos de amigos/as funcionan como la familia en cuanto a apoyo logístico y afectivo y tienden a ser más estables que las parejas.

Los procesos de vulnerabilidad, que en parte son los mismos para mujeres y hombres, se diferencian sólo en los ideales dicotómicos de cuerpo.

PROCESOS DE VULNERABILIDAD DEL MODELO DE GÉNERO DE TRANSICIÓN		
M U J E R E S	Procesos psicosociales de vulnerabilidad por rol de género <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuadros de sobrecarga por acumulación de roles antiguos y nuevos: • Doble jornada laboral (dentro y fuera de casa). Triple jornada (dentro y fuera de casa y cuidado de dependientes). • Cuidado de dos o más hijos pequeños. “Supermujer”, “abuela esclava”. • Carga monoparental en soledad. ➤ Frustración del proyecto personal de trabajo. Infravaloración y segregación en el trabajo remunerado frente al masculino. ➤ Acoso laboral. 	Procesos subjetivos de vulnerabilidad por conflictos en ideales de feminidad <ul style="list-style-type: none"> ➤ Trasgresión de roles familiares y de feminidad esperados en mujeres innovadoras. ‘El techo de cristal’. ➤ Conflictos de pareja por redistribución del poder o posiciones de privilegio de los hombres. ➤ Frustraciones y duelo por ruptura o abandono de pareja. Dificultades de compatibilidad con el ideal maternal (desacuerdos sobre el deseo con la pareja, infertilidad, retraso de la maternidad...). ➤ Conflicto con el ideal de “buena madre”: hijos/as con enfermedad o marginados. ➤ Periodos de ciclo vital que redefinen la feminidad (adolescencia, maternidad, menopausia, histerectomía, mastectomía...).
	Procesos psicosociales de vulnerabilidad por rol de género <ul style="list-style-type: none"> ➤ Contradicciones de la innovación, descapitalización de privilegio de los hombres. ➤ Acceso a los roles tradicionalmente femeninos. Roles de nuevos cuidados compartidos cuestionados o mal vistos por el entorno. ➤ Pérdida de contacto y cotidianidad con hijos e hijas por separación. ➤ Carga monoparental en soledad. ➤ Desvalorización en el trabajo. ➤ Acoso laboral. 	Procesos subjetivos de vulnerabilidad por conflictos en ideales de masculinidad <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nostalgia del rol de dominio y privilegios tradicionales masculinos. ➤ Inhibición y pérdida de compromiso. ➤ Violencia de género. ➤ Uso de la prostitución. ➤ Desconcierto ante confrontación con ideales de masculinidad de los nuevos modelos. ➤ Conflictos de pareja por redistribución del poder, de la autonomía y de las funciones. ➤ Conflicto con ideal de “buen padre”: hijos/as con enfermedad o marginados. ➤ Dificultad para responder al ideal de potencia y omnipresente respuesta sexual. ➤ Periodos del ciclo vital que redefinen la masculinidad (adolescencia, paternidad, pérdidas físicas, envejecimiento...).
H O M B R E S		

Tabla 8: Procesos de Vulnerabilidad Modelo de Género de Transición.



PROCESOS DE VULNERABILIDAD DEL MODELO DE GÉNERO CONTEMPORÁNEO.		
MUJERES Y HOMBRES	Procesos de vulnerabilidad por relaciones de género	
	<ul style="list-style-type: none"> • Competitividad entre ambos por el ideal de éxito personal y social. • El diferente desarrollo personal produce rivalidad y distanciamiento. • Los proyectos y realizaciones individuales pueden colisionar y dividir la pareja. • Falta de realización de maternidad por asincronía del deseo en la pareja o por competencia con proyecto individual. 	
	Procesos subjetivos de vulnerabilidad	
	<ul style="list-style-type: none"> • Ideal de eterna juventud. Desorientación sobre significado y requerimientos del amor. • Sobre-exigencia de satisfacción sexual. • La caída de interés sexual puede deteriorar la continuidad del vínculo de pareja. • Experiencias sexuales fuera de la pareja pueden entrar en contradicción. • Necesidad de re-identificación (reajuste de identidad) con parejas sucesivas. • Periodos largos en la vida de soledad y búsqueda. • Conflictos, desistimiento de encontrar pareja, soledad, frustración, sentimientos de fracaso y abandono. 	
CUERPO Y SUBJETIVIDAD	FEMINIDAD	MASCULINIDAD
	<ul style="list-style-type: none"> • Discriminación de feminidades masculinas. Ideal de feminidad focalizado en el cuerpo: • Modelo de cuerpo delgado, lujoso, etéreo, seductor, sexy, inánime, fantástico, inexistente, extravagante. Insatisfacción con el propio cuerpo. Restricción dietética, compulsión a cirugía remodeladora. • Hiperconsumo para transformación de la imagen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Discriminación de masculinidades femeninas. • Ideal de masculinidad focalizado en el cuerpo: • Modelo de cuerpo fuerte, lujoso, acción, magnetismo, seductor, sexy, potencia sexual. Insatisfacción con el propio cuerpo. • Vigorexia, empuje al consumo, cirugía remodeladora.

Tabla 9: Procesos de Vulnerabilidad Modelo de Género Contemporáneo.



2.3 Sugerencias para la atención clínica desde un modelo biopsicosocial con perspectiva de género.

ENFOQUE DE GÉNERO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	
I.- OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Realizar clínica de calidad y equidad evitando los sesgos de género. ❖ Transformar los procesos psicosociales determinantes de género.
II.- ESTRATEGIAS DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Relación profesional-paciente como instrumento de la atención. <ul style="list-style-type: none"> ○ De sujeto a sujeto. Un trato personalizado, no automático. ○ Redistribución del poder en la relación profesional-paciente. Quién conoce como se siente es la persona, hay que escucharlo y no presuponer. ❖ Visibilizar a las mujeres como sujetos del problema. Atender la necesidad de la mujer independientemente de la opinión de la pareja o acompañantes. Sólo ella sabe qué necesita y cómo se siente (No importa su edad). ❖ Evitar la patologización y medicalización. Considerar la somatización como causa de los síntomas, no solamente como producto de una patología evitando medicar de manera automatizada. ❖ Visibilizar el sexo y las condiciones de género de las personas atendidas. Comprender las condiciones específicas de vulnerabilidad tanto de mujeres como de hombres, de acuerdo a estereotipos introyectados. Ejemplos: Las mujeres son las únicas responsables de su sexualidad. Los hombres no deben manifestar preocupación por su salud. ❖ Reconocer los roles e identidades de género como parte del proceso de salud/enfermedad. Considerar la predisposición de las mujeres a asumir un rol sumisa y descuidar su salud a favor de los demás integrantes de la familia. Considerar el rol de proveedor de los hombres que limita la atención hacia sí mismo. ❖ Empoderamiento de las mujeres. Sensibilización de género de los hombres. Promover la toma de conciencia de las capacidades en las mujeres (la no victimización). Y promover la sensibilización en los hombres como parte del autoconocimiento y auto aceptación de vulnerabilidades que les permitan una mayor expresión emocional. ❖ Búsqueda de autonomía y autorresponsabilidad. Promover la sociabilidad. Generar conciencia de la propia responsabilidad en el cuidado de la salud, sin depender de consentimientos ajenos para ello. ❖ Introducir en la práctica la interacción de factores de estratificación social. Tomar en cuenta cómo influyen en las personas los factores económicos, religiosos, educativos y ambientales en su toma de decisiones. ❖ Transformación personal y transformación sociocultural de género. Realización de autoanálisis para reconocer los propios prejuicios y actualizar los conocimientos y actitudes con una visión incluyente de género.

Tabla 10: Sugerencias para la Atención en Consultorio.



ENFOQUE DE GÉNERO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

III. MODELO DE ATENCIÓN BIOPSICOSOCIAL Y DE GÉNERO

- ❖ Atención centrada en el o la paciente.
- ❖ Relación sanitario/a-paciente significativa: de sujeto a sujeto.
- ❖ Atención BIOMÉDICA no sesgada y diferencial por sexos.
- ❖ Morbilidad diferencial y necesidades. Morbilidad femenina diferencial: conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, sea porque sólo en ellas se pueden presentar dichos problemas o porque son mucho más frecuentes en el sexo femenino (alta prevalencia).
- ❖ Reflexión sobre sesgos teórico, tecnológico-biomédico, subjetivos y sesgos de género.
- ❖ Atención a determinantes PSICOSOCIALES y transformación.
- ❖ Identificar los determinantes sociales y psicosociales de género e influir en el cambio.
- ❖ Método para cambios SUBJETIVOS. Autoanálisis: que se encuentra a mi alcance para brindar una atención integral.
- ❖ Escucha del sujeto. Estar presente con todos los sentidos.
- ❖ Localizar hechos biográficos y/o acontecimientos vitales significativos. Indagar, no sólo aceptar sin cuestionar (Ej. Casos de violencia).
- ❖ Descifrar las posiciones subjetivas. Analizar más allá de las palabras.
- ❖ Señalar la localización y reflejar la posición subjetiva. Involucrarse activamente con la persona.
- ❖ Causar efectos de sujeto: cambio de posición subjetiva y actitudes. Influir activamente para modificar actitudes o conductas que lo vulneren por sus creencias de género.

Tabla 11: Sugerencias para la Atención en Consultorio.



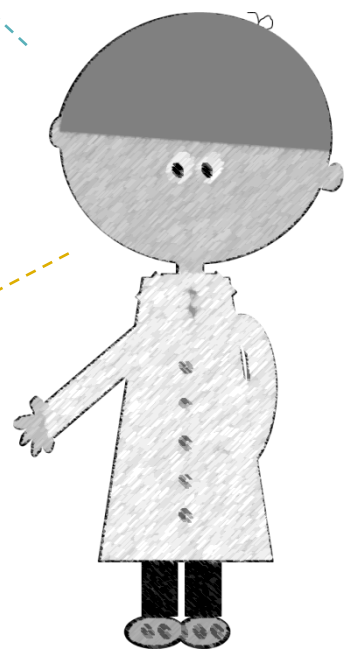
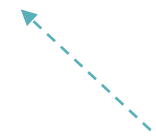
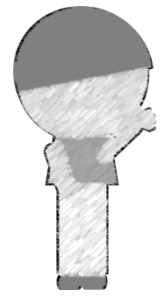
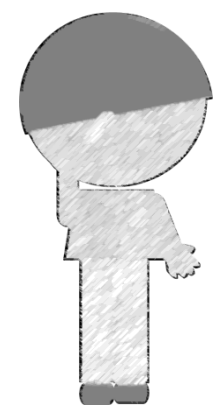
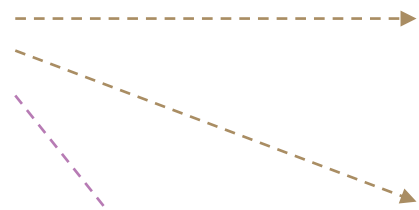
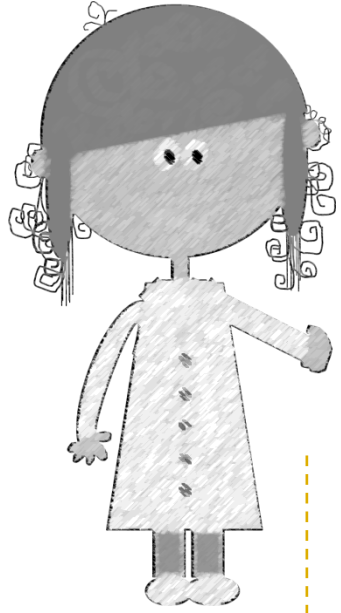
ENFOQUE DE GÉNERO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

IV. CAPACITACIÓN SOBRE GÉNERO Y SALUD

- ❖ Marcos teóricos compatibles con el enfoque de género:
 - Salud integral y modelo biopsicosocial. Comprender a la persona como un todo integral, no aislando cada área del ser humano. La enfermedad como manifestación de un desequilibrio en la persona, no solo como consecuencia de un problema estructural o funcional orgánico.
 - Teoría de la subjetividad. Es la propiedad de la percepción, argumento y lenguaje basados en el punto de vista del sujeto, y por tanto influido por los intereses y deseos particulares del mismo. Esto implica que es indispensable considerar su percepción de la situación, ya que en ello puede estar el origen de la enfermedad.
 - Enfoque de género y salud. Reducir y eliminar disparidades innecesarias, evitables e injustas en la salud y sus determinantes, entre hombres y mujeres, atribuibles al sistema sexo-género. Se busca que las mujeres y los hombres tengan la misma oportunidad de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, discapacitarse o morir por causas que son injustas y evitables.
- ❖ Conocimientos en patologías prevalentes y más sensibles al género:
 - Porque están condicionadas por determinantes de género: actuar mejora la eficiencia.
 - Proclives a sesgos de género: corregirlos obtiene mayor gradiente de equidad: Salud mental. Dolor crónico. Enfermedades cardiovasculares, endocrinas y autoinmunes. Embarazo, parto, postparto, anticoncepción, aborto, reproducción asistida. Infecciones de transmisión sexual y sida. Menopausia, adolescencia.
- ❖ Capacitación: SENSIBILIZACIÓN, formación teórico-práctica y aprehensión del enfoque. Esto implica conocer, pero además verdaderamente asimilar con los sentidos la importancia de esta visión, humanizando y desmecanizando nuestra conducta.

Tabla 12: Sugerencias para la Atención en Consultorio.





3. MODELO DE ATENCIÓN BIOPSIICOSOCIAL CENTRADA EN EL/LA ADOLESCENTE.

“Para dialogar, preguntad primero: después... escuchad”
Antonio Machado

No existe ningún libro que pueda enseñar correctamente el arte de relacionarse con los pacientes en general ni con los adolescentes en especial. La personalidad del médico y su filosofía sobre la atención médica es sin duda lo más importante. Si sólo se le plantea al médico el recoger información y detectar alguna patología podemos perder la única oportunidad para asesorar, corregir u orientar al adolescente. Hemos de pensar que en general la y/o el adolescente es una persona sana y, tras la primera entrevista le debe quedar claro el tono para interacciones futuras.

J. Cornellá nos sugiere un examen de conciencia para quien atienda a adolescentes:

Examen de conciencia previo

	SI	No
¿Tengo una correcta y sólida formación clínica de los aspectos somáticos y psicológicos del desarrollo humano?		
En caso negativo, ¿estoy dispuesto a reconocer mis déficits y adquirir formación?		
¿Me siento cómodo y a gusto atendiendo a adolescentes?		
¿Acepto trabajar en un equipo interdisciplinario?		
¿Acepto trabajar con otros profesionales no médicos: trabajadores (as) sociales, psicólogos (as)?		
¿Soy capaz de seguir los cambios en la sociedad y en el perfil de los adolescentes?		
Madurez, equilibrio y distancia. ¿Puedo evitar la proyección de mi propia historia personal?		

Ejercicio 1: Introspección.

A través de ésta autoevaluación podemos plantearnos los problemas que pueden presentar las/los adolescentes, y que requiere que tengamos contacto estrecho con otros profesionales. Es importante no proyectar los propios conflictos de una adolescencia mal resuelta sobre la o el joven que nos consulta.



CONSIDERACIONES INTERNAS

Aunque deberíamos tener cuidado en no proyectar los sentimientos de nuestra propia adolescencia, el recordar cómo éramos puede ayudarnos para conectar con los/las jóvenes.

Preguntas de Introspección... ¡Pruébelas!

¿Cómo era yo a los 13? ¿A los 15?
¿A los 18 años?

¿Quién era mi mejor amigo/a?

¿Qué cosas me avergonzaban más?

¿Qué hacíamos juntos?

¿Qué cosas me inquietaban más?

¿Qué tipo de cosas provocaban
discusiones con mi padre, con mi madre?

¿Qué problemas físicos eran los que más
me preocupaban?

¿Cómo me sentía con mis padres y
hermanos?

¿Qué cosas me hacían sentirme impotente
o dependiente?

¿Cómo fue mi primera cita?

¿Cómo fue mi primera relación sexual?

¿Qué era lo que más me gustaba del
colegio? ¿Y lo que menos?

¿Qué cosas me gustaban más
a esa edad?

¿Qué sueños tenía de cara al futuro?

Ejercicio 2: Introspección.



3.1 Actitudes no recomendadas al médico/a en el contacto con las /los adolescentes.



Tres tipos de posturas inadecuadas en el manejo con los y las adolescentes:

*** Médico/a que asume el papel de adolescente.**

El/la adolescente busca un profesional que le pueda asesorar y ayudar y no un “colega”, “compadre” de la pandilla que habla y se comporta igual que el/ella.

*** Médico/a sustituto/a de los padres.**

El/la adolescente ve al profesional como una alianza con los padres y en contra suya. Se cierra toda posibilidad de ayuda.

*** Médico/a dominador/a.**

Forcejeo entre el médico/a y el/la adolescente a ver quién puede más. Los/las jóvenes responden retrayéndose o siendo exageradamente provocadores/as si ven que el profesional quiere demostrar que es más fuerte que ellos/ellas.

*** Médico/a moralizante.**

Es otra forma de “pacto” con los padres. Se hace sermoneando o sencillamente enjuiciando la conducta de el/la adolescente por medio de frases como: “deberías hacer... deberías ser más”



ESTABLECER UNA RELACIÓN

Es lo que dará lugar a que el/la joven adquiera confianza y se encuentre cómodo/a.

Pasos a considerar en la atención de el/la adolescente en consulta:

✓ **Presentación:** presentarse y saludar, levantar la cabeza y mirarle. Quizás si hay otra persona en la consulta (auxiliar sanitario) también hay que presentarla.

✓ **Comenzar la entrevista hablando de una manera informal:** si ves que está muy nervioso/a o tenso/a no es conveniente que sigas siempre el mismo protocolo y quizás puedes empezar hablando de otra cosa, del colegio por ejemplo.

✓ **Seguir con preguntas inofensivas sobre la salud:** algunas veces es mejor hacer preguntas de algo tan aséptico como el historial médico antes que preguntar el motivo de consulta.

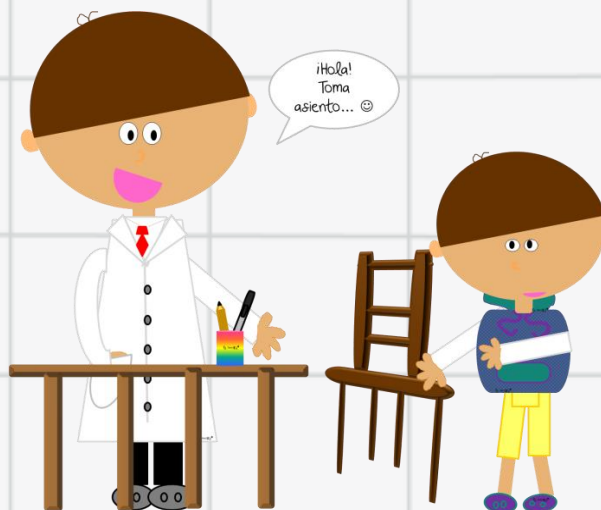
✓ **Dejarle hablar durante un rato,** incluso cuando se va por las ramas.

✓ **Escuchar sus comentarios seriamente:** es importante que se sienta escuchado. Considerar seriamente y con respeto todo comentario, preocupación o pregunta. Es frecuente oír en la consulta **“seguro que es una pregunta tonta lo que voy a decir, pero me gustaría saber si es cierto que...”**

✓ **Evitar los silencios prolongados:** pueden dar lugar a interpretación moralista o de enjuiciamiento. Conviene que haya fluidez en la conversación.

✓ **Usar un lenguaje cómodo y realista:** ni lenguaje médico lleno de tecnicismos, ni argot juvenil.

✓ **Evitar las interrupciones:** entrada de alguna otra persona, llamadas por teléfono, etc.



3.2 Técnicas recomendadas en la atención centrada en el/la adolescente.

ASEGURAR LA CONFIANZA

Escribir poco y escuchar más. Evitar escribir especialmente en las preguntas más sensibles. Establecer una complicidad simbólica. “Cambiando por ejemplo el bolígrafo por el lápiz en las preguntas que desea permanezcan ocultas a sus padres.”

Dar apoyo que implique comprensión: “¡Imagino lo mal que lo has pasado sin podérselo contar a nadie!”.

En algunos casos el/la adolescente está reacio, incluso agresivo: “Supongo que te obligaron a venir. ¡Qué pesada tu madre, pero es que se preocupa por ti!”.



CLAVES NO VERBALES

El/la adolescente tiene muy diferentes formas de presentarse. Es por lo tanto importante captar los mensajes no verbales.

Registrar mentalmente las impresiones iniciales sobre el adolescente: ropas, gestos, ánimo; también hay que observar cómo dicen las cosas, su tono de voz, el nerviosismo, los silencios, las pausas, los lloros, la expresión de su cara, su mirada y la postura. Todo esto nos puede indicar el motivo oculto de consulta o posibles conductas o situaciones de riesgo.

EVITAR LOS COMENTARIOS QUE IMPLICAN JUICIOS DE VALOR

Nunca tener prisa por enjuiciar. Siempre es mejor esperar que el/la joven sea el que emita sus propios juicios de valor:

“¿A ti que te parece?”, “¿Qué quieres decir con eso?”, “¿Cómo te sentiste?”



EXPLORAR TODAS LAS ÁREAS DEL/DE LA ADOLESCENTE

Es útil tener presente un guión, en éste sentido nos sirve el acrónimo de García Tornel que a continuación presentamos: (Tabla 13)

F.A.C.T.O.R.E.S.	
Familia	Relación con los padres y hermanos, grado de respeto a su intimidad.
Amistades	Tipo de relaciones, actividades y deportes compartidos.
Colegio-trabajo	Rendimiento, satisfacción.
Tóxicos	Experimentación-abuso, tabaco, alcohol y drogas.
Objetivos	Ideales, ilusiones.
Riesgos	Deportes, moto y seguridad vial en general (uso del casco, uso del cinturón de seguridad, conducción tras beber alcohol), régimen dietético.
Estima	Aceptación personal, autoestima, valoración de la propia imagen.
Sexualidad	Identidad, actividad, precauciones: “¿Sales con alguien?”, “¿Te has planteado tener relaciones sexuales?”, “¿Te lo ha planteado él?”, “¿Han hablado de métodos anticonceptivos?”.

Tabla 13: Acrónimo F.A.C.T.O.R.E.S. DE García Tornel.

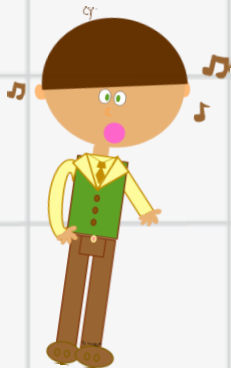
ACTUAR COMO MEDIADOR

En ocasiones hay que perder el miedo a la confidencialidad y exponer llanamente al adolescente, la conveniencia de que sus padres se enteren, sobre todo si hay un riesgo para su salud. Se le puede proponer una reunión a tres partes, en donde el médico apoya al adolescente. La confidencialidad no quiere decir complicidad.



ADOPTAR UNA POSTURA NEUTRAL

No es de extrañar que acuda algún/a adolescente que te irrite. Por mucho que te irrite, recuerda que siempre es mejor que no deje de acudir.



FAVORECER LA CITA PERSONAL O ACOMPAÑADO CON AMIGOS O AMIGAS

Eso les hace encontrarse más arropados y con personas de su mismo ambiente. Además los compañeros se atreven a preguntar más cosas.

SI ESTÁN LOS PADRES O UNO DE ELLOS/ELLAS

Se debe preguntar directamente al adolescente y dar las explicaciones directamente a ellos/ellas.

En ocasiones es conveniente hacer que los padres se queden fuera y luego entren acordando con el/la joven lo que se va a hablar con sus padres.

3.3 Formas de presentación de el/la adolescente.



El/la adolescente hablador/a. Es frecuente el habla excesiva como camuflaje para evitar ser sincero/a y decir lo que realmente preocupa. El/la adolescente puede irse por las ramas y explicar cosas que están fuera de su interés emocional, es bueno captar esta situación, dejarle/la hablar, pero no perderse en su laberinto y conducir la conversación hacia la reflexión personal.

El/la adolescente nervioso/a. Suelen ser más las chicas las que están nerviosas. Tienen miedo a la exploración ginecológica y esto bloquea la comunicación, sólo están pendientes de *cuándo* ocurrirá. Quizá se le puede explicar que la exploración no es siempre necesaria y en caso de que sí lo sea, dejar bien claro que es una cuestión de mutuo acuerdo y entendimiento entre el médico y ella. Aunque en muchos de los casos los hombres no quedan exentos ya que de ser una médica la que lo revise se siente incomodo.



El/la adolescente silencioso/a. Pueden ser varios los motivos: se siente culpable (si se ha quedado embarazada), le han obligado a venir y piensa que no era necesario, o bien tiene miedo a que le/la “regañen”.

El/la adolescente burlón/a. Es provocativo/a. Suele ocurrir al sentir que no controla la situación. Se hace el valiente, el “gallito”, y comenta lo que se le ocurre con bromas, como si no tuviera importancia. No hay que dejarse engañar y probablemente esté angustiado/a.



El/la adolescente enojado/a o agresivo/a. El médico debe recordar que él no es el motivo del enfado y no involucrarse en una escalada mutua de agresión. De todas formas no es malo pedir excusas si la falta es del profesional o del servicio (quizá una espera muy larga).



El/la adolescente lloroso/a. Es conveniente algunas veces dejarle/la llorar y apoyarle/la de forma silenciosa, darle un pañuelo. Puede sentirse más aliviado/a y servir de acercamiento.



3.4 Estructura de la entrevista.

La totalidad de la entrevista se compone de 3 fases: un principio, un centro y un final.

1° Fase: PRINCIPIO

Debería incluir las **presentaciones**, los intentos para que se sienta cómodo/a, el hacer las preguntas inofensivas como se dijo antes, hablando de los antecedentes, por ejemplo para asegurar la confianza se debe dejar que hable.

Hay que **dar una explicación** de lo que va a suceder durante la entrevista y por qué, además se debe comentar si se le va hacer exploración o no.

2° Fase: CENTRO

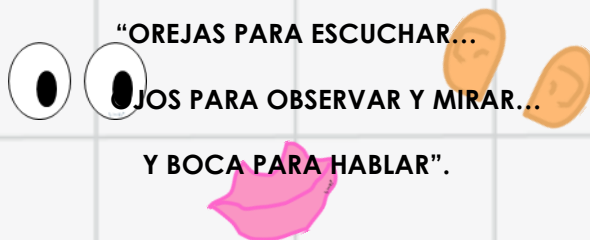
La parte central de la entrevista debería ocuparse en **determinar los problemas y sentimientos de el/la adolescente**. Aquí entra la historia ginecológica y los motivos de consulta, valorando las conductas o situaciones de riesgo en que se encuentra.

3° Fase: FINAL

Este sería después de la exploración, en el caso de que se hubiera realizado. Se debe proporcionar un breve resumen del diagnóstico y tratamiento propuestos. Comentar cualquier recurso que esté a su alcance.

Concederle tiempo para que comunique sus últimas preguntas o preocupaciones. **Implicarle** en el mantenimiento o recuperación de su salud, no debe delegar su salud en un profesional es importante que se implique él o ella mismo/a. **Fijar** las citas de seguimiento, cuando es recomendable que vuelva. **Informarle** que el/la médico/a y los/las demás profesionales están a su disposición (citas imprevistas, llamadas por teléfono).

Se puede resumir el funcionamiento de la entrevista de ésta forma:



3.5 Técnicas de entrevista.

Al establecer las líneas generales de comunicación, nos hemos encontrado con algunos aspectos técnicos de la entrevista y tipos de preguntas, técnicas que facilitan la entrevista con las y los adolescentes.

PREGUNTAS ABIERTAS

Facilitan más la comunicación que las preguntas directas al no dar opción a un sí o un no.

Preguntas abiertas: “Cuéntame más acerca de ello”, “¿Qué significa eso para ti?”, “Este dolor, ¿qué te impide hacer?”. Las drogas son muy frecuentes en el colegio: “¿Qué tipo de droga ves más en tu colegio?”.

Preguntas directas: “¿Aquello te hacía sentirte mal?”. Solo da pie a un sí o un no: “¿Tomas a veces drogas?”, “¿Eres sexualmente activo?”.



RESPUESTAS ESPEJO

Se refieren a hacerse eco de lo que dice el/la adolescente.

“No me gusta la píldora, no quiero tomarla” “¿No te gusta la píldora? ¿No la quieres?” “No, mis amigas dicen que engorda”. “¿Cómo te sientes con tus padres?”, “Los ignoro, los odio”. “¿Los ignoras, los odias?”, “Sí, porque nunca me escuchan y...”

REPLANTEAMIENTO Y RESUMEN

Pararse a resumir lo que se lleva dicho en la entrevista a menudo ayuda a clarificar el problema o animar a el/la adolescente a que haga más comentarios.

CLARIFICACIÓN

Pedir a el/la adolescente que clarifique una frase o situación puede ayudar. “¿Qué quieres decir con eso?”, “explícamelo por favor”.

El admitir que el facultativo/a no lo sabe todo hace que el/la adolescente lo/la vea con una faceta más humana, menos perfecto/a y por lo tanto más accesible.

PREGUNTAS DE INTERIORIZACIÓN

“¿Qué cosas se te dan bien?”, “¿Qué haces cuando estás enfadado/a?”. “¿Cuándo te sientes más feliz?”.

PREGUNTAS TRANQUILIZADORAS

Utilizando afirmaciones que faciliten la respuesta. “Masturbarse es normal, casi todos los/las chicos/chicas de tu edad lo hacen. ¿Te ha ocurrido a ti también?”.

APOYO/A Y ÁNIMO/A

Reconocer el esfuerzo que ha podido costarle acudir a la consulta.

ESCUCHA ACTIVA

Se trata de potenciar los recursos de auto comprensión que tiene cada individuo y la posibilidad de alteración de conceptos propios y actitudes básicas. Se potencia un clima de actitudes psicológicas facilitadoras teniendo una actitud positiva y de aceptación de el/la paciente. Se aprecia al/la tal no de un modo condicional sino en su totalidad.





4. INTRODUCCIÓN A LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.

Conceptos fundamentales de los estudios de género.

“No somos del género mujer u hombre. Hay dos sexos, pero varios modelos de géneros. Una persona es del sexo mujer u hombre y funciona en un modelo de género tradicional, o en transición, o contemporáneo. El sexo es una variable biológica, el género es una experiencia psicosocial.”

Para comprender la perspectiva de género es indispensable conocer definiciones fundamentales que permiten dimensionar el verdadero significado. Estos son:

SEXO: Son las diferencias biológicas entre los seres humanos que las y los distinguen entre mujeres y hombres (Gráfico 1: Ejemplo).

GÉNERO: Es un concepto social. El género define y diferencia las funciones, los derechos, las responsabilidades y las obligaciones de las mujeres y los hombres. Las diferencias biológicas innatas entre las mujeres y los hombres forman la base de las normas sociales que definen los comportamientos apropiados para las mujeres y los hombres (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, Grupo de Trabajo sobre Educación e Igualdad de Género, 2005) (Gráfico 2: Ejemplo).



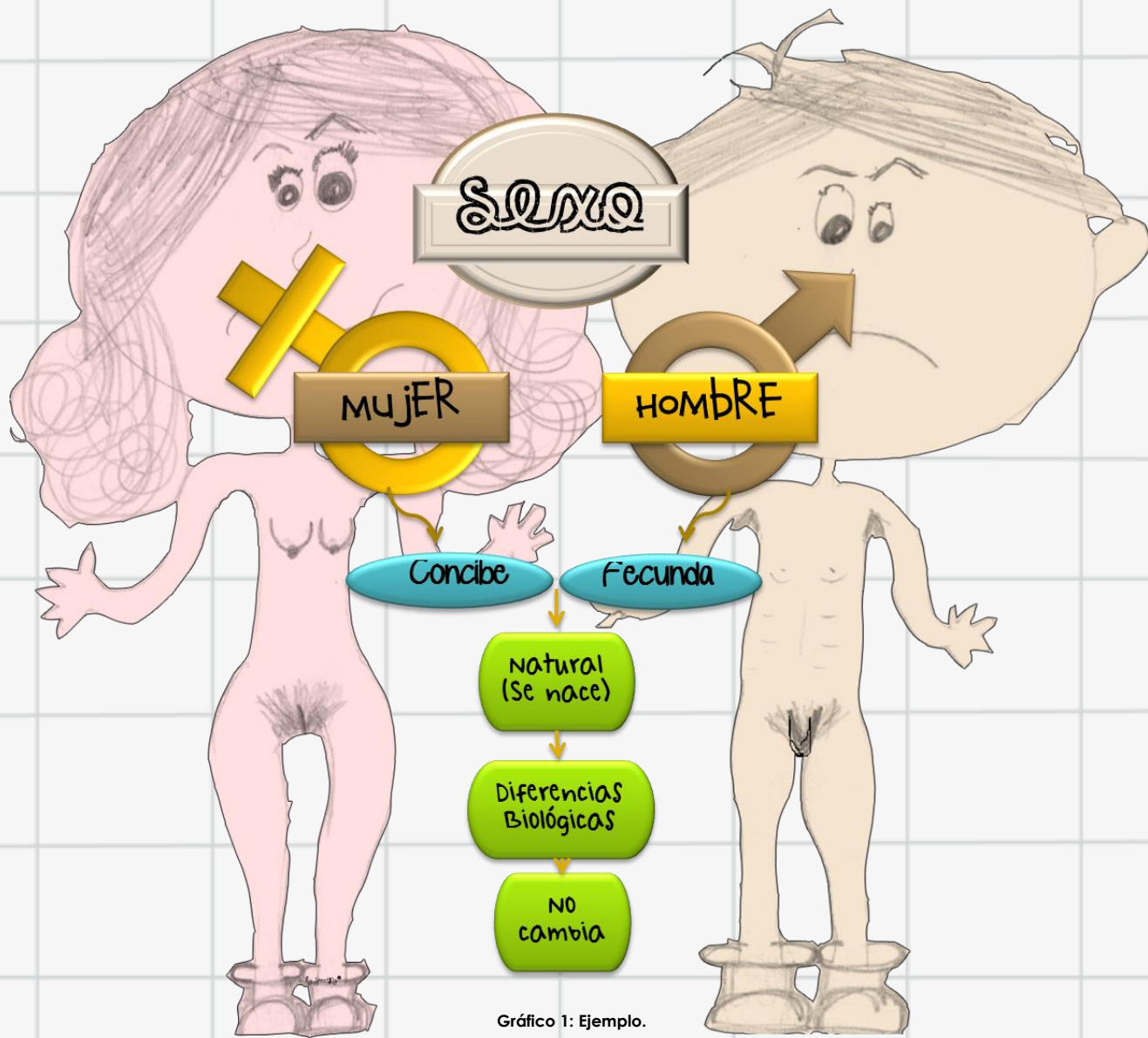


Gráfico 1: Ejemplo.



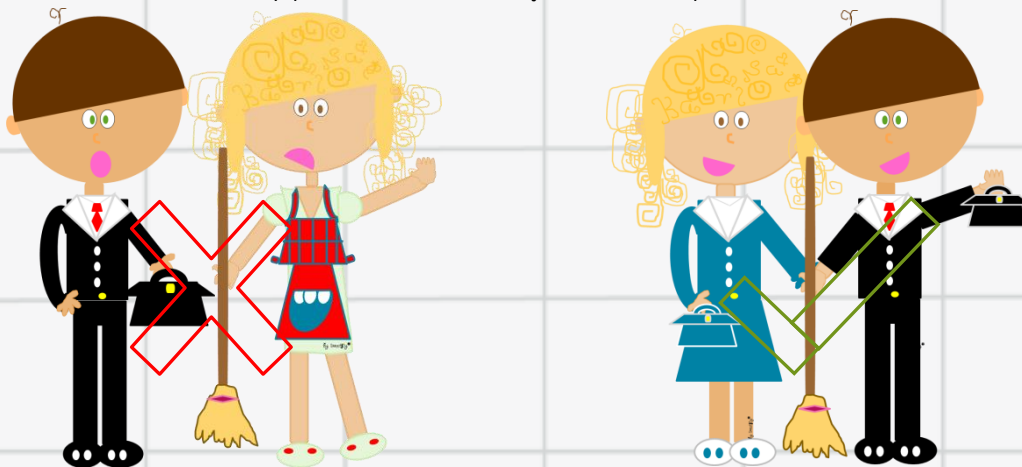
Gráfico 2: Ejemplo.

4.1 Perspectiva de género.

Es una visión científica sobre la sociedad, la cual permite enfocar, observar y analizar las diferencias, semejanzas y relaciones entre hombres y mujeres. Su metodología y mecanismo permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, la desigualdad, la exclusión y la violencia entre mujeres y hombres (Gráfico 3).

La perspectiva de género es un marco de análisis teórico y conceptual que permite:

- **DES NATURALIZAR** las explicaciones sobre las diferencias entre mujeres y hombres, basadas en la idealización de los aspectos biológicos y la negación de la influencia social.
- **COMPRENDER** los procesos a través de los cuales las diferencias biológicas entre los sexos se convierten en desigualdades sociales, que limitan el acceso equitativo de mujeres y hombres a los recursos económicos, políticos y culturales.
- **IDENTIFICAR** detectar los factores de desigualdad que afectan a hombres y mujeres en los diferentes ámbitos del desarrollo.
- **VISIBILIZAR** la condición y posición de las mujeres con respecto a los hombres.



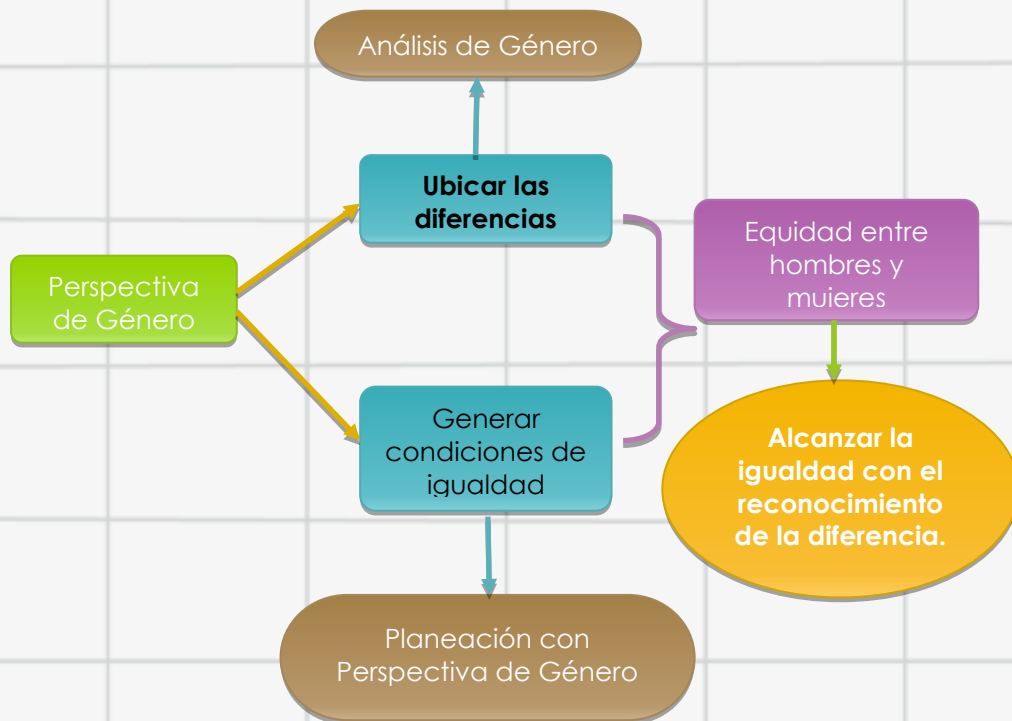


Gráfico 2: Perspectiva de Género.

Es importante definir lo que es equidad como reconocimiento de la diversidad, para propiciar condiciones de justicia e igualdad de oportunidades tomando en cuenta lo específico de cada persona.

La **identidad de género**: es el esquema ideológico más primario, consciente e inconsciente, de la pertenencia a un sexo y no al otro. Se establece más o menos a la misma edad en que la criatura adquiere el lenguaje (entre los dos y tres años) y es anterior a su conocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos. Una vez establecida la identidad de género, cuando un niño se sabe y asume como perteneciente al grupo de lo masculino y una niña al de lo femenino, ésta se convierte en un tamiz por el que pasan todas sus experiencias.

A partir de esta diferenciación es que se establecen las pautas de comportamiento que llamamos roles diferentes para mujeres y para hombres. Por **rol** se entienden las prescripciones, normas y expectativas de comportamiento de lo femenino y lo masculino: lo que realizo y como describo y defino mi ser persona.

Los roles de género (Tabla 14), se enseñan desde pequeñas (os) desde antes del nacimiento se piensa en el color que llevara el cuarto, posteriormente se va inculcando la manera en cómo debe comportarse de acuerdo a la expectativa del padre o de la madre, los acuerdos de las relaciones que se dan entre hombres y mujeres que se dan dentro de la familia diferencia de los roles en división sexual que se del trabajo. De la misma manera en que determina sentimientos y conductas adecuadas para cada sexo.

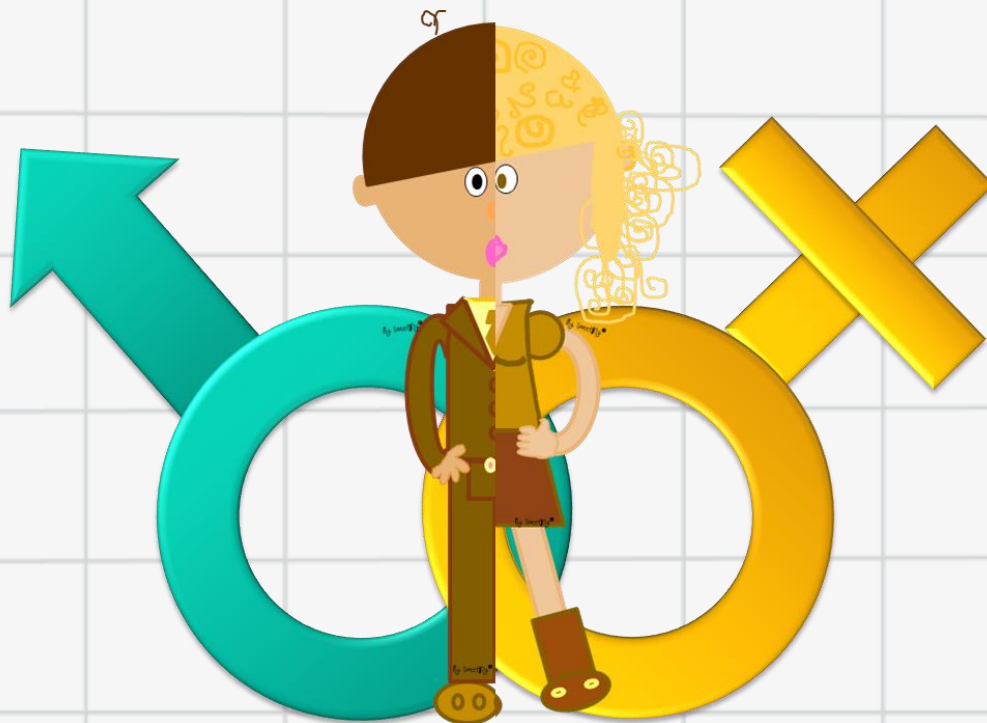
MUJERES	HOMBRES
Tener hijos	Proteger a la mujer a las hijas e hijos
Crianza de los hijos	Son los proveedores
Sumisión (asumir acatar decisiones sin cuestionar)	Toman decisiones desde una posición de autoridad.
Quedarse al cuidado del hogar	Salen de casa por un trabajo remunerado
Pasivas y débiles	Fuertes e impulsivos
Sentimentales	Racionales
Maternales	Agresivos

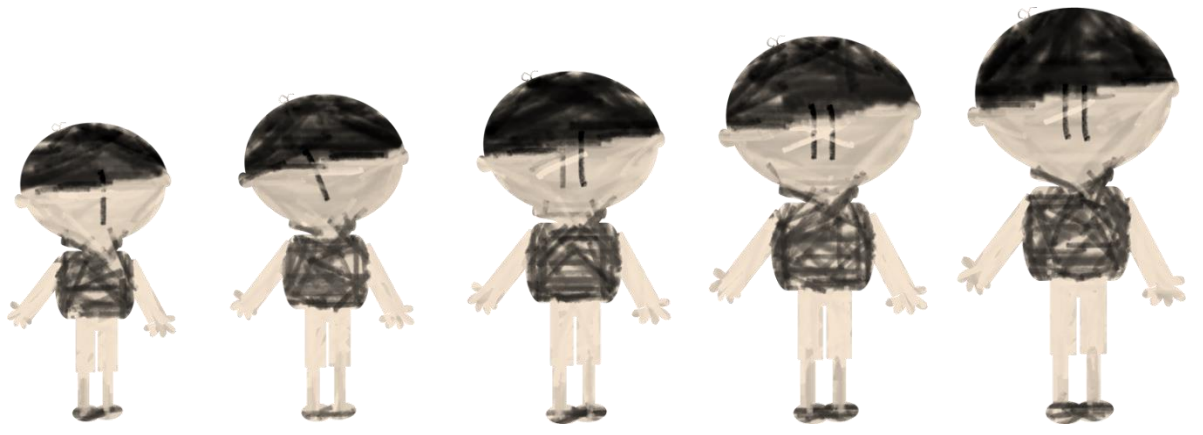
Tabla 14: Roles de Género.

La construcción de la identidad comprende dos procesos, el reconocimiento que cada persona hace de sí misma, como ser distinto a los demás, el otro lo hace apropiándose de su contexto cultural donde se desenvuelve haciéndolo propio, sintiéndose como parte de la cultura y reproduciéndola como tal.

La **equidad de género** se entiende como el principio conforme al cual hombres y mujeres acceden con justicia e igualdad al uso, control y beneficio de los bienes y servicios, oportunidades, recompensas y condiciones sociales en igualdad con la finalidad de lograr la participación de las mujeres y hombres en la toma de decisiones de todos los ámbitos de la vida social, económica, política, cultural y familiar. Reconoce las condiciones diferenciadas de las personas o grupos de personas.

La equidad de género como una meta no significa que los hombres y las mujeres deban ser una misma cosa, sino que deben tener igualdad de oportunidades y probabilidades en la vida. De manera análoga, la equidad de género no supone que haya un modelo particular para todas las culturas, sino que refleje la inquietud de que las mujeres y los hombres tengan las mismas oportunidades y puedan tomar conjuntamente decisiones acerca de sus vidas.

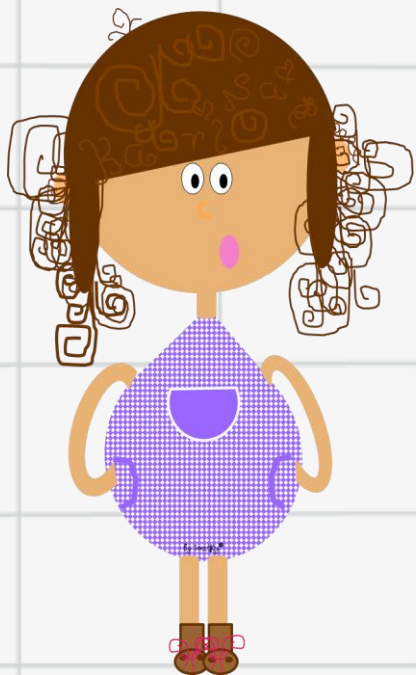




5. MATERNIDAD – PATERNIDAD ADOLESCENTE.

a) Maternidad adolescente.

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.



El embarazo es vinculado con sentimientos de miedo y temor por la reacción que puedan tener los padres, por el abandono de parte de la pareja, por su situación futura al tener que dejar de estudiar, por “estar en boca de todos”, por la enorme responsabilidad que supone criar a un hijo. Por todo ello, hablan de sentirse “deprimidas” o “tristes”, se refieren a su soledad e incomodidad y algunas expresan su deseo de “volver a la normalidad”.

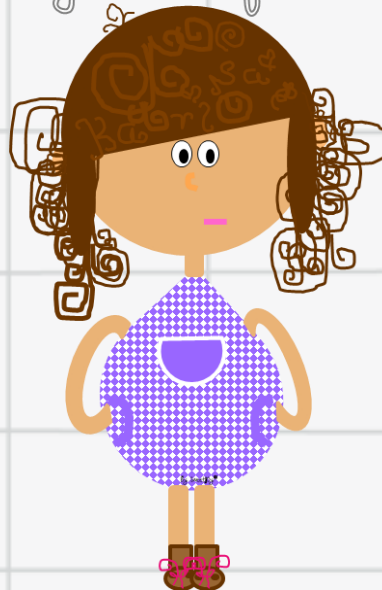
Alternativas ante el embarazo

Ser madre adolescente implica una serie de factores de las cuales se desprenden tres situaciones:

1. Ser madre soltera. A las condiciones económicas de los/las jóvenes que no están integrados en el mundo laboral, se suma el hecho de no tener casa propia y tener que convivir con sus padres. El abandono del hogar provoca en las adolescentes graves complicaciones ya que, por su inmadurez psicológica, no están preparadas. Aunque cada día está más aceptado socialmente, todavía existen actitudes discriminatorias hacia las madres solteras.

2. Matrimonio. La joven adolescente que no está preparada para ser madre, tampoco lo está para ser esposa de otro adolescente que, a su vez, tampoco está preparado para ser padre. La mayoría de las veces estos matrimonios son impuestos por los padres que solucionan el problema de esta manera, dándole legitimidad social. En muchos casos cuando se casan abandonan sus estudios para integrarse al núcleo familiar, con las consecuencias negativas que esto tiene para su formación. En investigaciones recientes se observa que la unión libre es la tendencia actualmente más elevada. Y el nivel de estudios en promedio tanto de las adolescentes y los adolescentes es de secundaria.

¿y ahora qué?



3. Adopción. Es tal vez la alternativa más compleja ya que puede originar angustia y culpabilidad en la joven, que habitualmente toma esta decisión motivada por sus padres o novio. En un porcentaje significativo se produce un arrepentimiento posterior que da lugar a secuelas psicológicas

b) Paternidad adolescente.

Como resultado de nuestro estudios, se observa que después del parto (1 ó 2 años) 49.5% de las chicas convivían con su pareja en unión libre, en tanto que el 15 por ciento se encontraba legalmente casada. Esto indica que el número de hombres que apoya a la pareja se ha incrementado en relación años anteriores (Tabla 15).

El promedio de edad de las parejas es de 21 años, 4 años mayor que la edad promedio de las adolescentes embarazadas que es de 17 años. Sin embargo, en la edad de las parejas se observó que hay hombres de hasta 38 años con parejas adolescentes menores de 19 años.

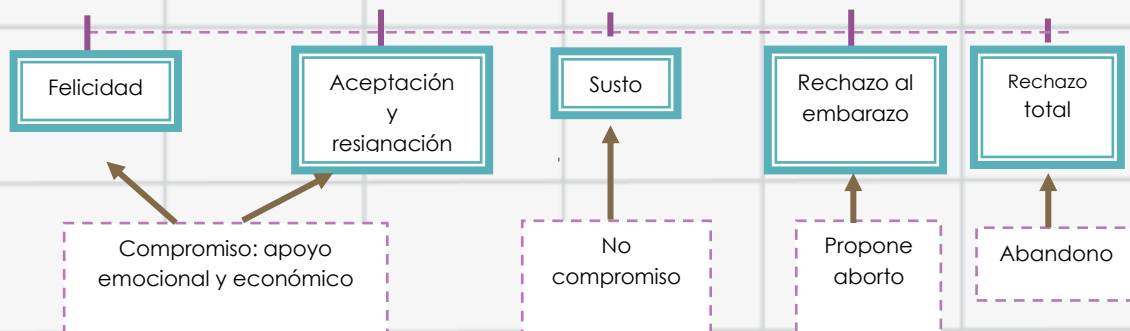


Tabla 15: Escala reacción de la pareja

Actitudes

La tendencia es a preocuparse acerca del embarazo, sin embargo es importante recordar que algunos de esos embarazos pueden ser deseados, incluso aunque sean no intencionados. Los adolescentes varones y hombres jóvenes pueden juzgarse a sí mismos como listos para formar una familia. Pueden sentir que el embarazo mejora su autoestima, los hace sentirse como hombres “de verdad” y aumenta el control sobre su pareja.

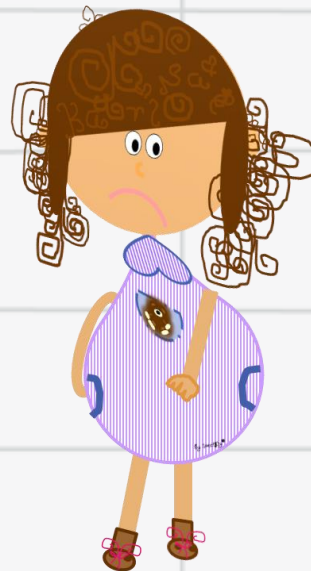
Los estudios realizados al respecto indican que es más probable que los hombres jóvenes en desventaja socioeconómica vean la paternidad como una fuente de autoestima y, por lo tanto, es más probable que crean que ser padres puede reforzar su sentido de masculinidad.

La investigación empírica ha mostrado que es menos probable que los hombres jóvenes que adoptan valores machistas estrictos usen métodos contraceptivos, con la excepción de usar condones en sus relaciones “casuales” (Sonenstein, Pleck y Ku, 1995).

Los adolescentes varones y adultos jóvenes con roles de género tradicionales tendían a manifestar actitudes y comportamientos que apoyan una orientación riesgosa hacia las relaciones heterosexuales y la procreación (Marsiglio, 1993).

Construcción Social de la Paternidad Adolescente

A menudo se critica a los varones jóvenes por no involucrarse en el embarazo de sus parejas, sin embargo es probable que las normas sociales existentes no esperen que se involucren. En muchos contextos los adolescentes varones son educados con la creencia que ellos no son responsables de los embarazos o los niños/as que resulten de su primera actividad sexual (Barker, 1996).



Las instituciones sociales tales como la familia, los colegios y el sistema de atención de salud tienden a apoyar esta visión, tomando acciones punitivas en contra de las niñas pero no de sus parejas por los embarazos premaritales.

En contraste con la situación a la que se enfrentan las mujeres jóvenes, la aceptación varonil de la paternidad a menudo es condicional, contingente a la prueba de paternidad, la calidad de la relación con la madre, las expectativas de los padres/madres, la sociedad y su habilidad de proveer apoyo económico.

- Los hombres indicaron que asumir la responsabilidad de un embarazo no planificado, estaba condicionado por la certeza de que era efectivamente de ellos.
- Las normas y presiones sociales también juegan un rol determinante. Estos hombres jóvenes sintieron que la fuente más importante de consejos y apoyo respecto de su rol paternal eran sus propios padres. Ellos temían desilusionar a sus padres si no actuaban de acuerdo a sus expectativas. También eran susceptibles a la presión social, temiendo dar un mal ejemplo y fallar ante los seres queridos y la comunidad.
- La situación de empleo de un hombre joven afecta en gran parte el nivel de responsabilidad que acepta por un hijo. Diversos estudios indican que era 5 veces más probable que el padre proporcionara apoyo al niño si tenía empleo (Engle y Breaux, 1994). Debido a las dificultades que a los hombres jóvenes a menudo tiene para encontrar empleo, esto puede significar que frecuentemente los padres adolescentes no encuentran un rol paternal viable a llenar (Engle y Breaux, 1994; Barker y Lowenstein, 1996).

Tres factores relacionados con la aceptación de la responsabilidad del embarazo fueron:

1. La educación
2. La calidad de medio social en que se viva
3. La fuerza de la creencia en roles de género varonil tradicionales (Marsiglio, 1993).
- 4.

El género como determinante en la respuesta del padre adolescente.

Los niños son criados en gran parte para ser libres de responsabilidades y generalmente no se les enseña a criar. Cuando se convierten en adultos y padres se les dice que son irresponsables y que no saben cuidar a los niños. Así, se les critica por no poder hacer cosas



que explícitamente se dejaron fuera de su educación, como son la crianza, responsabilidad y fidelidad (Barker y Lowenstein, 1996).

En los hombres jóvenes actualmente si se genera esta conciencia paterna aun cuando ellos no tuvieron esos ejemplos pues han manifestado estar preocupados por los componentes morales y éticos de un comportamiento paternal ideal y de las implicancias económicas. Las características de un buen padre que ellos identificaron incluyeron dar un buen ejemplo trabajando duro, enseñar a los niños a ser honestos, no fumar, no tomar alcohol o drogas y no ser mujeriegos (Nieves, 1992).

Los hombres definen la responsabilidad principal hacia los niños como económica; el concepto de proporcionar amor y crianza no fue mencionado. Un resultado importante de varios estudios es que mientras más temprano un hombre se involucra con su hijo, es más probable que se mantenga comprometido con ese hijo. Un estudio longitudinal de padres adolescentes mexicanos encontró que si el padre estaba presente en el nacimiento del hijo, sugiriendo que acepta su responsabilidad, era más probable que se mantuviera 50 involucrado con ese hijo; de los padres que estuvieron presentes en el nacimiento del hijo, 75% todavía estaban presentes cuatro años después (Engle y Rico, 1994).

De aquí la importancia de involucrar la presencia padre adolescente en el proceso de embarazo de la adolescente.

El Padre como Proveedor

En América Latina y en la mayoría de los países industrializados cuando un padre no puede proveer suficientemente por sus hijos, su asociación con la madre se debilita y su autoridad y relación con los hijos se hace tenue. En la mayoría de los casos, cuando los padres no pueden cumplir con su rol de proveedores sienten que no pueden hacer ninguna otra contribución a la familia y los hijos.

Un estudio con 300 pares de padres e hijos encontró que mientras más pobre era el padre, más probable era que no se involucrara con sus hijos (Engle y Breaux, 1994). Igualmente investigaciones etnográficas hallaron que el rol de los hombres como proveedores económicos era el más importante, y si no podían satisfacer ese rol, no veían ningún otro rol para sí mismos en la familia (Brown y Newland, 1995).

Respuesta al Embarazo No Planificado.

La reacción de los hombres adolescentes a un embarazo no intencionado puede variar desde la negación, deseo de abortar o la adopción, hasta aceptación de su responsabilidad y con ello la participación total como padre. Sus actitudes influirán las acciones de las mujeres jóvenes, tanto directa como indirectamente. La actitud de él hacia el embarazo usualmente es un factor clave en la decisión de una adolescente sobre el cómo manejar el embarazo no intencionado. Investigaciones cualitativas en México encontraron que entre las adolescentes mujeres, la primera persona a la que piden consejos es típicamente la pareja (Enhrenfeld, 1994). Más aún, aunque la pareja no participe en el proceso de toma de decisión de un aborto, la relación con la pareja y su actitud frente al embarazo eran centrales en el proceso de toma de decisión. (Cordich, 1993)



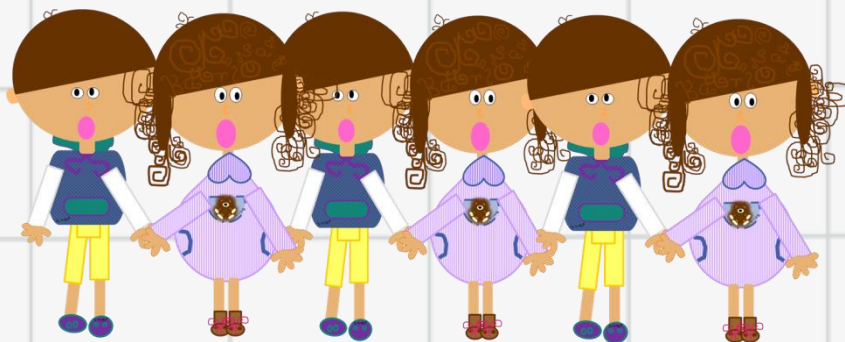
Estos datos sugieren que los hombres a menudo juegan un rol clave en el proceso de toma de decisiones respecto del aborto. El grado en el que el hombre decide proporcionar apoyo financiero para el futuro hijo parece ser el elemento clave en la actitud del hombre frente al aborto y la decisión de la mujer de buscar un aborto. Tolbert (1995) sugiere que los hombres en América Latina están involucrados en la toma de decisiones sobre el aborto al actuar como “porteros, apoyo financiero y decisivos a través de su ausencia”. Los resultados de las encuestas de Salud Reproductiva de Adultos Jóvenes, efectuadas en América Latina, arrojaron que entre 32% y 60% reportaron que por lo menos una de sus parejas había tenido un aborto (Morris, 1993).

Consecuencias para el padre adolescente.

Para los hombres jóvenes, las consecuencias de la paternidad temprana pueden incluir pérdidas de oportunidades de educación o avance económico futuro. Aquellos que se casan deben dejar la escuela para mantener a su nueva familia. Los hombres jóvenes pueden verse atrapados en una vida de pobreza con una familia grande y un matrimonio infeliz. Más aún, el estrés de la situación puede manifestarse en abuso de sustancias, violencia y otros comportamientos negativos para su salud y la de su familia (Informes de Población, 1995).

Beneficios para el padre adolescente.

Por otro lado, un posible beneficio, a menudo descuidado del compromiso de un padre, es el potencial inmenso para promover mayor responsabilidad, comprensión, madurez y compromiso con la crianza entre los hombres. Los beneficios para los niños de la participación paternal han sido documentados. Por ejemplo, un estudio de 333 hijos de madres adolescentes encontró que los niños que recibieron apoyo e interés de los padres tuvieron un mejor desempeño escolar, les fue mejor en su desarrollo social y emocional, y su salud y bienestar general es mejor (Engle y Breaux, 1994).



5.1 Consecuencias de la maternidad – paternidad adolescente.

El embarazo en la adolescencia representa grandes obstáculos en la vida de la pareja y en especial de la mujer. Su impacto se ve influido por el contexto social y cultural en el que la mujer y su familia viven, así como las grandes diferencias regionales y geográficas. En la mayoría de los casos el embarazo ocurre sin que la pareja se lo haya propuesto como producto de los primeros encuentros sexuales.

La relación entre el embarazo y la escolaridad se ve influida por un sesgo de género y la condición económica. El proceso es complejo, la carencia de recursos económicos dificulta sostener la educación de los hijos/hijas a la que se aúna la creencia de que el estudio y la educación en las mujeres son deseables pero no indispensables para cumplir con una misión maternal. Muchas veces la actitud de los/las docentes y la censura social llevan a negar el problema y dejan en la desprotección a los/las padres/madres adolescentes.

Se sabe que las madres de recursos económicos más bajos y con menos escolaridad, no sólo tienen menos oportunidades de obtener trabajos bien remunerados sino sus posibilidades de mejorar a través de matrimonio son muy limitadas. Las adolescentes embarazadas se unen a hombres que no aportan lo suficiente económicamente para mantener a la familia y sus relaciones son inestables.

Algunas de las mujeres después de que nace su hijo, se integran a las familias de origen, lo que representa una mayor carga para el grupo familiar. Ser madres tan jóvenes por paradójico que parezca, les brinda otro estatus a partir del cual son reconocidas socialmente, independientemente que la familia opine acerca de su vida sexual; sin duda la responsabilidad de tener un hijo les otorga ciertos privilegios como el valor de ser madre y ser independiente.

Aportan al estudio de la relación intergeneracional en el embarazo adolescente. Destacan que las circunstancias desfavorables de las madres adolescentes tienden a ser repetidas, con efectos más severos en la vida de sus hijas, quienes por lo regular tienen problemas escolares y resultan embarazadas a edades tempranas como sus madres.

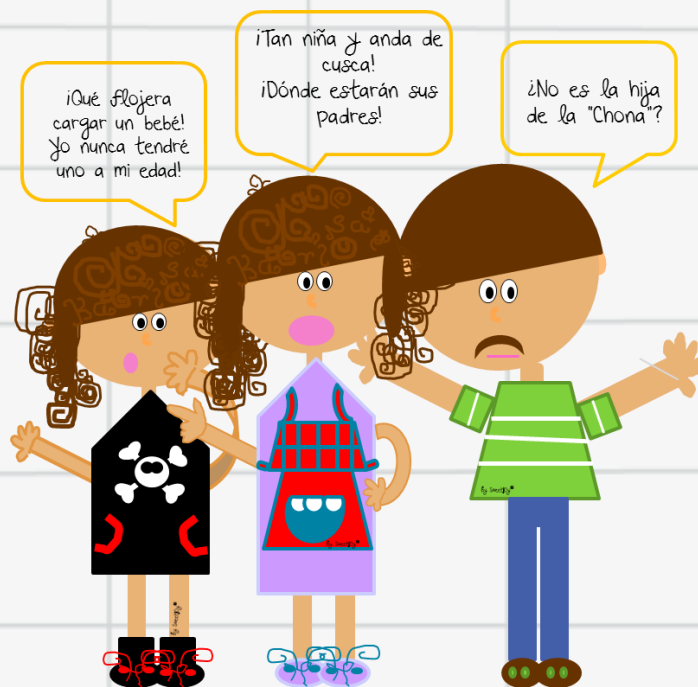


5.2 Discriminación de la madre adolescente.

Las adolescentes embarazadas, constituyen hoy por hoy, uno de los grupos vulnerables más expuestos a sufrir discriminación social, sobre todo si además de estar en tal situación, la niña o madre joven es soltera, indígena y con escasos recursos económicos.

El embarazo en las adolescentes no tiene sólo implicaciones en su educación, la familia o su salud, pues un embarazo a los 12 años, 15 años e incluso 19 años “es simplemente caótico”, además de que tiene otras aristas pues está íntimamente ligado a problemáticas sociales mucho más complejas como la violencia doméstica y la violencia en el noviazgo.

Es común que el embarazo precoz sea condenado a nivel social y familiar. La adolescente embarazada es vista como “culpable” de una situación “indeseada”, por lo que suele ser discriminada y no cuenta con el apoyo que necesita.



5.3 Planteamiento de un nuevo proyecto de vida.

Se define proyecto de vida como la línea de conducta que sigue una persona en vistas a la consecución de los objetivos consciente y voluntariamente adoptados como metas de su existencia.

Un embarazo en la adolescencia cambia totalmente el proyecto de vida y pone en riesgo la salud de la madre y del hijo.

La espera y llegada de un/una hijo/hija es un acontecimiento maravilloso que genera enorme felicidad a los padres y familiares, sobre todo cuando este embarazo fue deseado y planeado ya que implica una enorme responsabilidad y madurez.

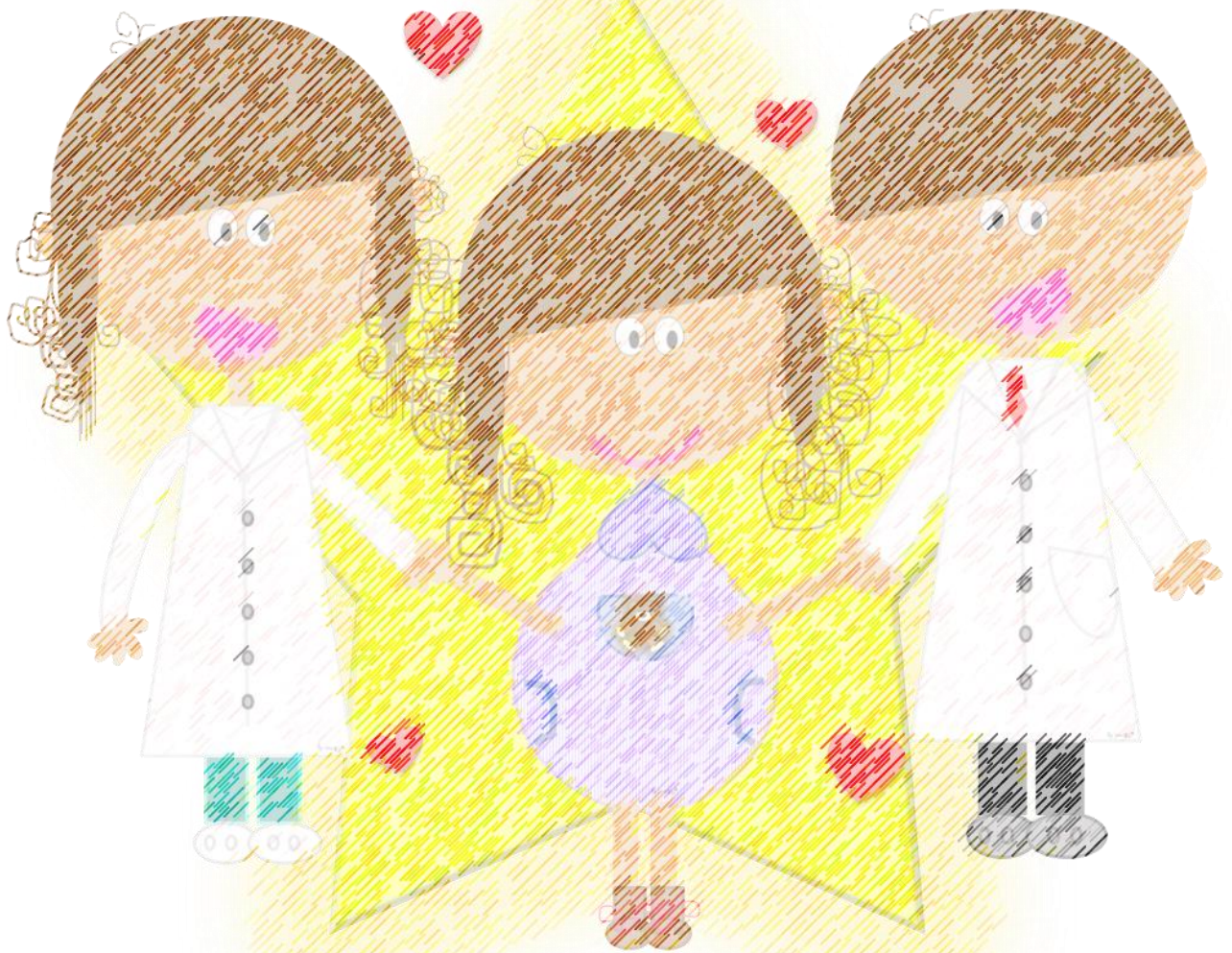
Pero desafortunadamente, en ocasiones este acontecimiento milagroso, se convierte en una carga y en un sentimiento de culpa, miedo y rechazo que afecta la vida en todos los sentidos y es que, un embarazo no deseado, genera siempre preocupación, temor y hasta enojo, que generalmente termina por lesionar a quien menos lo merece: el/la bebé.

El replanteamiento de un nuevo proyecto de vida es fundamental para dar una guía y nuevo sentido a las decisiones que los/las adolescentes tomarán.

Una vida íntegra, a pesar de mi situación...
¿Se puede?

Replantearse, así mismo/a objetivos nuevos será una herramienta para brindarles alternativas y nuevos sentidos de vida para ellos/ellas y sus hijos/hijas.







PROPUESTAS DE ATENCIÓN POR JURISDICCIÓN

Resumen

Del Diagnóstico realizado sobre el Embarazo en Mujeres Adolescentes en municipios del Estado de México: Ecatepec, Nezahualcóyotl, Naucalpan, Toluca y Chimalhuacán, se encontraron características psicosociales divergentes en cada uno.

Presentamos una conclusión por municipio y una alternativa de ruta crítica elaborada por médicos/as de cada uno de los mismos municipios una vez capacitados en el manejo del embarazo adolescente con perspectiva de género.

● Rutas críticas en el sector salud

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud - OPS y la Organización Mundial de la Salud,- OMS17, la ruta crítica es un proceso que se construye a partir de la secuencia de decisiones tomadas y acciones ejecutadas. Éste es un proceso constituido por una circunstancia determinada, los afectados o involucrados de manera directa, las acciones emprendidas en consecuencia para solucionar, así como por la respuesta social encontrada, lo que a su vez se convierte en una parte determinante de la ruta crítica.

A continuación se proponen rutas críticas por municipio diagnosticado, así como una conclusión general de lo encontrado en cada uno de ellos. Se proponen acciones concretas, que de llevarse a cabo, su objetivo es incidir de manera directa en la disminución del número de embarazos en adolescentes.



JURISDICCIÓN ECATEPEC

En el municipio de Ecatepec atribuyen la incidencia del embarazo en adolescentes al incremento del tema de sexualidad a través de los medios de comunicación y que estimulan su curiosidad, lo cual provoca una distorsión en la percepción del amor y la relación de pareja, pero sin buscar acercarse a algún servicio de consejería que los oriente adecuadamente acerca de lo que implica el inicio de una vida sexual y el propio embarazo.

Además de la tendencia de una educación machista durante el desarrollo de la adolescencia.

- Para el personal de salud de este municipio el trabajo más importante se encuentra en la educación sexual que pudiera darse de manera permanente y obligatoria en las escuelas como una forma de incidir de manera directa en la familia de las y los adolescentes.



A continuación presentamos la ruta alternativa propuesta por personal de salud para la Jurisdicción de Ecatepec.

JURISDICCIÓN ECATEPEC	
1	Promoción, difusión y captación de adolescentes embarazadas por el personal de campo en la comunidad.
2	Enviar al centro de salud, no rechazar a la paciente y programar citas en archivo.
3	Acceso al módulo de servicios amigables.
4	Sensibilizar al personal de salud para la atención y manejo de la adolescente embarazada <ul style="list-style-type: none"> • Empatía • Buena actitud • No juzgar • Equidad * Compromiso * Tolerancia * Respeto * Amabilidad
5	Pasa a somatometría, signos vitales y detecciones.
6	Consulta médica con expediente electrónico: <ul style="list-style-type: none"> • Duración primera vez: 60 minutos • Duración subsecuente: 40 minutos • Dar una mejor consejería a la paciente y/o pareja de adolescentes con lenguaje claro, incluyente, no sexista y sin tecnicismos • Detectar y canalizar violencia, adicciones, depresión y disfunción familiar • Brindar atención médica respetando la igualdad y la equidad de género • Orientar a la adolescente sobre: qué es el trabajo de parto? • Informar a los adolescentes sobre sus derechos sexuales y reproductivos • Derecho a decidir con libertad la interrupción del embarazo, la adopción o la maternidad adolescente
7	Dar seguimiento al embarazo con todas sus acciones a seguir posterior a la consulta y consejería.
8	Otorgar envío a segundo nivel a la semana 36 de gestación o antes según riesgo.
9	Crear un tour de reconocimiento de los diferentes servicios del Centro de salud con reforzamiento al módulo de servicios amigables.
10	Concientizar a las autoridades jurisdiccionales y coordinadores sobre su importancia, otorgando el tiempo y el espacio necesario para su buen funcionamiento.

JURISDICCIÓN NEZAHUALCÓYOTL.

Se atribuye la incidencia del embarazo en adolescente a un pobre impacto de las campañas de prevención, además de que suelen ser poco claras y confusas, generando una idea errónea acerca de tener mucha información y no necesitan preguntar a nadie sobre anticonceptivos y prevención de enfermedades, “se creen inmunes ante un embarazo, y por lo regular se embarazan en la primera relación sexual”. Del mismo modo existe desintegración y maltrato familiar hacia las adolescentes, generando frecuentes abandonos de hogar para huir de la situación de violencia que viven en su casa y que lesionan su autoestima, dejando truncada la educación pues ante la carencia económica a la que se enfrentan o el desinterés, también dejan de estudiar e ir a la escuela.

- Se observa necesidad de mayor capacitación al personal que está en contacto con los adolescentes, siendo necesarios un mayor número de psicólogos que coadyuven en el manejo adecuado de la problemática.
- Un trabajo determinante para personal de salud es el que hay que realizar en las escuelas sobre sexualidad y métodos de planificación ya que los/las profesores no cuentan con la información adecuada para transmitirlo a los/las adolescentes.

A continuación presentamos la ruta alternativa propuesta por personal de salud para la Jurisdicción de Nezahualcóyotl.

JURISDICCIÓN NEZAHUALCÓYOTL.	
1	Capacitar y sensibilizar a todo el personal en contacto con la paciente.
2	Contar con otro consultorio para la atención del embarazo
3	Captación y registro de la paciente embarazada en comunidad.
4	Darle mayor énfasis a los talleres comunitarios en la toma de decisiones
5	Concientizar a la usuaria a su control perinatal
6	Brindar la atención integral.

JURISDICCIÓN NAUCALPAN

Por parte del personal de salud, existe la percepción de un abandono de los padres/madres hacia los/las adolescentes, por lo que se genera la necesidad de una figura protectora que esté presente, así como la necesidad de un apoyo afectivo, por lo que el deseo de ser madre se hace presente en las adolescentes del municipio de Naucalpan, incluso con la tendencia a no repetir la desintegración que vivieron dentro de su propio núcleo familiar. El personal de salud considera que tal vez, ese sentirse apoyadas y protegidas al encontrar una pareja que incluso es de mayor edad, en gran parte de los casos de las adolescentes embarazadas, provoca el poco interés por la planificación familiar y prevención del embarazo, además del poco interés por estudiar, y la prevalencia de tabús y censura de los temas acerca de la sexualidad.

- El personal de salud de este municipio evidencia el aspecto negativo que generan los programas sociales que proporcionan apoyos económicos a los/las adolescentes por el solo hecho de volverse padres/madres.
- Lo anterior provoca que los/las adolescentes no valoren su condición de riesgo manifestando conductas de irresponsabilidad mediante toma de decisiones no reflexionadas hacia la paternidad y maternidad.

A continuación presentamos la ruta alternativa propuesta por personal de salud para la Jurisdicción de Naucalpan.

JURISDICCIÓN SANITARIA NAUCALPAN	
1	Mejorar en realización de censo de embarazadas, así como su canalización adecuada.
2	Captación de candidatas/os a usar métodos de planificación familiar.
3	Contacto con personas líderes de la comunidad y Comités de salud.
4	Capacitación y sensibilización al personal TAPS sobre el proceso de atención a la embarazada, con enfoque de género.
5	Capacitar y sensibilizar al personal de primer contacto en el proceso de atención de las/los pacientes.
6	Colocar en áreas visibles información relacionada con el proceso de atención.
7	Capacitación al personal de nuevo ingreso para el manejo adecuado del proceso de atención a pacientes embarazadas y sus parejas.
8	Sensibilización del personal en relación al proceso de atención.
9	Capacitación al personal de nuevo ingreso para el manejo adecuado del proceso de atención a pacientes embarazadas y sus parejas.
10	Sensibilización del personal en relación al proceso de atención.
11	Capacitación del manejo de expediente clínico de acuerdo a la NOM.
12	Actualización continua de conocimientos en la atención del embarazo y sus complicaciones.
13	Modificación del tiempo teórico destinado a la atención médica
14	Revisión de casos no comunes en forma conjunta con el resto del personal médico
15	Sensibilización al personal de traslado sobre la importancia del manejo de la paciente embarazada.
16	Mejorar comunicación entre Centro de Salud y Hospital General por medio del proceso adecuado de hoja de referencia-contrareferencia
17	Captar a mayor número de mujeres embarazadas adolescentes y a sus parejas en las pláticas sobre embarazo y sus complicaciones.
18	Gestionar lugares adecuados para la capacitación y atención de la paciente embarazada.
19	Promover la participación paterna.
20	Integrar al equipo completo de personal de Salud, en el proceso de atención de la paciente embarazada

JURISDICCIÓN TOLUCA

En el municipio de Toluca la prevalencia de Tabús en torno a la sexualidad, es uno de los factores predisponentes al embarazo en las adolescentes, además del bajo nivel académico y del poco compromiso de la familia por discutir temas relacionados con la sexualidad de los/las adolescentes.

Existe acercamiento por parte de las mujeres para pedir información y métodos anticonceptivos, sin embargo, las parejas no los aceptan por falta de información y creencias culturales.

Al ser parte de esa sociedad y su idiosincrasia, hay médicos que no se sustraen de ella y manifiestan prejuicios y tabús convirtiéndose en un obstáculo más al acercamiento de los/las adolescentes que desean métodos anticonceptivos, al alejarlos de las unidades de salud, pues los juzgan o les niegan métodos anticonceptivos.

- El trabajo más importante debe realizarse en las comunidades de manera directa con las familias, ya que la idiosincrasia cultural tan arraigada en los usos y costumbres, es un gran obstáculo en tratar temas de sexualidad de manera abierta y que esto permita una verdadera educación sexual.



A continuación presentamos la ruta alternativa propuesta por personal de salud para la Jurisdicción de Toluca.

JURISDICCIÓN TOLUCA	
1	Adecuada coordinación: Ámbitos de Gobierno
2	Programa permanente de prevención de embarazos <ul style="list-style-type: none"> ✓ Atención prenatal médica un ambiente de Respeto, Equidad, Empatía. ✓ Diagnóstico oportuno. ✓ Identificar preeclampsia o eclampsia. ✓ Identificar comorbilidades (Toxicomanías, DM, HAS, Síndromes, Retraso Psicomotriz). ✓ Identificar estado nutricional. En caso de desnutrición, sobrepeso u obesidad; envío a nutrición. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diagnóstico de Situación Psicosocial (Estado Civil, Ocupación, Apoyo Familiar, Red Social de Apoyo, Violencia). ✓ Orientación de Planificación Familiar.
3	Promoción de Manual de uso del lenguaje no sexista.
4	Atención adecuada a embarazos en adolescentes.
5	Estrategias para mejorar el impacto en la difusión de Métodos de Planificación Familiar.
6	Simplificación de papelería y trámites.
7	Revisión mensual de la mujer embarazada en un ámbito de respeto y equidad.
8	Tiempo y espacio específico para la atención.
9	Violencia que se siga de oficio.
10	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ENVIO A PSICOLOGÍA. ✓ ORIENTACIÓN ESPECÍFICA. ✓ DIAGNÓSTICO ANÍMICO. ✓ INTEGRACIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LA PAREJA Y DE LA RED DE APOYO. ✓ SENSIBILIZACIÓN A LA PAREJA SOBRE LA RESPONSABILIDAD CONJUNTA DEL EMBARAZO. ✓ SENSIBILIZACIÓN A LA PAREJA SOBRE CONTINUAR CON UN PROYECTO DE VIDA (ESCUELA, VIDA EN PAREJA, OCUPACIÓN). ✓ VISITA MENSUAL O BIMESTRAL. ✓ EN CASO NECESARIO ENVIO A PSIQUIATRÍA.
11	CREACIÓN DE GRUPO DE AYUDA MUTUA: Sesión de pacientes cada mes para hablar de sus vivencias, coordinadas por personal capacitado. Búsqueda de soluciones a problemas comunes en base a experiencias propias.

JURISDICCIÓN CHIMALHUACÁN.

El aspecto socio-económico de la comunidad genera condiciones de falta de comunicación por ausencia de los padres/madres que tienen la necesidad de trabajar fuera de casa con jornadas prolongadas, quedando los/las jóvenes sin el cuidado familiar obteniendo mayor libertad, pero quedando expuestos a una gran cantidad de estímulos sociales que propician el ejercicio de una sexualidad sin responsabilidad.

A esta circunstancia debemos añadir que no hay las condiciones de confianza necesarias para que los/las jóvenes se acerquen a las instituciones de salud a recibir información, orientación y acompañamiento.

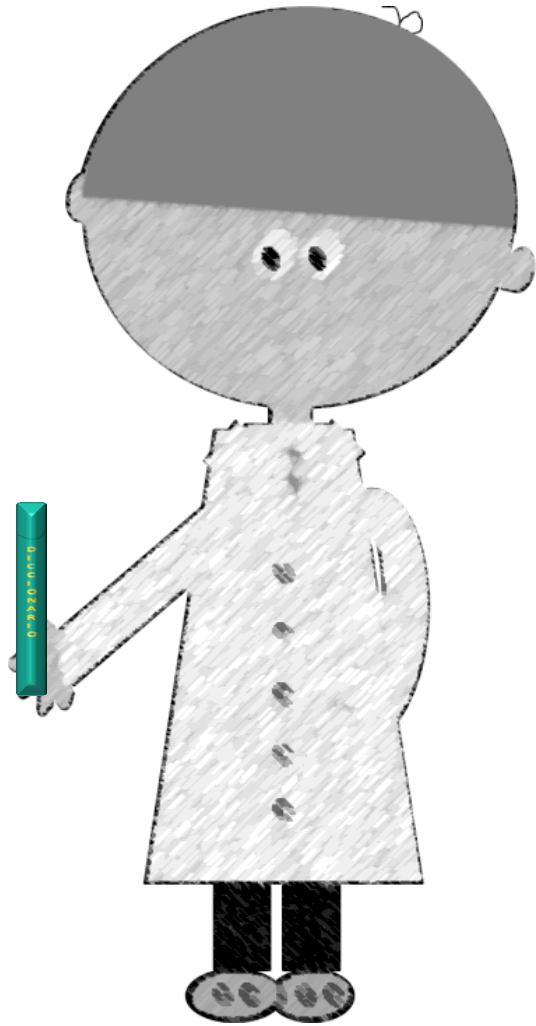
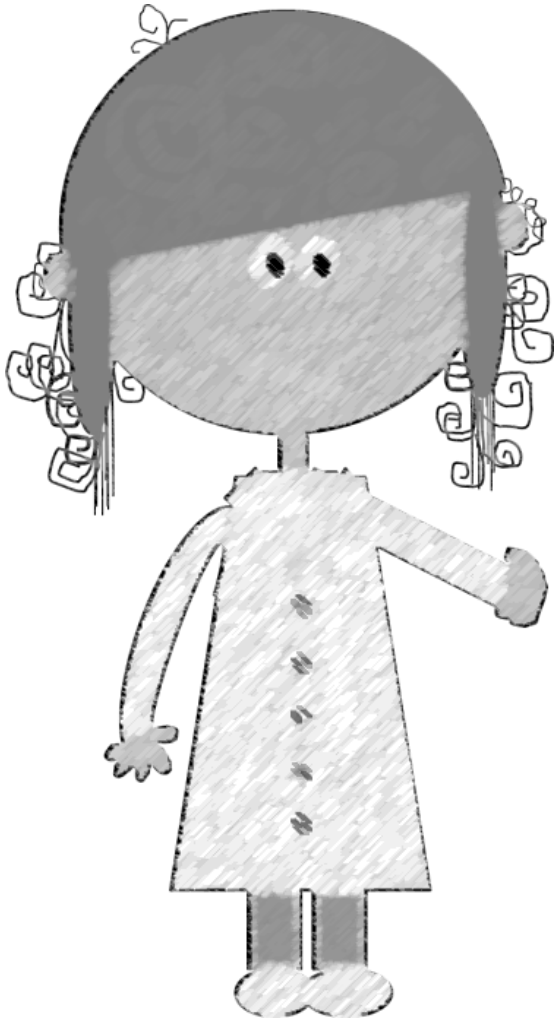
- Para el personal de salud de este municipio el trabajo más importante se encuentra en la familia de los/las adolescentes.
- Se requieren campañas específicas a restablecer valores en la sociedad, y especialmente dirigida a los/las adolescentes.

A continuación presentamos la ruta alternativa propuesta por personal de salud para la Jurisdicción de Chimalhuacán.

JURISDICCIÓN CHIMALHUACÁN

- 1 Capacitar al personal proporcionándole los elementos de conocimiento, manejo y recursos necesarios para brindar la información adecuada, oportuna y necesaria a las y los adolescentes.
- 2 Realizar campañas educativas intensas al interior de las comunidades escolares brindando la información de manera objetiva, sin prejuicios, desde nivel primaria.
- 3 Sensibilizar al personal de las unidades médicas que atiende a las embarazadas dentro y fuera (TAPS) para poder captarlas de manera que se sientan comprendidas y acompañadas.
- 4 Hacer una correcta difusión de la ubicación de los hospitales y centros de salud en la comunidad, así como de los servicios que se brindan en ellos para los adolescentes.
- 5 Trabajar en concientizar tanto a la joven embarazadas, como a la pareja, de los riesgos y alternativas que tienen ante el embarazo y posteriormente al alumbramiento para poder planificar su sexualidad de manera responsable.
- 6 Formar redes de apoyo en la comunidad que permitan tener un mayor acercamiento y conocimiento de la población, involucrándola de manera activa en acciones de educación y preventivas dentro de la comunidad.
- 7 Fomentar un compromiso real en todo el personal de salud para que aplique de manera constante los programas existentes haciéndolos realmente efectivos y cercanos a la comunidad,





GLOSARIO

A

Androcentrismo

Consiste en ver el mundo desde lo masculino tomando al hombre de la especie como parámetro o modelo de lo humano, que imposibilita ver lo femenino y de aceptar la existencia autónoma de personas del sexo femenino.

Aborto

Interrupción espontánea o provocada del embarazo.

Abstinencia

Privarse total o parcialmente de satisfacer los apetitos; en este caso, los sexuales.

Adolescencia

Periodo de transición entre la infancia y la edad adulta. En esta época se producen los cambios físicos de la pubertad, además de una maduración en las emociones, actitudes y conducta, implícita en la edad adulta. Es durante esta etapa cuando se establece la identidad individual del joven, incluida su sexualidad.

Adulterio

Relación sexual entre un hombre o una mujer casados, con alguien que no sea su cónyuge. También llamado sexo extramarital.

Andrógenos

Hormonas que promueven el desarrollo de los órganos y las características sexuales secundarias masculinas. Se producen en gran cantidad en los testículos y en menor proporción en las glándulas suprarrenales del hombre y de la mujer. Regulan el nivel de deseo sexual en ambos.

Androginia

Presencia simultánea de características femeninas y masculinas.

Andrógino

Persona que tiene características masculinas y femeninas a la vez, y órganos sexuales incompletos de ambos sexos. También llamado hermafrodita.

Anticonceptivo

Cualquier dispositivo o medicamento, como por ejemplo preservativo o píldora, utilizado para posibilitar el coito sin concepción.



C

Comunicar

Es el proceso oral, visual, escrito, gestual o corporal con el que la humanidad establece un diálogo, pone en común códigos e ideas.

D

Discriminación

Ideología que clasifica a las personas en diversos grupos y les da un trato distinto y frecuentemente desigual en cuanto a sus derechos y obligaciones.

Discriminación sexual

Es la negación, exclusión, distinción, menoscabo, impedimento o restricción de alguno o algunos de los derechos humanos de las personas, por razón de su sexo, imputables a personas físicas o morales o entes públicos con intención o sin ella, dolosa o culpable, por acción u omisión, que tengan por efecto anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, de los derechos y libertades fundamentales, así como la igualdad de las personas.

Discriminación contra la mujer

Es toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil, o en cualquier otra esfera.

E

Equidad

Principio ético de justicia emparentado con la idea de igualdad social y el reconocimiento y valoración de las diferencias sociales y de la individualidad, llegando a un equilibrio entre ambas dimensiones.

Equidad de género

Son los tratamientos diferentes para corregir desigualdades en términos de derechos, beneficios, obligaciones y oportunidades, este principio permite identificar el comportamiento de mujeres y hombres, así como las relaciones que se producen entre ellos/as, quienes deben recibir en su justa proporción lo que como seres humanos les corresponde de acuerdo con las condiciones o características específicas de cada persona dentro de un contexto social y cultural.



Estereotipos

Es la imagen o idea aceptada comúnmente por una sociedad dentro de una cultura determinada, sobre los atributos o cualidades que caracterizan a un grupo de personas, sin considerar las características, capacidades y sentimientos particulares de cada persona.

G

Género

Los estereotipos, roles, actitudes, valores y símbolos que identifican el comportamiento de las mujeres y los hombres, y las relaciones entre ellos que se construyen, a través de la socialización.

I

Igualdad

Tener el mismo valor para no ser considerada ni por debajo ni por encima de otra persona.

Igualdad de género

Principio que reconoce que las necesidades y características de mujeres y hombres son valoradas y tomadas en cuenta de la misma manera, de modo que sus derechos, responsabilidades y oportunidades no dependen de su sexo, eliminando así toda forma de discriminación por dicho motivo.

Igualdad sustantiva

Que todas las personas independientemente de su sexo, origen racial o étnico, sus condiciones físicas, económicas, sociales o culturales, tengan las mismas oportunidades y posibilidades reales de gozar y ejercer sus derechos humanos.

L

Lenguaje

Instrumento de comunicación que refleja los valores, visiones, concepciones y el pensamiento de una sociedad que les da un significado a las palabras y a las imágenes.

Lenguaje incluyente o no sexista

Es el que distingue entre lo femenino y lo masculino, respetando las reglas del género gramatical.

Lenguaje sexista

Es una forma de exclusión que refuerza la situación de discriminación hacia las mujeres al fomentar una imagen errónea de las mismas, desestimando su contribución a la sociedad y su presencia en todos los ámbitos, por lo que se les representa incompletas, o bien, se les define en correlación con los hombres, su sexualidad y sus funciones reproductivas.



M

Machismo

Fenómeno sociocultural que exalta los valores considerados masculinos como la hombría, la virilidad y el poder, expresados con violencia y fuerza, que genera una creencia y actitud de superioridad y dominio sobre las mujeres.

Misoginia

Odio, menosprecio y aversión hacia las mujeres por el sólo hecho de ser mujeres.

Misandria

Odio hacia los hombres. Desagrado extremo, frecuentemente basado en experiencias infelices o en la crianza.

P

Perspectiva de género

Es una visión científica sobre la sociedad, la cual permite enfocar, observar y analizar las diferencias, semejanzas y relaciones entre hombres y mujeres, su metodología y mecanismos permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, la desigualdad, la exclusión y la violencia contra las mujeres, tienen por finalidad que los estudios, acciones, proyectos de desarrollo, las leyes y las políticas públicas tomen en cuenta las relaciones de género, para crear condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad de género.

R

Roles

Son el conjunto de funciones, tareas, responsabilidades y prerrogativas que se generan como expectativas y exigencias sociales hacia las personas dentro del entorno en que viven.

Sexismo. Es la discriminación de personas de un sexo en contraposición al otro; históricamente y culturalmente es la creencia en la superioridad del sexo masculino, resultado de una serie de privilegios para mantener al sexo femenino a su servicio, entendido como algo natural.

S

Sexo

Son las diferencias biológicas entre los seres humanos que las y los distinguen entre mujeres y hombres.

Socialización

Proceso mediante el cual aprendemos a pensar, sentir y comportarnos como mujeres u hombres según las normas, creencias, roles y valores sociales que cada cultura dicta para cada sexo.



BIBLIOGRAFÍA



1. Hernández, García Yuliuva. **ACERCA DEL GÉNERO COMO CATEGORÍA ANALÍTICA.** Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas | 13 (2006.1). Universidad de Oriente, Santiago de Cuba, 2006.
2. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, **10 RECOMENDACIONES PARA EL USO NO SEXISTA DEL LENGUAJE.** Ed. Caracol, México, 2009.
3. Velasco Arias, Sara. **RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA CON ENFOQUE DE GÉNERO,** Madrid, 2009.
4. Velasco Arias, Sara; **ATENCIÓN BIOPSIOSOCIALAL MALESTAR DE LAS MUJERES, INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.** Madrid, 2006.
5. Branden, Nathaniel. **LOS SEIS PILARES DE LA AUTOESTIMA.** PAIDOS, México 2005.
6. Papalia, Diane. **DESARROLLO HUMANO.** Mc Graw Hill, México, 2010.
7. Duane, Schutz P., Sydney, Schutz Ellen, **TEORIAS DE LA PERSONALIDAD.** Cengage Learning Latin America, 2002
8. **LEY GENERAL PARA LA IGUALDAD ENTRE MUJERES Y HOMBRES.** Texto vigente publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de junio de 2003, entrada en vigor el 2 de agosto de 2006.



Gobierno del Estado de México
Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social
Av. José María Morelos y Pavón poniente. 809 Col. La Merced
Toluca de Lerdo, Teléfonos: (722) 2148961
E-mail: cemybs@edomex.gob.mx